

Longitudinale Effectmonitor Jeugdzorg^{Plus}

Meisjes in Jeugdzorg^{Plus}: Doelgroepkenmerken en de mate van
sekse specifiek werken

Externe rapportage

Dr. Karin Nijhof

Drs. Diana van Dijk

Dr. Lieke van Domburgh

Dr. Annemiek Harder

Drs. Carolien Konijn

Nijmegen, April 2018

Dit project is mede mogelijk gemaakt door ZonMw:



Met dank aan de begeleidingscommissie (Erik Knorth, Chris Kuiper, Ruud van Herk, Esther van Bostelen) en de instellingen die hebben meegewerkt (in het bijzonder Coreen Richardson, Carolien Konijn, Nienke Boomstra, Alona Labun, Marieke Brouwer, Diana Klappe-Van Diermen).

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Deel I: Doelgroepkenmerken van jongens en meisjes	6
Deel II: Behandeling en behandeluitkomst van jongens en meisjes	9
Deel III: Sekse specifiek handelen op de werkvloer	15
Discussie	20
Referenties	21
Bijlage I	Dossierscoringsformulier
Bijlage II	Ingezette interventies

Inleiding

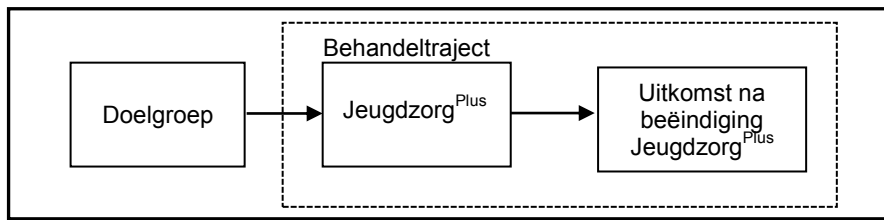
Het ontstaan, de uiting en het verloop van probleemgedrag verschillen voor jongens en meisjes. Zo verschillen jongens en meisjes van elkaar in bijvoorbeeld prevalentie van diagnoses, co-morbiditeit van probleemgedrag, en respons op residentiële behandeling (Handwerk et al., 2006). De prevalentie van gedragsproblemen is hoger bij jongens dan bij meisjes, terwijl meisjes significant meer internaliserende problemen laten zien (o.a. Rönnlund & Karlsson, 2006). Sommige studies tonen aan dat het resultaat van residentiële behandeling slechter is voor meisjes (Frensch & Cameron, 2002; Weis et al., 2005); andere studies geven juist het tegenovergestelde weer (Hooper et al., 2000; Vinnerljung & Sallnas, 2008). Volgens Zahn-Waxler et al. (2008) kunnen diverse processen deze sekseverschillen in stoornissen en symptomen - en daarmee respons op behandeling - verklaren. Jongens en meisjes ervaren verschillende omgevingsrisicofactoren, laten verschillende biologische processen zien, vertonen een verschillende kwetsbaarheid ten aanzien van biologische of genetische risico's voor de ontwikkeling van probleemgedrag, en ervaren de interacties tussen omgevings- en biologische invloeden verschillend. Behandeling in residentiële zorg - en onderliggende theoretische modellen - zijn van oorsprong gebaseerd op gedragsproblematiek bij jongens, aangezien vooral jongens een hoge prevalentie van antisociaal gedrag en delinquentie laten zien. Ook onderzoek naar de kenmerken van de doelgroep in residentiële zorg en effecten van behandeling is vooral uitgevoerd bij jongens, of naar de gehele populatie jongens en meisjes samen (Handwerk et al., 2006; Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008). Slechts enkele studies hebben zich gericht op sekseverschillen. Uit deze studies komt naar voren dat meisjes meer psychiatrische diagnoses, (verbale) agressie en internaliserende problemen laten zien (Connor et al., 2004; Handwerk et al., 2006; Nijhof et al., 2011; Weis et al., 2005). Ook laten de studies zien dat meisjes vaker een geschiedenis van seksueel misbruik hebben (Handwerk et al., 2006) en meer gezinsproblematiek ervaren dan jongens (Connor et al., 2004). De uitgevoerde studies naar sekseverschillen zijn veelal gebaseerd op een kleine onderzoeksgroep, en de bevindingen zijn tegenstrijdig. Geconcludeerd kan worden dat specifieke behoeften van meisjes tot dusver onderbelicht zijn gebleven (Handwerk et al., 2006; Nijhof & Engels, 2015). Recent onderzoek toont echter aan dat meisjes met gedragsproblemen in de jongvolwassenheid problemen op diverse gebieden laten zien (Krabbendam, 2016), wat het belang van effectieve behandeling benadrukt. In het Analyse kader (Vermaes et al., 2012) wordt dus terecht aangegeven dat het in toekomstig onderzoek van belang is de interactie tussen geslacht en uitkomsten van residentiële behandeling te onderzoeken. Zo wordt vermeld dat het belangrijk is om na te gaan waar jongens en meisjes verschillen en overeenkomen in kenmerken, en wat de sekse-specifieke behandelbehoeften - zowel in eerste- als tweedegraads behandelstrategieën (Kok, 1999) - zijn (Vermaes et al., 2012). Kennisontwikkeling over sekse specifieke behoeften is nodig om gendersensitiviteit in de behandeling te optimaliseren en zo de toekomstkansen van jongens en meisjes met gedragsproblemen te verbeteren. Vanuit internationale literatuur blijkt dat de erkenning van sekse-specifieke behoeften in de behandeling leidt tot een grotere behandel-effectiviteit (Baynes-Dunning & Worthington, 2012; Bloom & Covington, 2001). Het voorgestelde onderzoek draagt bij aan kennisontwikkeling over sekse specifieke behoeften bij jongens en meisjes met gedragsproblemen.

Huidig onderzoek

Het hoofddoel van het huidige onderzoek is zicht te krijgen op sekse specifieke behoeften van jongens en meisjes binnen Jeugdzorg^{Plus}. Recente literatuur laat zien dat meisjes andere behandelbehoeften lijken te hebben dan jongens. Deze verschillen in behoeften komen onder andere voort uit verschillen in dynamische en statische kenmerken. Binnen de Jeugdzorg^{Plus} zijn deze verschillen in kenmerken nog weinig structureel in kaart gebracht. Ook is onbekend in hoeverre andere behandel-elementen worden ingezet, afgestemd op sekse specifieke behandelbehoeften. De centrale vraagstelling in huidige studie is: *In hoeverre is er sprake van sekse specifieke behoeften van jongens en meisjes in de behandeling binnen Jeugdzorg^{Plus} en wordt hier in de behandeling rekening mee gehouden?* De volgende deelvragen kunnen hierbij onderscheiden worden:

1. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen jongens en meisjes in statische en dynamische doelgroepkenmerken bij opname?
2. Welke interventies worden ingezet bij jongens en meisjes, en verschillen de interventies van jongens en meisjes in relatie tot de aanwezige problematiek?
3. Wat is de relatie tussen doelgroepkenmerken van jongens en meisjes, ingezette behandel-interventies en behandeluitkomst?

Hiermee sluiten we aan bij het zorgevaluatiemodel van Veerman (zie Analyse kader; Vermaes et al., 2012), welke de basis vormt van de Monitor Jeugdzorg^{Plus} (zie Figuur 1). In dit model worden de drie belangrijkste elementen van het hulpverleningsproces onderscheiden en met elkaar in verband gebracht: doelgroep, interventie(s) en uitkomsten.



Figuur 1. Zorgevaluatiemodel Veerman (2007).

Aanvullend op bovengenoemde drie deelvragen, is vanuit het Ministerie van VWS tijdens het startgesprek de vraag gesteld of er aanvullend kwalitatief onderzoek kan worden uitgevoerd. Naar aanleiding van deze wens zijn extra interviews gehouden met behandelaren en pedagogisch medewerkers met als doel inzicht te krijgen in de mate van sekse specifiek handelen op de werkvloer. De uitkomsten van deze interviews worden ook in dit rapport besproken.

LEESWIJZER: In deel I van dit rapport wordt ingegaan op de verschillen en overeenkomsten in doelgroepkenmerken van jongens en meisjes op basis van data uit de Monitor Jeugdzorg^{Plus} (deelvraag 1). In deel II wordt vervolgens gekeken naar ingezette interventies en behandeluitkomsten bij jongens en meisjes in relatie tot het probleemgedrag (deelvragen 2 en 3). In deel III worden de resultaten uit de interviews met professionals beschreven. In de discussie gaan we ten slotte in op de implicaties van de bevindingen voor praktijk en onderzoek.

Deel I

Doelgroepkenmerken van jongens en meisjes

Monitor Jeugdzorg^{plus} data (N=3.520)

In dit eerste gedeelte van het rapport zal aan de hand van de Monitor Jeugdzorg^{plus} data¹ (N = 3.520) ingegaan worden op deelvraag 1: Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen jongens en meisjes in statische en dynamische doelgroepkenmerken bij opname? Om te analyseren of de verschillen tussen jongens en meisjes op statische en dynamische kenmerken significant zijn, is gekozen voor independent t-testen (*t*) bij de continue variabelen en voor Chi-kwadraatstoetsen (X^2) bij de categorische variabelen.

Methoden

Onderzoeksgroep

Om deelvraag 1 te beantwoorden is gebruik gemaakt van data van 3.520 unieke jongeren die toestemming hebben gegeven voor gebruik van hun data voor wetenschappelijk onderzoek. De groep bestond voor 43% uit meisjes (N=1.514). Van de meisjes is 50.6% van autochtone afkomst, 9.9% van allochtoon-Westerse afkomst, 22.6% van allochtoon niet-Westerse afkomst en van 16.9% is de afkomst onbekend. Voor jongens liggen deze percentages op respectievelijk 51.1%, 9.3%, 22.7%, en 16.8%. Er zijn geen significante verschillen in afkomst tussen jongens en meisjes, $X^2=.36$, $p>.10$.

In Tabel 1.1 is de gemiddelde opnameduur, en het aantal doorplaatsingen en hernieuwde plaatsingen te zien. Jongens en meisjes verschillen niet in de gemiddelde opnameduur van de eerste opname, $t(3.280)=1.44$, $p=.15$. Meisjes worden wel vaker dan jongens hernieuwd geplaatst ($X^2=4.49$, $p=.03$). Meisjes worden niet vaker doorgeplaatst dan jongens ($t(580)=-1.58$, $p=.12$). Binnen de onderzoeksgroep van 3.520 jongeren zijn relatief veel korte plaatsingen (26%), d.w.z. plaatsingen korter dan drie maanden. Van de jongeren met een plaatsing korter dan drie maanden ($n=2.600$) blijken meisjes een kortere opnameduur te hebben dan jongens ($t(2.598)=2.12$, $p<0.05$).

Tabel 1.1. Plaatsingen jongens en meisjes in Jeugdzorg^{plus} (N = 3.520).

	Jongens	Meisjes
Opnameduur 1 ^{ste} opname in maanden (Sd) ²	7.57 (5.30)	7.30 (5.00)
Aantal hernieuwde plaatsingen	N = 483 M = 1.30 24.1%*	N = 413 M = 1.29 27.3%*
1	18.1%	20.7%
2	4.6%	5.1%
3	0.9%	1.4%
≥ 4	0.2%	0.1%
Aantal doorplaatsingen	N=335 M=1.25 16.7%	N=247 M=1.33 16.3%
1	13.7%	12.4%
2	2.2%	3.0%
3	0.6%	0.5%
≥ 4	0.1%	0.1%

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

Resultaten

Statische kenmerken bij opname

Uit de analyses blijkt dat er geen verschil is tussen jongens en meisjes in de leeftijd ten tijde van opname. Jongens en meisjes verschillen in de gemiddelde intelligentieniveau ($t(1493)=2.58$, $p=.01$), waarbij meisjes significant lager scoren dan jongens. Jongens en meisjes verschillen in de leefsituatie voorafgaand aan plaatsing in de Jeugdzorg^{plus} ($X^2=32.96$, $p<0.001$), meisjes worden vaker in de Jeugdzorg^{plus} geplaatst vanuit een residentiële groep ($X^2=10.31$, $p=0.001$). Ook de dagbesteding die de jongeren voorafgaand aan de plaatsing hadden, verschilt ($X^2= 24.58$, $p<0.001$); meisjes hadden vaker school of studie als dagbesteding (zie Tabel 1.3; $X^2 = 16.24$, $p<0.001$).

Tabel 1.3. Statische kenmerken van jongens en meisjes (N = 3.520).

¹ Voor procedure en meetinstrumenten Monitor Jeugdzorg^{plus} zie Analyse kader (Vermaes et al., 2012).

² De gemiddelde duur van de eerste opname zonder korte plaatsingen ($n=2.600$) is 9.21 (Sd=4.75) voor jongens en 8.82 (Sd=4.46) voor meisjes.

Statische factoren	Jongens		Meisjes		P
Leeftijd	15.60	(1.64)	15.53	(1.48)	ns
Intelligentie	85.84	(14.75)	83.85	(14.46)	**
Leefsituatie voor opname JZ+	N	%	N	%	
In meer-oudergezin	291	16.4	177	13.4	ns
In één-oudergezin	459	25.9	295	22.4	ns
Residentieel	615	34.7	532	40.4	ns
Zwervend	48	2.7	44	3.3	ns
Pleeggezin	28	1.6	32	2.4	ns
Anders	125	7.1	54	4.1	ns
Dagbesteding voor opname JZ+	N	%	N	%	
Combinatie school/werk, leerplek of stage	75	4.0	36	2.6	ns
Daginvulling o.b.v. Wet Werk & bijstand	10	0.5	1	0.1	ns
Geen dagbesteding	334	17.6	204	14.5	ns
School of studie	1325	69.9	1075	76.2	**
Werk	12	7.3	2	0.1	ns

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

Dynamische kenmerken bij opname

In Tabel 1.4 staan de dynamische factoren van jongens en meisjes beschreven. Op behandelmotivatie worden geen verschillen gezien tussen jongens en meisjes. Ook de mate van externaliserend probleemgedrag (CBCL) is gelijk tussen jongens en meisjes. Significanter meer meisjes dan jongens laten internaliserend probleemgedrag zien ($t(2050) = -6.97$, $p < 0.001$). Op de CAP-J komen de volgende problemen bij meisjes significant vaker voor: emotionele problemen ($X^2 = 70.93$, $p < 0.001$), problemen in de persoonlijkheid/ identiteit (ontwikkeling) ($X^2 = 4.27$, $p = 0.04$), overige psychosociale problemen ($X^2 = 21.56$, $p < 0.001$), aan lichamelijke functies gerelateerde klachten ($X^2 = 5.67$, $p = 0.02$), problemen in de ouder-kindrelatie ($X^2 = 67.36$, $p < 0.001$), verwaarlozing/mishandeling/misbruik ($X^2 = 28.65$, $p < 0.001$), problemen van een ouder ($X^2 = 10.97$, $p = 0.001$) en problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd ($X^2 = 16.00$, $p < 0.001$). Bij jongens worden de volgende problemen vaker gezien dan bij meisjes: gebruik van middelen/verslaving ($X^2 = 34.90$, $p < 0.001$), problemen in de cognitieve ontwikkeling ($X^2 = 15.86$, $p < 0.001$), overige problemen in het gezin ($X^2 = 5.21$, $p = 0.02$), problemen op school/werk ($X^2 = 14.94$, $p < 0.001$) en problemen in de omstandigheden van een jongere ($X^2 = 35.52$, $p < 0.001$).

Tabel 1.4. Dynamische kenmerken van jongens en meisjes ($N = 3.520$).

Dynamische factoren	Respons	Jongens	Meisjes	X ²
Behandelmotivatie (VBM)	56%	25.99	26.32	ns
Externaliserend probleemgedrag (CBCL)	58%	69.22	69.29	ns
Internaliserend probleemgedrag (CBCL)	58%	61.58	64.63	**
Opvoedingsbelasting vragenlijst (OBVL)	38%	67.48	67.51	ns
Groepen CAP-J	72%	N=1452	N=1074	
As A: Psychosociaal functioneren jeugdige				
Emotionele problemen		37.5%	54.5%	**
Gedragsproblemen		85.7%	84.2%	ns
Problemen persoonlijkheid/identiteit(ontwikkeling)		52.5%	56.7%	*
Gebruik van middelen/verslaving		44.7%	33.1%	**
Overige psychosociale problemen		46.7%	56.1%	**
As B: Lichamelijk gezondheid				
Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap		4.5%	4.3%	ns
Gebrekkige zelfverzorging		11.2%	12.4%	ns
Aan lichamelijke functies gerelateerde klachten		10.7%	13.9%	*
As C: Cognitieve ontwikkeling en vaardigheden jeugdige				
Problemen in de cognitieve ontwikkeling		42.3%	34.6%	**
Problemen met vaardigheden		19.4%	17.7%	ns
Overige problemen vaardigheden		6.9%	5.6%	ns
As D: Gezin en opvoeding				
Ontoereikende kwaliteiten opvoeding		64.4%	67.1%	ns
Problemen ouder-kindrelatie		49.4%	65.8%	**
Verwaarlozing/mishandeling/misbruik		19.6%	28.8%	**

Instabiele opvoedingssituatie	43.5%	47.5%	ns
Problemen van een ouder	37.6%	44.2%	**
Problemen van een ander gezinslid	10.7%	9.7%	ns
Problemen sociaal netwerk	12.9%	13.2%	ns
Problemen omstandigheden gezin	16.4%	17.9%	ns
Overige problemen gezin	6.1%	4.0%	*
<i>As E: Jeugdige en omgeving</i>			
Problemen op speelzaal, school of werk	57.4%	49.3%	**
Problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd	62.2%	69.9%	**
Problemen omstandigheden jongere	25.6%	15.6%	*
Overige problemen omgeving jongere	1.8%	2.5%	ns

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

Deel II

Behandeling en behandeluitkomst van jongens en meisjes

Dossieronderzoek (N=241)

In dit tweede deel geven we antwoord op deelvragen 2 en 3: Welke interventies worden ingezet bij jongens en meisjes, en verschillen de interventies van jongens en meisjes in relatie tot de aanwezige problematiek? Wat is de relatie tussen doelgroepkenmerken van jongens en meisjes, ingezette behandelinterventies en behandeluitkomst? Om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn aanvullend dossiers gescoord van een subgroep van de totale 3.520 jongeren uit deel I.

Methode

Procedure

In de periode mei t/m december 2017 zijn de dossiers van 241 jongeren gescoord binnen vijf instellingen voor Jeugdzorg^{Plus}. De dossiers moesten voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

- Er is toestemming gegeven voor gebruik van gegevens uit de Jeugdzorg^{Plus} Monitor;
- De jongere is uitgestroomd uit Jeugdzorg^{Plus} voor 1 april 2017;
- De plaatsing binnen de Jeugdzorg^{Plus} heeft ten minste 3 maanden geduurd.

Bij iedere deelnemende instelling is een uitdraai van de Jeugdzorg^{Plus} Monitor opgevraagd en via bovenstaande inclusiecriteria zijn de jongeren vervolgens geselecteerd. Er werd naar gestreefd om binnen iedere instelling met terugwerkende kracht 25 jongens en 25 meisjes te includeren in het dossieronderzoek. Dit is gelukt, op een instelling na, daar konden maar 16 dossiers gescoord worden van meisjes die binnen de inclusiecriteria vielen. De dossiers zijn vervolgens gescoord door gebruik te maken van de EPD's van de deelnemende instellingen. In alle EPD's is voor de dataverzameling gebruik gemaakt van de volgende documenten:

- Aanmeldgegevens
- Hulpverleningsplannen
- Eindverslagen, eindbrieven en ontslagbrieven

Om de betrouwbaarheid van de dossierscoring te waarborgen zijn, alvorens te starten met het dossieronderzoek, vijf dossiers door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gescoord. Deze gescoorde dossiers waren voor 75% overeenkomend.

Meetinstrument

Bij het dossieronderzoek is gebruik gemaakt van een bestaand dossierscoringsformulier waarin problemen op diverse terreinen worden gescoord (Nijhof, 2011). Enkele (voor dit onderzoek) niet relevante gegevens zijn vervangen door vragen die aansloten bij de huidige onderzoeksvraag; zoals informatie betreffende de ingezette interventies en de uitkomsten van behandeling. Het uiteindelijke dossierscoringsformulier (zie Bijlage I) is opgesteld met input van de begeleidingscommissie. Van alle items die betrekking hadden op probleemgedragingen is in de dossiers gekeken of de problematiek voorkwam, vermoedelijk voorkwam, nadrukkelijk niet voorkwam of dat er in het dossier niets over beschreven stond. Voor de uiteindelijke analyses zijn bij het voorkomen van een item (zoals softdrugsgebruik) de antwoordcategorieën "ja" en "vermoedelijk" samengevoegd tot een "ja" en een "nee" of een "staat niet in het dossier" als "nee".

Van alle jongeren zijn ook de diagnoses uit de DSM gescoord, omdat deze in de landelijke monitor niet zijn opgenomen. Enkel diagnoses die officieel zijn vastgesteld door een diagnosticus zijn meegenomen. Omdat er sprake was van een breed scala aan diagnoses, maar er voornamelijk enkele met grote regelmaat voorkwamen bij vrijwel alle jongeren, is ervoor gekozen om te kijken naar de aanwezigheid van de volgende "top 5" diagnoses:

- Gedragsstoornissen: Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis en Antisociale Gedragsstoornis
- ADHD: alle typen ADHD (aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis)
- ASS: alle autisme spectrum stoornissen
- PTSS: gediagnosticeerde posttraumatische stressstoornis
- Stoornissen in de hechting of ouder-kind relatie: gediagnosticeerde hechtingsstoornissen en ouder-kind relatieproblemen

Ook de ingezette interventies bij deze onderzoeksgroep tijdens de Jeugdzorg^{Plus} plaatsing zijn verkregen uit het dossier. Tevens is in de dossiers bekeken hoe de behandeling binnen de gesloten jeugdzorg is afgerond. Een positieve afronding werd gescoord wanneer genoemd werd dat de doelen zijn behaald en/of in het dossier genoemd werd dat de situatie is verbeterd naar tevredenheid (bijvoorbeeld wanneer de jongere door kon stromen naar een open groep, of wanneer gedragsproblemen waren verminderd). Een neutrale uitkomst houdt in dat de situatie gelijk of vergelijkbaar is als bij opname, en van een negatieve uitkomst is sprake als de situatie verergerd lijkt te zijn en/of meer geslotenheid nodig was.

Aangezien een neutrale uitkomst³ van de behandeling ook ongewenst is, worden voor de uiteindelijke analyses een neutrale uitkomst en een negatieve uitkomst samengevoegd tot een negatieve uitkomst.

Om inzicht te krijgen in hoeverre er in de dossiers aandacht is voor sekse specifiek handelen, is vanuit het dossier ten slotte informatie genoteerd die betrekking heeft op het handelen van de professionals richting de jongeren. Het gaat hierbij om handelingsadviezen die rondom de opname en start van de behandeling beschreven worden. Hierbij valt te denken aan bejegeningadviezen, adviezen vanuit vorige instellingen die staan beschreven in de behandelplannen en/of adviezen over wat werkt in de behandeling en begeleiding van de jongere.

Onderzoeksgroep

De uiteindelijke onderzoeksgroep bestaat uit 125 jongens (51.9%) en 116 meisjes (48.1%; zie Tabel 2.1). De gemiddelde leeftijd en intelligentie van de jongens en meisjes verschillen niet. Van de meisjes is 64.7% van autochtone afkomst, 5.2% van allochtoon-Westerse afkomst, 23.3% van allochtoon-niet Westerse afkomst en van 6.9% is de afkomst onbekend. Voor jongens liggen deze percentages op respectievelijk 64.8%, 7.2%, 25.6%, en 2.4 %. Er zijn geen significante verschillen in afkomst tussen jongens en meisjes. Wat betreft dagbesteding had 59.4% van de meisjes (n=60) school/studie bij opname, 7.9% had een combinatie van school, werk/ stage/leerwerkplek (n=8), 30.7% had geen dagbesteding (n=31) en een meisje had een daginvulling op basis van de Wet werk en bijstand. Bij jongens is dit respectievelijk 47.2% (n=51), 9.3% (n=10), en 42.6% (n=46). Er zijn geen significante verschillen tussen jongens en meisjes wat betreft dagbesteding in deze onderzoeksgroep.

Kijkend naar de juridische maatregelen is te zien dat bij meer dan de helft van de jongeren (55.6%, n=124), sprake was van een (voorlopige) O.T.S (ondertoezichtstelling), bij 41 jongeren was sprake van voogdij (18.6%), 21 jongeren waren geplaatst met een jeugdreclasserings-maatregel (JR; 9.4%) en bij 46 jongeren was er geen sprake van een maatregel (20.6%). Er zijn significant meer jongens met een JR geplaatst, $X^2=6.55$, $p=0.01$. Van 18 jongeren was in het dossier niet terug te vinden óf en van welke maatregel er sprake was tijdens plaatsing binnen de gesloten jeugdzorg. In Tabel 2.1 is de gemiddelde opnameduur, het aantal doorplaatsingen en hernieuwde plaatsingen te zien zoals deze terug te vinden waren in de dossiers. De leefsituatie van de jongeren voorafgaand aan een Jeugdzorg^{plus} plaatsing verschilt tussen jongens en meisjes; meer meisjes zijn vanuit een (andere) residentiële instelling geplaatst in een Jeugdzorg^{plus} instelling dan jongens, ($X^2=4.50$, $p=0.03$).

Analyse

Om te analyseren of de verschillen in kenmerken tussen jongens en meisjes significant zijn, is gekozen voor independent t-testen (*t*) bij de continue variabelen en voor Chi kwadraat toetsen bij de categorische variabelen (X^2). In Tabel 2.2 wordt weergegeven van welke variabelen gebruik is gemaakt in de analyses. Wat betreft de analyses die betrekking hebben op de relatie tussen de uitstroom van de jongeren en de doelgroepkenmerken is gekozen voor een multivariate logistische regressieanalyse.

³ Bij stabilisatie is de uitkomst positiever dan bij een neutrale uitkomst. Stabilisatie sluit namelijk deels aan bij de doelen van een gesloten plaatsing: "De instellingen verwachten dat na de gesloten behandeling (fase 1) minimaal de motivatie van de jeugdige is verbeterd, de agressie gestabiliseerd en gezinsondersteuning op gang is gebracht, wat belangrijke voorwaarden zijn voor een succesvol vervolgtraject" (Vermaes, Konijn, Nijhof, Strijbosch, & Van Domburgh, 2012).

Tabel 2.1 Overzicht onderzoeksgroep jongens en meisjes in Jeugdzorg^{plus} (N = 241).

	Jongens N=125		Meisjes N=116	
Gemiddelde leeftijd (min – max)	14.9	(10-17)	15.0	(11-18)
IQ (min – max)	87.10	(57 -118)	84.42	(55 – 128)
Disharmonisch profiel	50%	n=58	59%	n=39
Opnameduur opname (mnd; min-max)	8.2	(3-27)	8.4	(3-37)
	N	%	N	%
(Voorlopige) O.T.S (Ondertoezichtstelling)	60	51.7	64	59.8
Voogdij	21	18.1	20	18.7
Jeugdreclassering	17	14.7	4	3.7
Niet van toepassing, geen maatregel	27	23.3	19	17.8
Aantal jongeren hernieuwd geplaatst	20	16.0	21	18.1
Gemiddeld aantal hernieuwde plaatsingen	M=0.35		M=0.35	
0	59	47.2	64	55.2
1	13	10.4	15	12.9
2	6	4.8	4	3.4
3	1	0.8	1	0.9
≥ 4	0	0.0	1	0.9
Aantal jongeren door geplaatst	32	25.6	29	25.0
Gemiddeld aantal doorplaatsingen	M=0.46		M=0.40	
0	55	44.0	59	50.9
1	26	20.8	22	19.0
2	5	4.0	4	3.4
3	0	0.0	0	0.0
≥ 4	1	0.8	1	0.9
Leefsituatie voor opname JZ+				
In meer-oudergezin	25	20.2	15	13.5
In één-oudergezin	20	16.1	16	14.4
Residentieel	53	42.7	66	59.5
Zwervend	13	10.5	11	9.9
Pleeggezin	4	3.2	1	0.9
Anders	9	7.3	2	1.8

Tabel 2.2. Overzicht variabelen analyses Deel II.

	Bron	Soort variabele
Statische kenmerken		
Leeftijd	Dossier	Continue
Intelligentie	Dossier	Continue
Etniciteit	Dossier	Categorisch
Leefsituatie voor opname	Dossier	Categorisch
Dagbesteding	Dossier	Categorisch
Rechtelijke maatregel	Dossier	Categorisch
Dynamische kenmerken		
DSM-diagnoses	Dossier	Categorisch
Probleemgedragingen	Dossier	Categorisch
Behandeluitkomst	Dossier	Categorisch
Ingezette interventies	Dossier	Categorisch

Resultaten

Hieronder gaan we in op het probleemgedrag van jongens en meisjes zoals uit de dossiers naar voren komt, waarbij we onderscheid maken in DSM-diagnoses en aanvullend daarop de losse probleemgedragingen zoals vermeld in het dossier. Vervolgens omschrijven we de ingezette interventies, en kijken we naar de relatie tussen behandeluitkomst, probleemgedrag en ingezette interventies.

Problematiek

Met betrekking tot de DSM diagnoses is er geen verschil te zien tussen jongens en meisjes op het gebied van gedragsstoornissen (ODD en CD), maar wel op de andere hoofddiagnoses (zie Tabel 2.3): significant meer jongens zijn gediagnosticeerd met ADHD ($X^2=6.53$, $p=0.01$) en ASS ($X^2=5.70$, $p=0.04$) en meer meisjes met PTSS ($X^2=21.50$, $p<0.001$) en problemen in de ouder-kindrelatie of hechting ($X^2=5.70$, $p=0.02$). Van 41 jongeren was er geen diagnose terug te vinden in het dossier.

Tabel 2.3. Aantallen en percentages van de DSM diagnoses (n=200).

	Jongens		Meisjes		Totaal		X ²
	N	%	N	%	N	%	
Gedragstoornissen	59	56.2	54	56.8	113	56.5	ns
ADHD	38	36.2	18	18.9	56	28.0	**
ASS	32	30.5	16	16.8	48	24.0	*
PTSS	7	6.7	32	33.7	39	19.5	**
Stoornis hechting of ouder-kindrelatie	42	40.0	55	57.9	97	48.5	**

Kijkend naar de losse probleemgedragingen uit de dossiers blijkt dat er bij aanmelding significant vaker sprake is van internaliserend probleemgedrag bij meisjes: 70.7% bij meisjes en 46.4% bij jongens ($X^2=13.60$, $p<0.001$). Hoewel zowel jongens als meisjes bekend zijn met drugsgebruik, gebruiken jongens significant meer soft- (65.6% vs 51.7%; $X^2=4.23$, $p=0.04$) en harddrugs (32.8% vs 20.7%; $X^2=3.89$, $p=0.05$) in vergelijking met meisjes. Jongens zijn voorafgaand aan plaatsing ook vaker in aanraking geweest met politie (60% vs 31.9%; $X^2=17.99$, $p<0.001$) en gebruikten vaker fysiek geweld in de thuissituatie (48.0% vs 26.7%; $X^2=10.70$, $p=0.001$). Bij meisjes worden vaker automutilatie (11.2% vs 33.6%; $X^2=16.35$, $p<0.001$), (gedachten aan) suïcide (21.6% vs 37.1%; $X^2= 6.26$, $p=0.01$) en trauma-gerelateerde klachten (46.4% vs 75.0%; 19.39. $p<0.001$) gezien. Ook laten meisjes vaker problemen zien in relatie met hun ouder(s) (71.2% vs 82.8%; $X^2=3.88$, $p=0.05$). Verder is te zien dat vrijwel alle seksueel gerelateerde problemen meer gerapporteerd worden bij meisjes: seksueel misbruik door derden (11.2% vs 9.7%; $X^2=24.56$ $p<0.001$), slachtoffer loverboy/prostitutie (4.8% vs 24.1%; $X^2=17.01$, $p<0.001$), seksueel overschrijdend gedrag (17.6% vs 40.5%; $X^2=14.36$, $p<0.001$), en potentieel risico op prostitutie/loverboy problematiek (2.4% vs 19.0%; $X^2=16.02$, $p<0.001$). In totaal is bij 65.5% van de meisjes sprake van enige vorm van seksueel afwijkend gedrag, ten opzichte van 24.0% van de jongens ($X^2=40.42$, $p<0.001$). Er is geen verschil tussen jongens en meisjes wat betreft gebruik van psychofarmaca en het aantal keren dat zij zijn weggelopen tijdens de gesloten plaatsing. Wanneer we het aantal probleemgebieden uit het dossier optellen, zien we dat meisjes ($M=10.05$, $Sd=2.80$) op significant meer gebieden ($t(239)=-3.27$, $p=0.001$) problemen laten zien dan jongens ($M=8.87$, $Sd=2.81$). De resultaten zijn weergegeven in Tabel 2.5.

Tabel 2.4. Aantallen en percentages van de losse probleemgebieden van jongens en meisjes (N=241).

	Jongens		Meisjes		X ²
	N	%	N	%	
Internaliserend probleemgedrag	58	46.4	82	70.0	**
Externaliserend probleemgedrag	118	94.4	104	89.7	ns
Alcoholgebruik	39	31.2	36	31.0	ns
Softdrug	82	65.6	60	51.7	*
Harddrug	41	32.8	24	20.7	*
Politiecontacten	75	60.0	37	31.9	**
Fysiek geweld tegen gezinsleden	60	48.0	31	26.7	**
Verbaal geweld tegen gezinsleden	67	53.6	50	43.1	ns
Automutilatie	14	11.2	39	33.6	**
Suïcide (gedachten aan)	27	21.6	43	37.1	**
Wegloopgedrag	101	80.8	102	87.9	ns
Trauma	58	46.4	87	75.0	**
Risicovolle vrienden	75	60.0	76	65.5	ns
Eigen problematiek ouders	58	50.0	48	38.4	ns
Problemen in de ouder-kind relatie	89	71.2	96	82.8	*
Problemen in het sociaal netwerk van gezin	28	22.4	28	24.1	ns
Mishandeling door ouders/verzorgers	41	32.8	44	37.9	ns
Fysieke of geestelijke mishandeling	34	27.2	29	25.0	ns
Fysieke of geestelijke verwaarlozing	28	22.4	28	24.1	ns
Seksueel misbruik in het gezin	1	0.8	1	0.9	ns
Huiselijk geweld	39	31.2	41	35.3	ns
Seksueel misbruik door derden	14	11.2	46	39.7	**
Seksueel afwijkend gedrag	30	24.0	76	65.5	**
Slachtoffer loverboy of prostitutie (vermoeden)	6	4.8	28	24.1	**
Seksueel overschrijdend gedrag (bijv. handtastelijkheden, promiscue gedrag)	22	17.6	47	40.5	**
Potentieel risico op prostitutie/ loverboy problematiek	3	2.4	22	19.0	**
Wervend voor loverboys	3	2.4	3	2.6	ns
Gebruik psychofarmaca	40	32.0	31	26.7	ns
Weggelopen tijdens Jeugdzorg ^{plus} plaatsing	45	36.3	48	41.7	ns
		M=1.42		M=1.54	
Totaal aantal probleemgebieden		M=8.87		M=10.05	**

Problematiek en ingezette interventies

Meisjes hebben significant vaker een gezinsgerichte interventie ontvangen dan jongens ($X^2(241)=3.82$, $p=.05$). Van de meisjes heeft 43.1% een gezinsgerichte interventie ontvangen, 40.5% niet, en voor 16.4% staat er niets in het dossier vermeld. Van de jongens heeft 27.2% een gezinsgerichte interventie ontvangen, en 54.6% niet, en voor 27.2% was het onbekend.

Er is geen significant verschil in het wel of niet inzetten van een individuele interventie bij jongens en meisjes. Als we kijken naar de inzet van individuele interventies blijkt dat 78.4% van de meisjes een individuele interventie heeft ontvangen, 5.2% niet en voor 16.4% was dit onbekend. Van de jongens heeft 70.4% een individuele interventie ontvangen, 2.4% niet en voor 27.2% was dit onbekend. Meisjes kregen significant vaker een individuele interventie gericht op internaliserend probleemgedrag ($X^2=7.26$, $p=0.007$) kregen. Jongens kregen vaker een individuele interventie gericht op middelengebruik ($X^2=12.62$, $p<0.001$). Opvallend is dat er bij jongens significant vaker in het dossier werd benoemd dat er UC-controle werd ingezet tijdens de behandeling ($X^2=8,98$, $p=0.003$) en relatief vaker PMT ($X^2=4,25$, $p=0.039$) wordt gegeven. Bij de andere interventies zijn geen significante verschillen gevonden.

Middels kruistabellen en chi-kwadraattoetsen is vervolgens apart voor jongens en meisjes gekeken naar de relatie tussen type interventie en probleemgedrag. In Bijlage II zijn alle interventies weergegeven die zijn ingezet bij onze onderzoeksgroep binnen de Jeugdzorg^{plus}.

Jongens. Uit de analyses blijkt dat bij jongens met internaliserend probleemgedrag ($X^2=4.75$, $p=0.029$, $N=18$) en traumatische ervaringen ($X^2=5.58$, $p=0.018$, $n=19$) significant vaker een behandeling gericht op internaliserende problemen is ingezet dan andere interventies. Jongens met ODD krijgen vaker een gezinsgerichte behandeling ($X^2=5.89$, $p=0.015$, $n=20$). Een behandeling gericht op middelengebruik hangt samen met alcoholgebruik ($X^2=13.95$, $p=<0.001$, $n=22$), softdrugsgebruik ($X^2=21.55$, $p=<0.001$, $n=39$) en harddrugsgebruik ($X^2=12.54$, $p<0.001$, $n=25$). Jongens waarbij sprake is van alcoholmisbruik ($X^2=4.43$, $p=0.035$, $n=11$) kregen ook vaker een interventie gericht op externaliserend problemen dan jongens die geen alcoholmisbruik laten zien.

Meisjes. Bij meisjes hangt alcoholgebruik ($X^2=6.68$, $p=0.01$, $n=13$), softdrugsgebruik ($X^2=10.52$, $p=0.001$, $n=20$), harddrugsgebruik ($X^2=11.82$, $p=0.001$, $n=11$) en risicovolle vriendengroep ($X^2=5.37^*$, $p=0.021$, $n=21$) samen met een interventie gericht op middelenmisbruik. Vaktherapie hangt samen met politiecontacten ($X^2= 6.37$, $p=0.012$, $n=20$), traumatische ervaringen ($X^2=3.84$, $p=0.05$, $n=37$) en het ervaren van enige vorm van mishandeling door ouders/verzorgers van de meisjes ($X^2=5.74$, $p=0.017$, $n=24$). Verder hangt alcoholgebruik ($X^2= 4.66$, $p=0.031$, $n=19$) samen met een behandeling gericht op internaliserende gedragsproblemen. Meisjes met ASS ($X^2=8.21$, $p=0.004$, $n=11$) krijgen vaker een individuele, algemene behandeling, en bij meisjes met ADHD ($X^2=7.40$, $p=0.007$, $n=8$) wordt vaker een interventie gericht op seksualiteit en relaties in gezet.

Problematiek, behandelinterventies en resultaat van behandeling

Van de 241 jongeren was er bij 189 jongeren (78.4%) sprake van een positieve uitkomst na de Jeugdzorg^{plus} behandeling. Van deze groep jongeren kunnen we zeggen dat zij met positief resultaat de behandeling hebben afgesloten, doelen hebben behaald en een passende vervolgplek hebben gevonden. Bij 21 jongeren was sprake van een negatieve uitkomst (8.7%) en bij 12 jongeren was de uitkomst neutraal (4.6%). Van 19 jongeren was uit het dossier niet op te maken hoe de uitkomst van behandeling was (7.9%). Omdat ook een neutrale behandeluitkomst ongewenst is (zie methoden), zullen we deze verder classificeren als negatief. Redenen voor een negatieve of neutrale uitkomst van de behandeling waren onder andere:

- weglopen
- geen verlenging van de machtiging (terwijl dit wel nodig werd geacht)
- jongere is 18 geworden en situatie is nauwelijks verbeterd
- tegen advies in weer thuis gaan wonen (in plaats van passende vervolginstelling)
- behaalde doelen enkel behaald binnen geslotenheid
- het plegen van een strafbaar feit en/of naar justitiële jeugdinrichting

Als we ons specifiek focussen op de subgroep jongeren met een negatieve uitkomst van behandeling, dan blijkt dat er significant meer jongens (19.2%) dan meisjes (7.8%) zijn met een negatieve uitkomst ($X^2=7.81$, $p=0.02$). Verder valt op dat er bij 13 (39.4%) van deze 33 jongeren (voor zover bekend) tijdens de behandeling geen interventie is ingezet ($X^2=6.48$, $p=0.011$). De gemiddelde behandelduur van deze groep was 7.9 maanden en de gemiddelde leeftijd 15.5 jaar, overeenkomstig met de gehele onderzoeksgroep. Ook in de aanloop naar de behandeling lijkt weinig verschil te zijn, het aantal hulpverleningstrajecten van deze groep ($n=6.0$) verschilt weinig van dat van de gehele onderzoeksgroep ($n=5.4$).

Als echter gekeken wordt naar de problematiek, dan is te zien dat de groep met een negatieve uitstroom op enkele probleemgedragingen verschilt van jongeren met een positieve uitstroom. Het middelengebruik binnen de groep met een negatieve uitstroom (66.7%) verschilt significant ($\chi^2=11.94$, $p=0.003$) van de groep met een positieve uitstroom (33.5%). Binnen deze groep worden ook meer problemen gesignaleerd in het sociale netwerk van het gezin, 42.4% vs 20.6% ($\chi^2=8.11$, $p=0.017$) en bij meer ouders van deze jongeren is vaker er sprake van eigen problematiek (54.5% vs 39.7%; $\chi^2 =7.52$, $p=0.023$). Wat betreft gediagnosticeerde problematiek zien we dat binnen deze groep met negatieve uitstroom minder stoornissen gerelateerd aan de hechting of ouder-kindrelatieproblematiek (25.9% vs. 53.8%; $\chi^2=6.10$, $p=0.013$) dan bij de groep met een positieve uitstroom.

Aandacht voor sekse specifiek handelen in de dossiers

Ten slotte is ook gekeken of er in de dossiers aandacht was voor sekse specifieke verschillen en sekse specifiek handelen. In de dossiers van 31 jongeren (12.9%) werden handelingsadviezen genoemd die sekse specifiek te noemen zijn. In deze dossiers was aandacht voor de sekse specifieke (seksuele) ervaringen van de jongere, de mate waarin de jongere gevoelig was voor man/vrouw verhoudingen, problemen rond de seksuele ontwikkeling, of werd benoemd dat er een ongemengde groep nodig was of werd gesproken van een genderspecifieke aanpak. Deze seksspecifieke adviezen werden met name gevonden in de dossiers van meisjes (26 meisjes t.o.v. 5 jongens). In de dossiers van de jongens was vooral sprake van jongens die erg gevoelig waren voor verschil tussen mannelijke en vrouwelijke in de hulpverleners, jongens die slachtoffer waren van seksueel misbruik of jongens die zeer (seksueel) beïnvloedbaar bleken te zijn. Verder werd in 34 dossiers enkel als aandachtspunt benoemd dat er sprake was van kwetsbaarheid of beïnvloedbaarheid van de jongere waar rekening mee diende te worden gehouden. Het type handelingsadvies dat gegeven werd in de dossiers bleek met een χ^2 -toets significant te verschillen voor jongens en meisjes ($\chi^2=22.10$, $p<0.001$).

Tabel 2.5. Beschreven handelingsadviezen tussen jongens en meisjes.

	Jongen		Meisje		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Benoemen baat bij structuur, consequente aanpak, duidelijkheid en/of voorspelbaarheid ("groepsmilieu")	24	19.2	12	10.2	36	14.9
Benoemen van benodigde groepsmilieu i.c.m. positieve benadering en/of aandacht voor onderliggende problemen	7	5.6	8	6.9	15	6.2
Handelingsadviezen specifiek voor jongere	33	26.4	19	16.4	52	21.6
Seksspecifieke handelingsadvies (m.b.t. ervaringen, kwetsbaarheid, seksueel misbruik, man/vrouw verschillen, meisjes specifieke aanpak)	5	4.0	26	22.4	31	12.9
Benoemen van kwetsbaarheid of beïnvloedbaarheid jongere	17	13.6	17	14.7	34	14.1
Total handelingsadviezen	86	68.8	82	71.7	169	69.7
Dossiers waarin geen handelingsadviezen worden gegeven	39	31.2	34	29.3	72	30.3

Enkel in 38 dossiers (15.8%; 13 jongens en 25 meisjes) werd specifiek benoemd dat er navraag is gedaan naar eventueel seksueel overschrijdend gedrag van de jongere. Meestal werd dit gedaan tijdens (de risico-inventarisatie tijdens) intake of naar aanleiding van opmerkingen in het dossier. Mogelijk gebeurt dit vaker, maar wordt dit niet genoemd in het dossier. Binnen alle instellingen wordt namelijk gebruik gemaakt van een risico-inventarisatie waarbij seksueel overschrijdend gedrag een besprekspunt is. Er was echter bij 77 jongeren (32%) geen risico-inventarisatie te vinden in het dossier.

Deel III

Sekse specifiek handelen op de werkvloer

Interviews (N=18)

Uit het dossieronderzoek lijkt er relatief weinig aandacht te zijn voor sekse specifiek handelen op de groep en in behandeling, maar de vraag is in hoeverre dat in de praktijk ook daadwerkelijk zo is. Er is daarom gekozen om verdiepende interviews te doen met professionals uit de praktijk om nog beter antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag: In hoeverre is er sprake van sekse-specifieke behoeften van jongens en meisjes in de behandeling binnen Jeugdzorg^{plus} en wordt hier in de behandeling rekening mee gehouden? Hiervoor zijn gedragswetenschappers en pedagogisch medewerkers werkzaam binnen de Jeugdzorg^{plus} geïnterviewd. Het doel van deze interviews was om te onderzoeken wat de visie van gedragswetenschappers en pedagogisch medewerkers is op sekse specifiek werken, en in hoeverre zij hier in hun dagelijks handelen rekening mee houden.

Methode

Onderzoeksgroep

Aan alle vijf instellingen die deelnamen aan het dossieronderzoek is de vraag gesteld of zij de onderzoekers in contact konden brengen met professionals op de werkvloer om hen te benaderen voor onderzoek. Vervolgens zijn gedragswetenschappers en pedagogisch medewerkers benaderd. Alle geïnterviewde professionals hadden meerdere jaren ervaring in het werken met meisjes en hadden over het algemeen ook met jongens gewerkt. In Tabel 3.1 is de verdeling te zien van de verschillende groepen professionals die zijn geïnterviewd binnen de deelnemende instellingen met daarbij de specificatie of zij op heterogene (jongens en meisjes gemengd) of homogene groepen (enkel jongens óf meisjes op de groep) werkzaam waren.

Tabel 3.1. De verschillende groepen die zijn geïnterviewd binnen de verschillende instellingen.

Instelling	Interviewgroep 1	Interviewgroep 2
1	3 gedragswetenschappers die enkel op meidengroepen werkzaam waren	team van 5 pedagogisch medewerkers van meidengroep Aquamarijn (i.c.m. één gedragswetenschapper)
2	2 gedragswetenschappers (gemengde groepen)	2 pedagogisch medewerkers (jongensgroep én meidengroep)
3	1 gedragswetenschapper en 1 pedagogisch medewerker van de meidengroep	-
4	2 gedragswetenschappers (gemengde groepen)	2 pedagogisch medewerkers (gemengde groepen)

Interviews

Er is voor gekozen om semigestructureerde interviews af te nemen. Voorafgaand aan de interviews is de lijst met bespreekpunten en vragen door de begeleidingscommissie op volledigheid gecontroleerd. Het Risk Needs Responsivity model (Andrews, Bonta, & Wormith, 2010) is aangehouden bij het opstellen, uitvoeren en uitwerken van de interviews. Dit model beschrijft drie niveaus waarmee problemen met jongeren vastgesteld en behandeld kunnen worden. Het risicobeginsel (Risk) geeft aan wie een bepaalde interventie zou moeten krijgen en met welke intensiteit (hoe meer risico's hoe intensiever), het behoeftebeginsel (Needs) geeft aan wat zou moeten worden aangepakt met de interventie (veranderbare risicofactoren die samenhangen met het probleemgedrag) en het responsiviteitsbeginsel (Responsivity) hoe behandeld zou moeten worden (passend bij de motivatie, leerstijl en vermogens van de jongere). De items in Tabel 3.2 zijn de uiteindelijke bespreekpunten (behorende bij betreffende vragen) van het interview. De interviews zijn opgenomen op tape recorder en naderhand uitgewerkt. De vragen zijn uitgewerkt en gecategoriseerd aan de hand van de genoemde items in Tabel 3.2.

Tabel 3.2. *Bespreekpunten interviews.*

Items	RNR -model
1 Verschillen jongens en meisjes (algemeen)	Risico
2 Verschillende risicofactoren	Risico
3 Verschillen in hulpverleningsgeschiedenis	Risico
4 Besluitvorming m.b.t. plaatsing groep	Behoeften
5 Voordelen heterogene groepen	Behoeften
6 Voordelen homogene groepen	Behoeften
7 Seksespecifiek handelen	Behoeften
8 Behandelbehoeften	Behoeften
9 Motivatie	Responsiviteit
10 Ideale groep voor meisjes	Responsiviteit
11 Seksespecifieke interventies	Responsiviteit
12 Vaardigheden hulpverlening en bejegening jongens/meisjes	Responsiviteit

Resultaten

Alle geïnterviewden geven aan dat bepaalde problemen, risicofactoren en (gebrek aan) vaardigheden vaker bij meisjes of juist bij jongens worden gezien. Tevens geven ze aan dat de doelgroep zeer heterogeen is, wat betekent dat er verschillen zijn tussen meisjes en jongens, maar ook binnen de groep meisjes en jongens.

"Niet iedereen hier heeft dezelfde problematiek, niet alle meiden hebben dezelfde problematiek, daar zit onderling echt verschil in, maar binnen de groep (meiden/jongens) zullen wel jongens of meiden zijn met dezelfde problematiek."

Vrijwel alle professionals noemen als eerste dat zij bij meisjes binnen de Jeugdzorg^{Plus} meer internaliserende problemen zien en vermelden daarnaast dat er bij meisjes meer problemen en zorgen zijn rondom mensenhandel. Een groot deel geeft daarbij aan dat de internaliserende problemen vrijwel altijd bestaan naast externaliserende problemen. Bij jongens worden juist met name externaliserende problemen gezien. Meisjes laten volgens de professionals verder vaker

"Het zijn (bij meiden) vaak internaliserende problemen die in principe in de ambulante zorg goed behandeld zouden kunnen worden, alleen dit lukt niet door de heftigheid en de combinatie met systeemproblemen, schoolproblemen, gedragsproblemen. De heftigheid van problemen bevinden zich op vrijwel alle levensgebieden, de problemen hebben zich op alle levens gebieden als een olievlek verspreid."

persoonlijkheids-problematiek zien en zijn over het algemeen kwetsbaarder dan jongens. Meisjes zijn vaker dan jongens bezig met wat anderen van hen vinden. Ze laten over het algemeen sneller een internaliserende coping zien: piekeren, vermijden en/of zelfbeschadigend gedrag. Aan de andere kant zien professionals bij meisjes vaker een grotere praktische zelfredzaamheid en een beter zelfinzicht. Ze passen zich, volgens hen, gemakkelijker aan en zijn beter in staat om zich empathisch en sociaal vaardig op te stellen. Een gedragswetenschapper geeft aan dat de problematiek van

meisjes vaak heftiger is en dat er op meerdere levensgebieden problemen worden ervaren, wat de problematiek complexer en hardnekkiger maakt. Jongens laten volgens de professionals met name externaliserend probleemgedrag zien, hebben vaker problemen met middelengebruik, er is vaker sprake van criminaliteit en jongens laten eerder fysieke en verbale agressie zien. Jongens vragen op de groep over het algemeen meer en langer praktische begeleiding en zijn in het contact met anderen functioneler.

Risico's (Risks)

Als grootste risicofactoren voor een plaatsing binnen de Jeugdzorg^{Plus} bij meisjes worden door professionals de volgende punten genoemd: mensenhandel (loverboys en prostitutie), kwetsbaarheid, weglopen (en de bijkomende risico's) en meisjes die tegen zichzelf in bescherming moeten worden genomen. Verder wordt als aanmeldredenen gezien dat meisjes gevoelig zijn voor sociale druk en problemen ondervinden op sociale media, hechtingsproblemen, hulpverlening die niet meer weet wat ze met het meisje aan moeten, ouders die thuis te beschermend zijn of te veel van een meisje vragen en moslim meisjes die te maken krijgen met eerwraak. Als aanmeldingsredenen bij jongens wordt vaak agressie, criminaliteit en middelengebruik genoemd. Ook noemt een groepsleider dat jongens vaker schoolverzuim laten zien dan meisjes en een gedragswetenschapper benoemt dat jongens eerder dan meisjes gesloten geplaatst worden om juist de omgeving te beschermen tegen de jongere.

Wat betreft hulpverleningsgeschiedenis zijn de meningen verdeeld. Sommige professionals zien weinig verschil en geven aan dat beide groepen een lange hulpverleningsgeschiedenis hebben gehad. Ze geven aan dat jongens en meisjes vaak beiden regelmatig zijn overgeplaatst binnen residentiele groepen en dat er soms te lang is gewacht met het inzetten van zwaardere zorg. Anderen geven aan dat zij wel het idee hebben dat er verschil zit tussen de hulpverlenings-geschiedenis. Bij meisjes is er soms een wat kortere aanloop dan bij jongens en is er sneller sprake van een plotseling crisis, doordat het meisje zich in een zorgelijke situatie bevindt. Binnen drie van de zeven interviewgroepen wordt aangegeven dat zij het idee hebben dat jongens een langere hulpverleningsgeschiedenis hebben.

Behoeften (Needs)

Binnen alle instellingen wordt geprobeerd om bij plaatsing op een groep rekening te houden met waar de jongere het beste zal passen (*matched care* principe). Hierbij wordt gekeken naar wat de jongere nodig heeft en wat het ontwikkelingsniveau is. Er wordt geprobeerd om jongeren met elkaar versterkende problemen (met name met betrekking tot zelfbeschadigend gedrag) zo min mogelijk samen op één groep te plaatsen. Er wordt binnen enkele instellingen ook benoemd dat zij nadrukkelijk zo veel mogelijk proberen om familie en bekenden die gerelateerd zijn aan een traumatische situatie (slachtoffer en dader), op verschillende groepen te plaatsen.

Tussen de instellingen is er verschil in visie op de voor- en nadelen van homogene (jongens en meisjes op aparte groepen) en heterogene (jongens en meisjes gemengd op één groep) behandelgroepen. Opvallend is dat de professionals van vrijwel alle instellingen achter hun keuze staan met betrekking tot gemengd of ongemengde groepen. Binnen één instelling, waar gekozen is voor homogene groepen, wordt aangegeven dat dit inderdaad soms nodig is voor kwetsbare meisjes, maar dat bij de professionals de voorkeur uitgaat naar heterogene groepen omdat de jongeren daar meer van kunnen leren.

"Heterogene groepen zijn meer in balans en kloppend met het dagelijks leven. Jongens zijn in de omgang wat makkelijker en trekken zo het ongemak van sommige meisjes recht. Het zorgt voor een wat gezondere manier van omgaan met elkaar, waar meiden van kunnen leren. (...) De verschillen (de visies) in seksualiteit, wat een probleem zou kunnen bieden, bieden juist ook oefenmomenten."

Als voordelen van heterogene groepen wordt genoemd dat het meer de buitenwereld weerspiegelt, dat het oefensituaties biedt en dat jongens en meisjes elkaar zo meer in balans houden (zie kader). Enkele professionals geven ook aan dat jongens en meisjes in een heterogene groep meer van elkaar kunnen leren en dat er minder "gedoe" is tussen jongens onderling én minder "gedoe" is tussen meisjes onderling.

Aan de andere kant worden ook duidelijke voordelen gezien van homogene groepen. Zo wordt met name genoemd dat er op die manier meer controle is over wat er tussen jongens en meisjes onderling gebeurt en dat het voor (met name) meisjes veiliger en minder bedreigend is. Ook wordt benoemd dat meisjes zich op een meidengroep meer open en kwetsbaar op durven te stellen en dat zij zich minder druk hoeven te maken over hoe ze overkomen op de jongens (en zich zodoende meer op de behandeling kunnen richten). Enkele professionals geven verder aan dat er bij meisjes op deze manier meer onderling begrip is, dat je een gespecialiseerder (meiden)team krijgt en dat het op een ongemengde groep makkelijker is om sekse specifiek te werken en sekse specifieke interventies in te zetten.

"Bij jongens is het (als er wat speelt) net een film. Ze leven meer van dag tot dag; als de dag is afgelopen, dan eindigt het. Bij meisjes is het net een serie met een open einde, de draad kan een week later zo weer opgepakt worden."

Alle professionals noemen de groepsdynamiek van meisjes onderling als nadeel binnen homogene groepen; er is veel kopieergedrag, problemen blijven lang "doorsluimeren" en er "suddert vaak van alles". Er worden bij meisjes onderling sneller vriendschappen gesloten, maar die kunnen ook negatieve uitwerkingen hebben (zelfbeschadigend gedrag stimuleren). Professionals geven aan dat meisjes op een homogene groep elkaar onderling meer kunnen opstoken en beïnvloeden in negatief gedrag. Pedagogisch medewerkers van een homogene groep geven aan dat het van belang is om deze zaken direct bespreekbaar te maken met de meisjes. Door het open te bespreken met hen en te begrenzen ("zo gaan we niet met elkaar om"), kan de hulpvraag achter het gedrag besproken en behandeld worden.

"Bij meiden is het van belang dat je onthoudt wat er bij hen speelt (dat ze bepaalde afspraken hadden, of naar bepaalde vrienden zijn geweest). Veel meiden hier hebben angstklachten en hebben trauma's meegemaakt. Dan heb je bij meiden soms echt wat meer tijd nodig, de muren die ze hebben opgebouwd zijn dan hoger. Je doorbreekt die door ruimte voor hen maken, terug te komen op wat ze hebben meegemaakt."

Wat betreft behoeften van jongens en meisjes binnen de Jeugdzorg^{Plus} geven de professionals allen aan dat jongeren gebaat zijn bij een veilige en gestructureerde omgeving. Allen hebben behoefte aan een omgeving waar hen structuur, zorg, veiligheid en aandacht geboden wordt. Volgens meerdere professionals willen alle jongeren graag betrouwbare hulpverleners om hen heen en wonen in een omgeving waar men interesse heeft in hen en waar ze zich serieus genomen voelen. De professionals geven aan dat er in eerste instantie vooral wordt gekeken naar dat waar de individuele jongere behoefte aan heeft en dat er over het algemeen weinig verschil is in hoe er gehandeld wordt tussen jongens en meisjes.

Wanneer echter door wordt gevraagd naar de specifieke behoeften van meisjes tijdens de behandeling geven de professionals wel verschillende behoeften aan die ze vaker zien binnen de groep jongens en de groep meisjes. Van meisjes wordt vooral genoemd dat zij het over het algemeen nodig hebben dat hen

(rondom plaatsing) de juiste zorg geboden wordt omtrent mogelijke zedenincidenten, maar ook dat veel meisjes behoefte hebben om gezien te worden, een plek nodig hebben waar hun zelfvertrouwen kan groeien en waar ze ondersteund worden in hun kwetsbaarheid. Enkele gedragswetenschappers geven aan dat meisjes vragen om een hulpverlener die hen veiligheid kan bieden en vertrouwen geeft in de behandelrelatie. Ze vragen meer om emotionele nabijheid van een hulpverlener dan jongens. Volgens één gedragswetenschapper is bij meisjes de betrokkenheid van de hulpverlener op wat hen bezig houdt van groot belang en meerdere groepsleiders geven aan dat meisjes (meer) behoefte hebben aan gezelligheid. Meisjes vragen meer bevestiging van de hulpverlener en hebben behoefte aan een hulpverlener die "doet wat ie zegt en zegt wat ie doet". Bij jongens worden door de professionals als belangrijkste behandelbehoeften gezien dat ze een meer zakelijke, functionele relatie verwachten van hulpverleners. Ze hebben volgens hen (nog) meer behoefte aan een gedragsmatige aanpak, met meer duidelijkheid, structuur en consequent handelen en hebben meer behoefte aan actieve en fysieke activiteiten tijdens de behandeling.

De geïnterviewde professionals geven aan dat er grote verschillen zijn tussen hoe je als man met meisjes om kunt gaan of als vrouw. Voor mannelijke groepsleiding is het van belang dat er goed aandacht is voor de mate van afstand en nabijheid die een meisje geboden kan worden. De mannelijke groepsleiders geven aan wat dat betreft allen bezig te zijn met dat zij door collega's gezien kunnen worden in hun werk (het zogenoemde vierogenprincipe). Meisjes in de Jeugdzorg^{Plus} hebben volgens professionals behoefte aan een neutrale, maar betrokken houding van mannen. De mannelijke groepsleiding op een meidengroep kan zijn rol gebruiken als voorbeeldfunctie, zeker bij meisjes uit afhankelijkheidsrelaties en meisjes waarbij sprake is geweest van misbruik. Een mannelijke groepsleider geeft aan dat hij hoopt dat meisjes op die manier zien: "zo kunnen mannen ook zijn".

"Werken op een meidengroep is ook als vrouw soms zwaar, je moet constant opletten op dat wat je zegt. Er wordt vaak overal wel wat achter gezocht, meiden zijn achterdochtig en nemen niet zo maar iets van je aan, jongens zijn daar makkelijker in"

Responsiviteit (Responsivity)

Wanneer de professionals gevraagd wordt of er bij meisjes (ten opzichte van jongens) anders gehandeld moet worden, wordt aangegeven dat het werken met meisjes een neutrale houding vraagt van de hulpverlener en dat het voor veel hulpverleners zoeken is naar hoe zij de afstand en nabijheid richting de meisjes vorm gaan geven. Mannen geven aan dat zij voelen dat zij een voorbeeldfunctie hebben richting meisjes en daarnaast altijd op hun hoede zijn in hoe zij handelen. Zowel mannelijke als vrouwelijke groepsleiding geven aan dat je op moet letten wat je zegt, het kan door meisjes snel anders geïnterpreteerd worden. Enkele gedragswetenschappers geven aan dat het werken met meisjes vraagt dat je op de juiste manier vragen weet te stellen om erachter te komen wat er speelt. Meisjes vragen een betrokken hulpverlener (die ook gewoon vraagt wat er speelt en navraagt hoe iets is gegaan) en in de relatie kan je meer werken met empathie.

"Aan mij als man wordt regelmatig gevraagd: 'Durf je dat wel, op een meidengroep werken?'. Je moet er ook wel echt geschikt voor zijn. Je moet sterk in je schoenen staan om een meisje aan te spreken en goed nadenken over hoe je iets over brengt. Je moet duidelijk zijn, én zorgen dat je ze niet kwetst. Meiden zijn ook vaak slauer dan jongens, je moet ze meerdere stappen voor zijn, het is soms net schaken. Maar als je dat kan en onder controle hebt, dan is het echt geweldig om met meiden te werken."

Bij jongens wordt volgens de professionals over het algemeen meer gedragsmatig gehandeld, ook omdat externaliserend probleemgedrag op de voorgrond staat. Jongens komen wat afstandelijker over, ze hebben een stoere houding en je komt minder makkelijk in gesprek met hen. Door met hen een fysieke activiteit te ondernemen (zoals voetballen) kan je soms eerder tot gesprek komen.

Wat betreft motivatie, geven, op één na, alle geïnterviewde groepen aan dat meisjes wat sneller te motiveren lijken te zijn dan jongens. Meisjes hebben over het algemeen wat meer zelfinzicht en probleembesef, geeft men aan. Door hier als professional op in te spelen, zijn ze sneller te motiveren.

Jongens reageren eerder met weerstand op behandeling en omdat ze ook minder probleembesef hebben zijn ze moeilijker te activeren bij motivatieproblemen.

Binnen de instellingen zijn er twee sekse specifieke interventies voor meisjes en voor jongens. 'Girls Talk' en 'Start Now' worden genoemd voor de meisjes; 'Boy's R Us' en 'Make a Move' worden ingezet bij de jongens. Verder wordt binnen twee instellingen aangegeven dat EMDR en CGT wat vaker aan meisjes lijken te worden gegeven en binnen één instelling wordt aangegeven dat behandeling voor agressieregulatie (bijvoorbeeld ART) eerder aan jongens wordt gegeven.

Wanneer gevraagd wordt naar hoe een ideale meidengroep er uit ziet wordt er zeer divers gereageerd.

De volgende punten worden opgenoemd, achter de punten staat tussen haakjes in hoeveel interviewgroepen het is aangegeven: "Op een ideale meisjes groep...." :

- is het gezellig, huiselijk en sfeervol aangekleed (4)

- is een complementair en deskundig team van hulpverleners (3)
- is meer tijd voor behandeling (2)
- is sprake van een grote diversiteit aan problemen op een groep (zodat meisjes elkaar bijvoorbeeld niet versterken in zelfbeschadigend gedrag) (2)
- heeft voldoende passende meidenactiviteiten (meidenavonden, nagels lakken, knutselen, tuiten) (1)
- hebben de meisjes het gevoel dat ze inbreng hebben en het gevoel dat ze controle hebben over hun omgeving (1)
- wordt heldere en goede seksuele voorlichting gegeven (1)
- werken hulpverleners met ruim voldoende empathisch vermogen (1)
- zijn meer ruimtes voor de meisjes waarin ze zich even rustig terug kunnen trekken (1)
- zijn meer momenten waarop je even rustig 1 op 1 begeleiding kan bieren (1)
- is niet direct in de stad, maar ook niet helemaal een 'hutje op de hei'(1)
- zitten ongeveer zes jongeren (1)
- heerst een positief leefklimaat (1)
- is ruim voldoende begeleiding (1)
- is er structuur, duidelijkheid, betrouwbaarheid, veiligheid en humor(1)
- is er supervisie en intervisie bij de teamleden (1)
- zijn er wat grotere leeftjdsverschillen, dan is er minder druk bij de meisjes om zich aan elkaar op te trekken en kunnen ze nog meer zichzelf zijn (1)

In onderstaande Figuur zijn schematisch de resultaten uit de interviews voor jongens en meisjes nogmaals weergegeven.

 <p>RISKS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agressie - Criminaliteit - Middelengebruik - Meer schoolverzuim - Bescherming van omgeving tegen het externaliserende gedrag 	<p>RESPONSIVITY</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meer gedragsmatig reageren - Fysieke activiteiten ondernemen om in gesprek te komen - Weerstand doorbreken 	<p>NEEDS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behoefte aan meer zakelijke, functionele relatie - Meer behoefte aan gedragsmatige aanpak - Meer duidelijkheid, structuur en consequent handelen - Behoefte aan fysieke en actieve activiteiten
 <p>RISKS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mensenhandel - Kwetsbaarheid - Weglopen - Bescherming tegen zichzelf - Gevoelig voor sociale druk - Problemen op sociale media - Hechtingsproblemen - Hulpverlening niet toereikend - Ouders te beschermend - Ouders vragen te veel - Moslimmeisjes; eerwraak 	<p>RESPONSIVITY</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neutrale houding - Balans nabijheid en afstand - Mannelijke grl voorbeeldfunctie - Letten op wat je zegt - Op de juiste manier weten te vragen naar wat er speelt - Hogere betrokkenheid hulpverlener - Behandelrelatie is van belang - Werken met empathie - Zijn sneller te motiveren, hebben wat meer zelfinzicht 	<p>NEEDS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorg omtrent zedendelicten - Willen graag gezien worden - Hebben plek nodig waar zelfvertrouwen kan groeien - Ondersteuning in kwetsbaarheid - Veiligheid - Vertrouwen in behandelrelatie - Emotionele nabijheid - Gezelligheid - Bevestiging van de hulpverlener - "Doen wat je zegt en zeggen wat je doet"

Discussie

Het doel van het huidige onderzoek was inzicht te krijgen in hoeverre er sprake is van sekse specifieke behoeften van meisjes en jongens in Jeugdzorg^{plus}, en of hier in de behandeling rekening mee wordt gehouden. Allereerst is gekeken naar de verschillen en overeenkomsten tussen jongens en meisjes in Jeugdzorg^{plus}. Op statische kenmerken - zoals leeftijd en etniciteit - zijn geen verschillen gevonden tussen jongens en meisjes, behalve dat meisjes een lager intelligentieniveau blijken te hebben. Opvallend is dat de mate van externaliserend gedrag tussen jongens en meisjes vergelijkbaar is, in tegenstelling tot eerder onderzoek in de residentiële jeugdzorg (Handwerk et al., 2006). Ook de stoornissen ODD en CD komen in gelijke mate voor bij jongens en meisjes. De resultaten uit dit onderzoek sluiten verder aan bij eerder onderzoek (o.a. Breslau, 2009; Connor et al., 2004; Rönnlund & Karlsson, 2006; Wong, Slotboom, & Bijleveld, 2010) dat meisjes meer internaliserende problemen, emotionele problemen, problemen in de persoonlijkheidsontwikkeling, zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag en seksueel overschrijdend gedrag laten zien. Ook zijn vaker PTSS en hechtingsproblemen gediagnosticeerd. De problematiek van meisjes lijkt ook op andere domeinen meer voorkomend: meer ouder-kindrelatieproblematiek, problemen met relaties, sociaal netwerk en vrije tijd, en vaker een geschiedenis van verwaarlozing, mishandeling, misbruik. Meisjes bleken daarnaast vaker dan jongens vanuit een residentiële voorziening te worden geplaatst, en meer meisjes zijn hernieuwd geplaatst. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de combinatie van internaliserende en externaliserende problemen van deze meisje binnen de reguliere residentiële zorg te heftig was, en tevens de kans op herplaatsing vergroot. De problematiek van jongens lijkt vooral individueel gericht: jongens laten vaker middelengebruik (zowel alcohol, als soft- en harddrugs), problemen in de cognitieve ontwikkeling, problemen op school/werk en met politie zien, en ze gebruikten vaker fysiek geweld in de thuissituatie. Bij jongens is vaker dan bij meisjes de diagnose ADHD en ASS vastgesteld (zie ook Cantwell, 1996; Fombonne, 1999). Kortom, de complexiteit en heterogeniteit van de problematiek lijkt bij meisjes groter te zijn dan bij jongens. Meisjes lijken ook vaker ter bescherming van zichzelf gesloten geplaatst te worden, waar jongens vaker gesloten geplaatst worden om de omgeving te beschermen. Volgens professionals gaat het om jongeren met een lange hulpverlenings-geschiedenis waar veelal te lang gewacht is met het inzetten van zwaardere vormen van hulp. Dit duidt op de noodzaak van een betere screening van probleemgedrag bij zowel jongens als meisjes in een eerder stadium.

Interessant gegeven is dat jongens en meisjes in gelijke mate externaliserende problemen laten zien, maar de focus in behandeling bij meisjes meer lijkt te liggen op de internaliserende problemen dan bij jongens. Als gekeken wordt naar de ingezette interventies is te zien dat bij meisjes vaker interventies ingezet worden voor internaliserende problematiek, en bij jongens vaker op middelengebruik. Ondanks dat het middelengebruik bij jongens vaker voorkomt, is het mogelijk dat bij jongens vooral aan symptoombestrijding gedaan wordt, waarbij middelengebruik als een manier van coping wordt gezien, en minder aandacht is voor de onderliggende problematiek. Wel blijkt dat als er internaliserende problemen en/of traumatisering wordt gezien, hierop interventies worden ingezet. Screening en diagnostiek op onderliggende internaliserende problemen en traumatisering is niet standaard onderdeel van de behandeling van een jongere. Om effectievere zorg te kunnen bieden is het van belang om beter zicht te krijgen op de onderliggende problematiek bij jongens én meisjes, en standaardscreening en diagnostiek op internaliserende problematiek en traumatisering op te nemen als onderdeel van behandeling. Dat de focus in behandeling bij jongens en meisjes lijkt te verschillen, roept tegelijkertijd de vraag op hoe professionals aankijken tegen het ontstaan en instandhouden van gedragsproblemen. Mogelijk onderschatten professionals de onderliggende internaliserende problemen en traumatisering bij jongens omdat jongens zich vooral externaliserend uiten door ondermeer agressie en boosheid. De training Traumasensitief handelen (Coppens & Van Kregten, 2012) is ontwikkeld om professionals te trainen in herkenning van traumaklachten en triggers van trauma, en hoe met traumaklachten om te gaan. Deze training kan mogelijk bijdragen aan het beter signaleren van onderliggende problematiek bij jongens en meisjes, en mogelijke vooronderstellingen rondom ontstaan en instandhouden van probleemgedrag te minimaliseren.

Uit de interviews komt naar voren dat professionals in hun handelen op de groep vooral kijken naar het unieke kind (maatwerkgedachte). Professionals geven aan dat jongens en meisjes beiden veiligheid, duidelijkheid, structuur, voorspelbaarheid, en vertrouwen in de professionals nodig hebben. Wel zien professionals duidelijke verschillen tussen jongens en meisjes wat betreft probleemgedrag, risico's, en behoeften, wat overeenkomt met de verschillen tussen jongens en meisjes uit de data van de monitor Jeugdzorg^{plus} en het dossieronderzoek. Meisjes hebben meer emotionele nabijheid nodig en de nadruk ligt op vertrouwen in de behandelrelatie. Jongens hebben een meer functionele behandelrelatie en een meer gedragsmatige aanpak nodig. Uit onderzoek naar leefklimaat bij meisjes blijkt dat relaties met groepsgenoten – ofwel de sfeer op de groep - bij meisjes een belangrijke factor zijn in het leefklimaat (Mathys et al., 2013; Sonderman, Van der Helm, Gutterswijk, & Stams, 2015). Agressie en

internaliserende problemen worden gevoed door de sfeer op de groep, die weer bepaald wordt door de onderlinge relaties. Het omgekeerde geldt echter ook: een positieve sfeer is gerelateerd aan een betere eigenwaarde en minder agressie. Waar de mate van stress veelal bij meisjes al hoog is door de hoge mate van traumatisering, is bij meisjes ook vaker de sociale context een bron van stress. Voor een goede behandeling is het dus van belang dat de stress zo beperkt mogelijk wordt gehouden, en meisjes tot rust kunnen komen in een stabiele en veilige omgeving. Vooral bij meisjes is het dus van belang dat de sfeer op de groep positief is, m.a.w. goede onderlinge relaties, samen activiteiten doen, en als professionals ondersteunend en responsief te zijn.

Het groepsklimaat hangt samen met de groepsgrootte. Er zijn aanwijzingen dat het verblijf in relatief kleine groepen een werkzame factor is in residentiële zorg (Harder & Knorth, 2007). In de richtlijnontwikkeling voor residentiële jeugdhulp wordt gesproken van 6-7 jeugdigen per groep (NJI, 2015), waarbij een viertal redenen genoemd worden voor kleine groepen:

- minder onrust, drukte en stress;
- goede relatievorming is beter mogelijk;
- er is meer ruimte voor individuele aandacht, en dus minder noodzaak tot strenge en strikte regelgeving;
- het lukt beter om spel- en therapieactiviteiten te ondernemen.

Kijken we naar de huidige vormgeving van de zorg binnen Jeugdzorg^{Plus} dan is te zien dat groepen nog veelal uit zo'n 8-10 jongeren bestaan. Momenteel is er een interessante ontwikkeling naar (lokale) kleinschalige voorzieningen binnen zowel het justitie- als jeugdzorgveld. Het idee achter deze kleinschalige voorzieningen is dat er meer geïndividualiseerde en specialistische zorg kan worden geboden, waarbij geen afzondering en separeer meer nodig zijn, met stabiliteit in opvoeders, en continuering van behandeling en onderwijs in de regio. Uit een eerste pilot van justitie blijkt dat de effecten positief zijn, en worden de kleinschalige voorzieningen als een grote meerwaarde gezien: er wordt maatwerk geleverd, jongeren en ouders voelen zich serieus genomen en betrokken bij de hulpverlening, de sfeer op de groep wordt als prettig ervaren en de onderlinge relaties als constructief (Academische Werkplaats Risicojeugd, 2017). Ook binnen de jeugdzorg zijn er enige ervaringen. Zo blijkt uit onderzoek van Van der Helm (2016) naar gezinshuizen^{Plus} en de eerste ervaringen met kleinschalige voorzieningen binnen Spirit dat de jongeren deze vorm als prettig ervaren, en grote incidenten zijn uitgebleven (Expertmeeting Spirit, 2016). Verder onderzoek naar de mogelijkheden en effecten van kleinschalige voorzieningen binnen de Jeugdzorg^{Plus} zou uitgevoerd moeten worden.

Referenties

- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., & Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 641-649.
- Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(8), 978-987.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., ... & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence—I. Age-and gender-specific prevalence. *Journal of child psychology and psychiatry*, 34(6), 851-867.
- Connor, D. F., Doerfler, L. A., Toscano, P. F., Volungis, A. M., & Steingard, R. J. (2004). Characteristics of children and adolescents admitted to a residential treatment center. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 497-510.
- Coppens, L. & Van Kregten, C. (2012). Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: Een training voor opvoeders. Amsterdam: Bohn Stafleu en Van Loghum.
- Daamen, W., Oudhof, M., Ince, D., & Lekkerkerker, L. (2016). *Gebruikershandleiding CAP-J (2^e druk)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Daigle, L. E., Cullen, F. T., & Wright, J. P. (2007). Gender differences in the predictors of juvenile delinquency: Assessing the generality-specificity debate. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 5(3), 254-286.
- Fombonne, E. (1999). The epidemiology of autism: a review. *Psychological medicine*, 29(4), 769-786.
- Handwerk, M. L., Clopton, K., Huefner, J. C., Smith, G. L., Hoff, K. E., & Lucas, C. P. (2006). Gender differences in adolescents in residential treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 312.
- Harder, A. & Knorth, E. (2007). Kleine groepen voor grote problemen. *Jeugd & Co*, 3, 22-29.
- Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., de Wilde, E. J., Eijgenraam, K., & Jeugdinstituut, N. (2009b). *Ontwikkeling van en onderzoek naar het Classificatiesysteem Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J)*. Eindrapport. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Eijgenraam, K., Steege, M. v. d., & Oudhof, M. (2009a). *CAP-J: Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Nijhof, K. S. (2011). *Crossing barriers: Evaluation of a new compulsory residential treatment program for youth*. Doctoral dissertation. Amsterdam: Ipskamp Drukkers.
- NJI (2015). *Richtlijn residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: NJI.
- Piquero, N. L., Gover, A. R., MacDonald, J. M., & Piquero, A. R. (2005). The Influence of Delinquent Peers on Delinquency: Does Gender Matter?. *Youth & Society*, 36(3), 251-275.
- Rönnlund, M., & Karlsson, E. (2006). The relation between dimensions of attachment and internalizing or externalizing problems during adolescence. *The Journal of Genetic Psychology*, 167(1), 47-63.
- Sonderman, J., Van der Helm, P., Gutterwijk, R., & Stams, G. J. (2015). Leefklimaat voor meisjes in de gesloten jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen (pp. 131-142). In Nijhof, K. S. & Engels, R. (Eds.), *Meisjes in zorg: Signalering, preventie en behandeling*. Amsterdam: SWP.
- Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (2000). Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(6), 619-628.
- Vermaes, I., Konijn, C., Nijhof, K., Strijbosch, E., & Van Domburgh, L. (2012). *Monitor Jeugdzorgplus: Analyse van de wetenschappelijke onderbouwing en benuttingsmogelijkheden*. Nijmegen: Pluryn.
- Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. A., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., ... & Schultz, T. R. (2015). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(7), 1951-1966.

- o 99 Staat niet in het dossier/niet van toepassing

T. Aanwezigheid verzorgende vader

- o 1 Niet aanwezig
- o 2 Biologische vader
- o 3 Pleegvader
- o 4 Adoptievader
- o 5 Stiefvader
- o 6 Andere vaderfiguur
- o 99 Staat niet in het dossier/niet van toepassing

U. Relatie verzorgende moeder met verzorgende vader

- o 1 Geen relatie, alleenstaand of gescheiden
- o 2 Gehuwd
- o 3 Samenwonend
- o 4 Los-vast relatie inclusief LAT-relatie
- o 5 Co-ouderschap
- o 6 Anders, namelijk
- o 99 Staat niet in het dossier/niet van toepassing

V. IQ

- o 99 IQ Staat niet in het dossier

W. Type test

.....

X. Datum afname IQ test

Y. Disharmonisch profiel (*enkel noteren als dit zo letterlijk in het dossier staat*)

- o 1 Ja
- o 2 Nee
- o 99 Staat niet in het dossier

Z Leefsituatie voor aanvang JZ+

- o 1 In meeroudergezin
- o 2 In één-oudergezin
- o 3 Residentieel
- o 4 Zwervend
- o 5 Pleeggezin
- o 6 Anders, namelijk
- o 99 Staat niet in het dossier

AA. Hulpvorm na JZ+ (*meerdere opties mogelijk*)

- o 1 Jeugdhulp individueel
- o 2 Jeugdhulp thuis (ouder en gezin)
- o 3 Jeugdhulp groep
- o 4 Behandelgroep (24 uur)
- o 5 Crisiscentrum/observatiegroep
- o 6 Dagbehandeling
- o 7 Fasehuis/Kamertraining
- o 8 Gezinshuis
- o 9 GGZ
- o 10 JJI
- o 11 LVB/VG
- o 12 Pleeggezin
- o 13 Wmo
- o 14 Geen aansluitende zorg
- o 15 Anders, namelijk
- o 99 Staat niet in het dossier

AB. Aantal onttrekkingen tijdens opname

AC. Reden beëindiging zorg

- o 1 Zorg is in overeenstemming tussen cliënt, BJZ en J&O beëindigd
- o 2 Zorg eenzijdig beëindigd (door de cliënt)
- o 3 Zorg eenzijdig beëindigd door BJZ of J&O

- o 4 Zorg beëindigd door externe omstandigheden of door overmacht
- o 5 Overig, niet van toepassing of onbekend
- o 6 Anders, namelijk
- o 99 Staat niet in het dossier

AD. Omschrijf hoe zorg is beëindigd* en vul aan met eventuele bijzonderheden rondom beëindiging:

.....

.....

.....

.....

*** KIES:**

- Positief:** situatie is verbeterd naar tevredenheid, bijv. naar open groep, naar huis, zelfstandig
- Neutraal:** situatie lijkt vergelijkbaar met start, met wederzijdse instemming beëindigd, beëindigd door overmacht
- Negatief:** situatie is op z'n minst vergelijkbaar of verergerd; meer geslotenheid nodig, zwervend, weggelopen, plaatsing in JJI
- Onbekend:** wanneer er niets te vinden is in het dossier over hoe de afronding/uitkomst van de plaatsing is geweest

2. HULPVERLENINGSGESCHIEDENIS EN DAGBESTEDING

AE. Welke andere vorm(en) van zorg op indicatie heeft de jeugdige gehad, voorafgaand aan de (huidige) plaatsing in Jeugdzorg^{plus}?

- Noteer met een (K) welke trajecten gericht zijn op het kind
- Noteer met een (G) welke trajecten gericht zijn op het gezin

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

o **99 Hulpverleningsgeschiedenis staat niet in het dossier**

Noteer verder het aantal trajecten waar de focus op ligt (kind/gezin) **EN** welk soort hulpverlening het is:

FOCUS HULPVERLENING

Aantal kindgericht _____
 Aantal gezinsgericht _____

FOCUS HULPVERLENINGSTRAJECTEN

Aantal trajecten ambulantly _____
 Aantal trajecten dagbehandeling _____
 Aantal trajecten pleegzorg _____
 Aantal trajecten residentieel _____
 Aantal trajecten waarbij onbekend is welke vorm van (geïndiceerde) hulpverlening _____

AH. Dagbesteding

- o 1 School/ studie
- o 2 Combinatie school en werk, leerwerkplek, stage
- o 3 Dagingvulling op grond van de Wet werk en bijstand
- o 4 Geen dagbesteding
- o 5 Anders, namelijk
- o 99 Staat niet in het dossier

AI. Opleidingsniveau voor aanvang JZ+

- 1 Geen opleiding
- 2 Basisonderwijs of speciaal basisonderwijs
- 3 VMBO-niveau (eventueel met leerwegondersteunend onderwijs)
- 4 HAVO-niveau
- 5 VWO-niveau
- 6 praktijkonderwijs
- 7 MBO niveau 1
- 8 MBO niveau 2
- 9 MBO niveau 3
- 10 MBO niveau 4
- 11 Speciaal (voortgezet)
- 12 Niet van toepassing
- 13 Anders, namelijk
- 99 Staat niet in het dossier

AJ. Gebruik medicatie

- 1 Geen
- 2 Ja
- 99 Staat niet in het dossier

AK. Zo ja, welke medicatie?

* =psychofarmaca

.....

.....

3A. DIAGNOSTISCHE GEGEVENS JEUGDIGE

AL. DSM-Classificatie

AS	Code	Diagnose
1		
2		
3		
4		
5	GAF-score	-----

AY. Datum DSM-classificatie

□□□□□□□□

AZ. Diagnose is gesteld als:

- 1 Formele diagnose
- 2 Diagnose op basis van psychologisch rapport
- 3 Staat in het dossier genoemd
- 99 Staat niet in het dossier

3B PROBLEMATISCH GEDRAG JEUGDIGE

BC. Internaliserend probleemgedrag

- 1 Geen sprake van
- 2 Vermoedelijk
- 3 Ja, namelijk
- 99 Staat niet in het dossier

BD. Externaliserend probleemgedrag

- 1 Geen sprake van
- 2 Vermoedelijk
- 3 Ja, namelijk
- 99 Staat niet in het dossier

BE. Alcoholgebruik jeugdige (Orobio de Castro + onbekend)

- 1 Niet / niet problematisch
- 2 Vermoedelijk
- 3 Problematisch
- 99 Staat niet in het dossier

BF. Gebruik softdrug (Orobio de Castro + onbekend)

- 1 Geen sprake van
- 2 Vermoedelijk
- 3 Ja
- 99 Staat niet in het dossier

BG. Gebruik harddrug (Orobio de Castro + onbekend)

- 1 Geen sprake van
- 2 Vermoedelijk
- 3 Ja
- 99 Staat niet in het dossier

BH. Politiecontacten (Orobio de Castro + onbekend)

- 1 Geen sprake van
- 2 Vermoedelijk
- 3 Ja
- 99 Staat niet in het dossier

BI. Niet (leeftijds)adequaat seksueel gedrag (Boendermaker, 2004)

- 1 Geen sprake van/leeftijdsadequaat seksueel gedrag
- 2 Prostitutie (vermoeden van)
- 3 Slachtoffer loverboy (vermoeden van)
- 4 Seksueel overschrijdend gedrag (bijv. handtastelijkheden, promiscue gedrag)
- 5 Potentieel risico op prostitutie/ loverboy problematiek
- 6 wervend voor loverboys
- 99 Staat niet in het dossier

BJ. Gebruik van fysiek geweld tegen gezinsleden (Boendermaker, 2004)

- 1 Geen sprake van
- 2 Vermoedelijk
- 3 Ja
- 99 Staat niet in het dossier

BK. Gebruik van verbaal geweld tegen gezinsleden (Boendermaker, 2004)

- 1 Geen sprake van
- 2 Vermoedelijk
- 3 Ja
- 99 Staat niet in het dossier

BL. Automutilatie (Boendermaker, 2004)

- 1 Geen sprake van
- 2 Vermoedelijk
- 3 Ja
- 99 Staat niet in het dossier

BM. Suïcide (poging/gedachten eraan) (Boendermaker, 2004)

- 1 Geen sprake van
- 2 Vermoedelijk
- 3 Ja
- 99 Staat niet in het dossier

BN. Weglooptgedrag

- o 1 Geen sprake van
- o 2 Vermoedelijk van huis, school of hulpverlening
- o 3 Ja, van huis, school of hulpverlening
- o 4 Ja, zowel van huis, school als hulpverlening
- o 99 Staat niet in het dossier

BO. Traumatische ervaringen (*specificeer!*)

- o 1 Geen sprake van
- o 2 Vermoedelijk
- o 3 Ja, namelijk
- o 99 Staat niet in het dossier

BP. Risicovolle vriendenkring

- o 1 Geen sprake van
- o 2 Vermoedelijk
- o 3 Ja
- o 99 Staat niet in het dossier

4. AANVULLENDE GEGEVENS OUDERS & OPVOEDINGSOMGEVING

BQ. Eigen problematiek moeder

- o 1 Geen problemen
- o 2 Licht problematisch, namelijk
- o 3 Duidelijk problematisch, namelijk
- o 99 Staat niet in het dossier/niet van toepassing

BR. Eigen problematiek vader

- o 1 Geen problemen
- o 2 Licht problematisch, namelijk
- o 3 Duidelijk problematisch, namelijk
- o 99 Staat niet in het dossier/niet van toepassing

BS. Problemen in de ouder – kind relatie

- o 1 Geen sprake van
- o 2 Vermoedelijk
- o 3 Ja, namelijk
- o 99 Staat niet in het dossier

BT. Problemen sociaal netwerk van gezin

- o 1 Geen sprake van
- o 2 Vermoedelijk
- o 3 Ja, namelijk
- o 99 Staat niet in het dossier

BU. Mishandeling ouders jeugdige (site NIZW Jeugd) (meerdere opties mogelijk)

- o 1 Geen
- o 2 Lichamelijke verwaarlozing
- o 3 Lichamelijke mishandeling
- o 4 Geestelijke verwaarlozing
- o 5 Geestelijke mishandeling
- o 6 Seksueel misbruik
- o 7 Vermoeden van seksueel misbruik
- o 8 Vermoedens van mishandeling
- o 99 Staat niet in het dossier

BV. Mishandeling siblings (meerdere opties mogelijk)

- o 1 Geen
- o 2 Lichamelijke verwaarlozing
- o 3 Lichamelijke mishandeling
- o 4 Geestelijke verwaarlozing
- o 5 Geestelijke mishandeling
- o 6 Seksueel misbruik
- o 7 Vermoeden van seksueel misbruik
- o 99 Staat niet in het dossier

BW. Fysiek geweld tussen ouders

- o 1 Geen sprake van
- o 2 Vermoedelijk
- o 3 Ja
- o 99 Staat niet in het dossier

BX. Seksueel misbruik door derden

- 1 Geen sprake van
- 2 Vermoedelijk
- 3 Ja, door (noteren indien sprake van groepsverkrachting)
- 99 Staat niet in het dossier

5. BIJZONDERHEDEN TIJDENS JEUGDZORGPLUS PLAATSING

BY. Welke opmerkingen staan er in het dossier m.b.t. (seks specifiek) begeleiden/handelen van de hulpverlener(s) tijdens de plaatsing?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

BZ. Welke opmerkingen / redenen staan er in het dossier m.b.t. overwegingen omtrent de plaatsing van een jeugdige op een specifieke JZ+ groep? (bijvoorbeeld psychiatrisch, plaatsing meidengroep, keuze gemengde/niet gemengde groep, etc.)

.....
.....
.....

BZ. Hoe is de risico-inventarisatie geclassificeerd (indien aanwezig; SAVRY) en welke opmerkingen staan hierin m.b.t. seks specifiek handelen? Classificatie risico-inventarisatie (indien classificatie afwezig; dit noteren en inschatting maken en noteren waarop dit is gebaseerd):

- 1 Hoog
- 2 Matig
- 3 Laag
- 99 Staat niet in het dossier

CA. OPMERKINGEN m.b.t. seks specifiek handelen in de risico-inventarisatie:

.....
.....
.....

CB. Is er tijdens de plaatsing navraag gedaan naar seksueel overschrijdend gedrag?

- 1 Nee
- 2 Vermoedelijk
- 3 Ja, namelijk
- 99 Staat niet in het dossier

CC. Datum 1^e verlof jeugdige ?

□□□□□□□□

- 99 Staat niet in het dossier

CD. Noteer eventuele bijzonderheden die genoemd worden in het dossier rondom het verlof:

.....
.....
.....
.....

CE. Noteer eventuele bijzonderheden die genoemd worden in het dossier rondom de therapeutische alliantie (ouders, jongere en hulpverleners) en/of de betrokkenheid van ouders bij hulpverlening JZ+ (frequentie & kwaliteit):

.....
.....

.....

CF. Zijn er verder nog bijzonderheden van belang omtrent dit dossier? (bijv. missende gegevens/aanvullingen op sekse specifiek handelen, of bijv. is er sprake van bovengemiddeld aantal incidenten & agressie op groep)

.....

6. INGEZETTE INTERVENTIES & UITKOMSTEN (tijdens JZ+ plaatsing)

- Positief:** naar tevredenheid, situatie is verbeterd, jeugdige heeft geleerd en kan bijvoorbeeld naar open groep/ huis/ zelfstandigheid
- Neutraal:** gering verschil/effect, met wederzijdse instemming beëindigd, beëindigd door overmacht
- Negatief:** situatie is minstens als bij start of verergerd, jeugdige heeft meer geslotenheid nodig, is zwervend, weggelopen, plaatsing JJI
- Onbekend:** wanneer er niets te vinden is in het dossier over hoe de afronding/uitkomst van de interventie is geweest

*Noteer op pagina 12 per interventie de in het dossier genoemde reden van uitstroom.
 Noteer op pagina 12 ook per interventie opmerkingen uit het dossier m.b.t. de interventie.*

INDIEN ER GEEN GEGEVENS OVER DE INGEZETTE INTERVENTIES BEKEND ZIJN:

- o 99 Staat niet in het dossier

Indien ingezet; hoe is de uitkomst van de interventie:

<u>Gericht op gezin:</u>	positief	neutraal	negatief	onbekend
o Gezinsmaatschappelijk werk _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Praktische Pedagogische Ondersteuning _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Gezinstherapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o FFT _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o MDFT _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o MST _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o PMTO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Triple P _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Anders, nl..... _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Gericht op jeugdige</u>	positief	neutraal	negatief	onbekend
o Motiverende gespreksvoering _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Psycho-educatie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Vaktherapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Muziektherapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Creatieve therapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Dramatherapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Tuintherapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Psychomotore therapie (PMT) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Anders, nl..... _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	positief	neutraal	negatief	onbekend
Externaliserende problemen, namelijk:				
o Agressieregulatie op maat _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o ART _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Equip _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o In control! _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o SODA: stop onderzoek denk actie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o WS-ART _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o CGT _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Anders, nl..... _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internaliserende problemen, namelijk:				
o De Dappere Kat _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o ERT _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o EMDR _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o CGT _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Stemmingmakerij _____
- Anders, nl..... _____
- Sociale vaardigheids- en/of weerbaarheidstraining, namelijk:
 - Sociale vaardigheden op maat _____
 - Soco-training _____
 - Rots & Water _____
 - Anders, nl..... _____
- Middelenmisbruik, namelijk:
 - Moti4 _____
 - Wiet Wijs _____
 - Brains4use _____
 - UC-controle op drugs & alcohol _____
 - MDFT _____
 - Anders, nl..... _____
- Seksualiteit & relaties, namelijk:
 - Girls Talk _____
 - Solide Basis _____
 - Grip op je leven _____
 - Jongens _____
 - BoysRUs _____
 - Vlaggenmethodiek _____
 - Anders, nl..... _____
- Re-integratie, namelijk:
 - Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer _____
 - Nieuwe Perspectieven bij terugkeer LVB (NPT-LVB) _____
 - Vertrektraining _____
 - Work-Wise _____
 - Anders, nl..... _____
- Anders, nl..... _____

Noteer hier de in het dossier genoemde **REDEN VAN UITSTROOM** per interventie

.....

.....

OPMERKINGEN uit dossier per ingezette interventie m.b.t. de interventie

.....

.....

.....

.....

BIJLAGE II Ingezette interventies

Verdeling ingezette interventies jongens en meisjes dossieronderzoek (N=241).

Ingezette interventies	jongens		meisjes	
	N	%	N	%
Gezinsgerichte behandeling				
Gezinsmaatschappelijk werk	1	3	0	0
Praktische pedagogische ondersteuning	2	6	5	11
Systeemtherapie	29	91	42	89
RGT	7		6	
FFT	2		9	
MDFT	8		6	
MST	1		3	
IOG	1		1	
Systeembegeleiding/gesprekken	15		17	
PMTO	1		0	
Individuele behandeling				
Motiverende gespreksvoering	11	5	22	10
Psycho-educatie	10	5	14	6
Vaktherapie	46	23	48	21
Muziektherapie	7		7	
Creatieve therapie	13		13	
Dramatherapie	2		6	
Tuintherapie	0		0	
PMT	19		10	
Beeldende therapie	5		12	
Externaliserende problemen	20	10	14	6
ART (op maat)	4		6	
Equip	4		2	
InControl!	2		0	
SODA	0		0	
WS-ART	0		0	
CGT	7		4	
TACT	1		2	
Anders	2		0	
Internaliserende problemen	28	14	46	20
De Dappere Kat	0		0	
ERT	1		4	
EMDR	13		23	
CGT	9		19	
Stemmingsmakerij	0		0	
Anders	6		17	
Sociale vaardigheid/weerbaarheid	6	3	14	6
SOVA	1		10	
Soco-training	0		0	
Rots & Water	5		4	
Middelenmisbruik	54	27	33	14
Moti4	0		0	
Wiet Wijs	0		0	
Brains4use	5		5	
UC controle	31		15	
MDFT	0		0	
Lieberman module	6		2	
Gesprekken	13		11	
Seksualiteit & relaties	10	5	21	9
Girls Talk	0		7	
Solide Basis	0		3	
Grip op je leven	0		0	
Training seksualiteit	10		9	
Romeo & Julia	0		2	
BoysRus	0		0	
Vlaggenmethodiek	0		0	
Re-integratie	4	2	0	0
Anders, nl.	18	9	18	8
Hulphond	4		3	
Farmacotherapie	14		15	

Noot. Een jongere kan meerdere interventies hebben ontvangen.