

Initiatie van effect- en effectiviteitsmeting van het private hulpaanbod binnen de bijzondere jeugdzorg

Prof. dr. Hans Grietens¹, mw. Inge Mercken¹,
prof. dr. Johan Vanderfaeillie² en prof. dr. Gerrit Loots²

¹Centrum voor Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven

²Vakgroep Orthopsychologie, Vrije Universiteit Brussel

Een opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Eindrapport

maart 2007

INHOUD

Inhoud	1
Lijst met figuren	3
Lijst met tabellen	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Situering van het onderzoek	7
1.1 Effect- en effectiviteitsmeting in de Vlaamse context	7
1.2 Effect- en effectiviteitsmeting in de internationale context	9
1.3 Enkele termen	12
1.4 Structuur van het rapport	13
Hoofdstuk 2: Opzet van het onderzoek	15
2.1 Algemene doelstelling	15
2.2 Onderzoeksvragen	15
2.3 Onderzoekspopulatie	16
2.3.1 Begeleidingstehuizen categorie 1bis	16
2.3.2 Thuisbegeleidingsdiensten	18
2.3.3 GIT-projecten	19
2.3.4 Verwijzende instanties	19
2.4 Onderzoeksmethode, instrumenten en procedure	19
2.4.1 Interviews met sleutelfiguren	19
2.4.2 Dossieranalyse	20
2.4.3 Documentanalyse	21
2.4.4 Groepsinterviews met verwijzers	21
2.4.5 Literatuurstudie	21
2.5 Fasering	21
2.6 Verwerking van de gegevens	22
Hoofdstuk 3: De instroom	23
3.1 Inleiding	23
3.2 De begeleidingstehuizen categorie 1bis	23
3.2.1 De reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis	23
3.2.1.1 De beoogde doelgroep	23
3.2.1.2 De bereikte doelgroep in cijfers	25
3.2.1.3 Overeenkomsten en discrepanties tussen beoogde en bereikte doelgroep	26
3.2.2 CANO-projecten	27
3.2.2.1 De beoogde doelgroep	27
3.2.2.2 De bereikte doelgroep in cijfers	28
3.2.2.3 Overeenkomsten en discrepanties tussen beoogde en bereikte doelgroep	30
3.2.3 De begeleidingstehuizen categorie 1bis met categoriale opvang	30
3.2.3.1 De beoogde doelgroep	30
3.2.3.2 De bereikte doelgroep in cijfers	31
3.2.3.3 Overeenkomsten en discrepanties tussen beoogde en bereikte doelgroep	32
3.3 De thuisbegeleidingsdiensten	33
3.3.1 De beoogde doelgroep	33
3.3.2 De bereikte doelgroep in cijfers	35
3.3.3 Overeenkomsten en discrepanties tussen beoogde en bereikte doelgroep	36
3.4 De GIT-projecten	38
3.4.1 De beoogde doelgroep	38
3.4.2 De bereikte doelgroep in cijfers	38
3.4.3 Overeenkomsten en discrepanties tussen beoogde en bereikte doelgroep	40
Hoofdstuk 4: Het hulpverleningsproces	41
4.1 Inleiding	41
4.2 De begeleidingstehuizen categorie 1bis	43
4.2.1 De reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis	43
4.2.1.1 Interventiekader	43
4.2.1.2 Interventiedoelen	44
4.2.1.3 Methodieken en interventiemiddelen	45
4.2.2 CANO-projecten	48
4.2.2.1 Interventiekader	48
4.2.2.2 Interventiedoelen	48

4.2.2.3	Methodieken en interventiemiddelen	50
4.2.3	De begeleidingstehuizen categorie 1bis met categoriale opvang	52
4.2.3.1	Interventiekader	52
4.2.3.2	Interventiedoelen	53
4.2.3.3	Methodieken en interventiemiddelen	54
4.3	De thuisbegeleidingsdiensten	56
4.3.1	Interventiekader	56
4.3.2	Interventiedoelen	57
4.3.3	Methodieken en interventiemiddelen	59
4.4	De GIT-projecten	60
4.4.1	Interventiekader	60
4.4.2	Interventiedoelen	61
4.4.3	Methodieken en interventiemiddelen	62
Hoofdstuk 5: De uitstroom		65
5.1	Inleiding	65
5.2	De begeleidingstehuizen categorie 1bis	66
5.2.1	De reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis	66
5.2.1.1	Voortijdige uitval	66
5.2.1.2	Probleemreductie	66
5.2.1.3	Doelrealisatie	67
5.2.2	CANO-projecten	68
5.2.2.1	Voortijdige uitval	68
5.2.2.2	Probleemreductie	69
5.2.2.3	Doelrealisatie	70
5.2.3	De begeleidingstehuizen categorie 1bis met categoriale opvang	70
5.2.3.1	Voortijdige uitval	70
5.2.3.2	Probleemreductie	71
5.2.3.3	Doelrealisatie	72
5.3	De thuisbegeleidingsdiensten	73
5.3.1.1	Voortijdige uitval	73
5.3.1.2	Probleemreductie	74
5.3.1.3	Doelrealisatie	75
5.4	De GIT-projecten	75
5.4.1.1	Voortijdige uitval	75
5.4.1.2	Probleemreductie	76
5.4.1.3	Doelrealisatie	77
5.5	Relevante indicatoren voor ‘outcome’-onderzoek	78
5.5.1	De zinvolheid van ‘outcome’ onderzoek	79
5.5.2	De methode van ‘outcome’ onderzoek	81
5.5.3	Indicatoren van effect en effectiviteit	82
Hoofdstuk 6: Een vergelijkende analyse over de werkvormen heen		85
6.1	Over de instroom	85
6.2	Over het hulpverleningsproces	88
6.3	Over de uitstroom	94
Hoofdstuk 7: Conclusies en beleidsaanbevelingen		99
7.1	Algemene conclusies	99
7.2	Beleidsaanbevelingen	100
Referentielijst		105
Bijlagen		

Lijst met Figuren

- Figuur 1.1 Samenhang tussen de negen werkprincipes uit het Globaal Plan Jeugdzorg
- Figuur 1.2 Het zorgevaluatiemodel van Veerman
- Figuur 4.1 Overzicht van methodieken en interventies in de begeleidingstehuizen categorie 1bis
- Figuur 4.2 Overzicht van methodieken en interventies in CANO-projecten
- Figuur 4.3 Overzicht van methodieken en interventies in begeleidingstehuizen categorie 1bis voor niet begeleidde buitenlandse minderjarigen
- Figuur 4.4 Overzicht van methodieken en interventies in begeleidingstehuizen categorie 1bis voor drugverslaafde jongeren
- Figuur 4.5 Overzicht van methodieken en interventies in thuisbegeleidingsdiensten
- Figuur 4.6 Overzicht van methodieken en interventies in GIT-projecten

Lijst met Tabellen

Tabel 2.1	Steekproefsamenstelling begeleidingstehuizen categorie 1bis o.b.v. regionale spreiding
Tabel 2.2	Steekproefsamenstelling begeleidingstehuizen categorie 1bis o.b.v. geslacht en capaciteit van het begeleidingstehuis
Tabel 2.3	Steekproefsamenstelling thuisbegeleidingsdiensten o.b.v. regionale spreiding
Tabel 2.4	Steekproefsamenstelling thuisbegeleidingsdiensten o.b.v. capaciteit van de thuisbegeleidingsdienst
Tabel 3.1	Aanwezigheid van problemen bij jongeren in begeleidingstehuizen categorie 1bis bij instroom
Tabel 3.2	Aanwezigheid van problemen in de opvoeding van jongeren in begeleidingstehuizen categorie 1bis bij instroom
Tabel 3.3	Aanwezigheid van problemen bij jongeren in CANO-projecten bij instroom
Tabel 3.4	Aanwezigheid van problemen in de opvoeding van jongeren in CANO-projecten bij instroom
Tabel 3.5	Aanwezigheid van problemen bij kinderen en jongeren in thuisbegeleidingsdiensten bij instroom
Tabel 3.6	Aanwezigheid van problemen in de opvoeding van kinderen en jongeren in thuisbegeleidingsdiensten bij instroom
Tabel 3.7	Aanwezigheid van problemen bij jongeren in GIT-projecten bij instroom
Tabel 3.8	Aanwezigheid van problemen in de opvoeding van jongeren in GIT-projecten bij instroom
Tabel 4.1	Overzicht van de interventiedoelen in de begeleidingstehuizen categorie 1bis
Tabel 4.2	Overzicht van de interventiedoelen in CANO-projecten
Tabel 4.3	Overzicht van de interventiedoelen in begeleidingstehuizen categorie 1bis voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen
Tabel 4.4	Overzicht van de interventiedoelen in de thuisbegeleidingsdiensten
Tabel 4.5	Overzicht van de interventiedoelen in de GIT-projecten
Tabel 5.1	Aanwezigheid van problemen bij jongeren in begeleidingstehuizen categorie 1bis bij uitstroom
Tabel 5.2	Aanwezigheid van gezinsproblemen bij uitstroom uit begeleidingstehuizen categorie 1bis
Tabel 5.3	Doelrealisatie in de begeleidingstehuizen categorie 1bis
Tabel 5.4	Aanwezigheid van problemen bij jongeren in CANO-projecten bij uitstroom
Tabel 5.5	Aanwezigheid van gezinsproblemen bij uitstroom uit CANO-projecten
Tabel 5.6	Doelrealisatie in CANO-projecten
Tabel 5.7	Doelrealisatie in begeleidingstehuizen categorie 1bis voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen
Tabel 5.8	Doelrealisatie in begeleidingstehuizen categorie 1bis voor drugverslaafde jongeren
Tabel 5.9	Aanwezigheid van problemen bij kinderen en jongeren in thuisbegeleidingsdiensten bij uitstroom
Tabel 5.10	Aanwezigheid van gezinsproblemen bij uitstroom uit thuisbegeleidingsdiensten
Tabel 5.11	Doelrealisatie in de thuisbegeleidingsdiensten
Tabel 5.12	Aanwezigheid van problemen bij jongeren in GIT-projecten bij uitstroom
Tabel 5.13	Aanwezigheid van gezinsproblemen bij uitstroom uit GIT-projecten
Tabel 5.14	Doelrealisatie bij GIT-projecten

INLEIDING

In voorliggend rapport worden de resultaten en conclusies gepresenteerd van het onderzoeksproject 'Initiatie van effect- en effectiviteitsmeting van het private hulpaanbod binnen de bijzondere jeugdzorg'. Dit onderzoek kadert binnen een opdracht van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, mevrouw Inge Vervotte, en werd toevertrouwd aan het Centrum voor Orthopedagogiek van de Katholieke Universiteit Leuven. Het project werd uitgevoerd in samenwerking met de vakgroep Orthopsychologie van de Vrije Universiteit Brussel.

De opdrachtgever verwachtte een eerste aanzet tot effect- en effectiviteitsmetingen binnen de sector van de bijzondere jeugdbijstand. Het onderzoek werd opgezet binnen drie werkvormen, namelijk de begeleidingstehuizen categorie 1bis, de thuisbegeleidingsdiensten en de projectmatig ondersteunde initiatieven tot Gestructureerde Intensieve Trajectbegeleiding (GIT-projecten). Teneinde de onderzoeksdoelen te realiseren werden interviews afgenomen bij sleutelfiguren uit de drie werkvormen, werkdocumenten bestudeerd, dossiers geanalyseerd en groepsinterviews afgenomen bij verwijzers uit de comités voor bijzondere jeugdzorg en de sociale diensten bij de jeugdrechtbank. Op basis van dit kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmateriaal wordt er een kader aangereikt voor het opzetten en uitvoeren van verder kwaliteitsvol onderzoek naar efficiëntie en effectiviteit in de sector en worden er inhoudelijke aanbevelingen geformuleerd betreffende het versterken van het werken aan efficiëntie en effectiviteit binnen de onderzochte werkvormen en voorzieningen met het oog op het optimaliseren van het aanbod.

Verschillende actoren hebben een grote bijdrage geleverd bij de totstandkoming van dit onderzoek. Ik wens hen allen hartelijk te bedanken voor hun bereidwillige medewerking. In de eerste plaats dank ik onze opdrachtgever, de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, mevrouw Inge Vervotte, die het onderzoek aan de Katholieke Universiteit Leuven heeft toevertrouwd. Een tweede actor was de stuurgroep (o.l.v. mevr. Hilde Van der Haeghen en met als andere leden dhr. David Debrouwere, dhr. Chris Smolders en mevr. Isabelle Quintens) die constructief meedacht en ons steeds nuttige tips bezorgde. Uiteraard zijn er ook de talrijke voorzieningen en verwijzende instanties die door hun participatie dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt. Ik dank hen voor hun bereidwillige medewerking en voor de openhartigheid waarmee ze het onderzoek hebben ontvangen en hebben verteld over de vele facetten van hun werk in de bijzondere jeugdbijstand. Ik dank tenslotte de leden van de onderzoeksequipe, de collega's Johan Vanderfaellie en Gerrit Loots, voor hun constructieve bijdrage aan dit project, en heel in het bijzonder dank ik Inge Mercken die als wetenschappelijk medewerkster aan dit project was verbonden. Zonder haar toewijding, enthousiasme en voortdurende inzet zou deze opdracht nooit tot een goed einde zijn gebracht.

Ik hoop dat dit onderzoeksrapport mag bijdragen tot de dialoog tussen het beleid, de praktijk en de academische wereld ten gunste van de verdere uitbouw van het outcome-onderzoek over de hulpverlening in de bijzondere jeugdzorg in Vlaanderen.

Hans Grietens
Promotor
Leuven, maart 2007

HOOFDSTUK 1: SITUERING VAN HET ONDERZOEK

We willen in dit inleidende hoofdstuk eerst de onderzoeksopdracht kaderen in de Vlaamse (1.1) en de internationale context (1.2). Het is hierbij niet de bedoeling om een exhaustief overzicht te geven van binnen- en buitenlandse studies over de resultaten van hulpverlening en zorg in de bijzondere jeugdbijstand of verwante sectoren, dit zou de onderzoeksopdracht te buiten gaan. Wel willen we kort aangeven waar we in Vlaanderen staan inzake onderzoek naar de effecten en effectiviteit van hulpverlening en zorg in de bijzondere jeugdbijstand en welke actuele evoluties en tendensen in dit verband zijn waar te nemen. Dan willen we schetsen hoe onze situatie zich verhoudt tot deze in andere landen en hoe actuele evoluties en tendensen in Vlaanderen aansluiten bij de internationale context. Na het kaderen van de onderzoeksopdracht staan we stil bij enkele veelgebruikte termen in het onderzoek naar effecten en effectiviteit van hulpverlening en zorg (1.3). We definiëren hier de begrippen en termen die in dit onderzoeksrapport zullen worden gehanteerd. Tenslotte bespreken we de structuur van dit rapport (1.4).

1.1 Effect- en effectiviteitsmeting in de Vlaamse context

Vlaanderen heeft een beperkte traditie inzake effect- en effectiviteitsonderzoek in de jeugdhulpverlening. Niettemin bemerken we de laatste jaren een steeds toenemende interesse vanuit het beleid (macroniveau), de hulpverleners (mesoniveau) en de cliënten (microniveau) om de resultaten van de jeugdhulpverlening aan een nauwkeurige beschouwing te onderwerpen. Deze interesse kadert binnen een kentering waarbij de jeugdhulpverlening zijn legitimiteit dreigt te verliezen wanneer er geen wetenschappelijk bewijs bestaat waaruit blijkt dat er positieve resultaten worden behaald (Knorth, 2005). De jeugdhulpverlening dient, evenals de andere sectoren van zorg en hulpverlening, in toenemende mate verantwoording af te leggen over haar handelen en rekenschap te geven van haar bijdrage in de oplossing van problemen van minderjarigen in onze samenleving.

In haar Globaal Plan Jeugdzorg ‘De kwetsbaarheid voorbij...Opnieuw verbinding maken’ signaleert minister Inge Vervotte (2006) de nood aan effectevaluatie -en onderzoek. Doelstelling 35 van dit plan luidt: “We installeren structureel wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit en efficiëntie van het hulpaanbod in de Bijzondere Jeugdzorg” (Vervotte, 2006, p.68). De minister benadrukt het belang van kennis en inzichten betreffende de groei van de doelgroep, de gehanteerde methodieken en de effecten van de hulpverlening. De toenemende aandacht voor deze kwestie vloeit voort uit een aantal recente ontwikkelingen en knelpunten binnen de bijzondere jeugdzorg.

Ten eerste vereist de invoering van het kwaliteitsdecreet dat hulpverleners voortdurend de kwaliteit van de hulpverlening moeten bewaken en garanderen. Kwaliteitsvolle hulpverlening dient te voldoen aan de eisen van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Tevens moeten hulpverleners de inspanningen en resultaten van hun kwaliteitsbeleid te allen tijde kunnen aantonen. Het spreekt voor zich dat effectevaluatie -en onderzoek een belangrijke rol speelt om de opdrachten die besloten zijn binnen dit decreet te volbrengen.

Ten tweede stipuleert het Rekenhof de ontoereikendheid van het hulpverleningsaanbod binnen de sector van de bijzondere jeugdbijstand (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2004). Dit aanbodtekort heeft verscheidene oorzaken en gevolgen. Vooreerst is er een toenemende stijging waar te nemen van het aantal minderjarigen dat instroomt in de bijzondere jeugdzorg. Bovendien blijken steeds meer van deze minderjarigen te kampen met zeer ernstige problemen, waarop het huidige aanbod niet steeds is afgestemd. Deze evoluties zorgen voor een toenemende druk in het praktijkveld en leggen een zware hypotheek op het werk van verwijzers en op de werking van de voorzieningen. Door de toenemende kloof tussen de

hulpvraag en het hulpaanbod is het huidige hulpaanbod nagenoeg volledig dichtgeslibd. Ook de lange wachtlijsten en de hoge bezettingsgraad in de voorzieningen zijn een indicatie voor het aanbodtekort. Hierdoor wordt het zeer moeilijk, zometijds onmogelijk om een vraaggestuurde verwijzingspraktijk te installeren en te onderhouden, vermits dat een voldoende aanbod veronderstelt. We kunnen momenteel dus bezwaarlijk spreken van ‘hulp op maat’ en ook het subsidiariteitsprincipe komt op de helling te staan. Minderjarigen komen terecht waar er plaats is, en hierbij spelen meer en meer ad hoc-beslissingen en toevalsfactoren een rol in plaats van op noden en competenties van de minderjarige en zijn context gebaseerde indicatiestellingscriteria. Bovendien brengen de lange wachttijden vaak een escalatie van problemen met zich mee en een wijziging van hulpvragen, waardoor het geïndiceerde hulpaanbod vervalt. Het is met andere woorden duidelijk dat er op het niveau van de verwijzers momenteel niet of nauwelijks aan diagnostiek en indicatiestelling kan worden gedaan.

Aangezien de Vlaamse Regering deze evoluties en knelpunten niet louter tegemoet wil treden door een uitbreiding van het hulpaanbod kan effectonderzoek hier soelaas bieden door een zo effectief en efficiënt mogelijke werking van het bestaande hulpaanbod te bewerkstelligen.

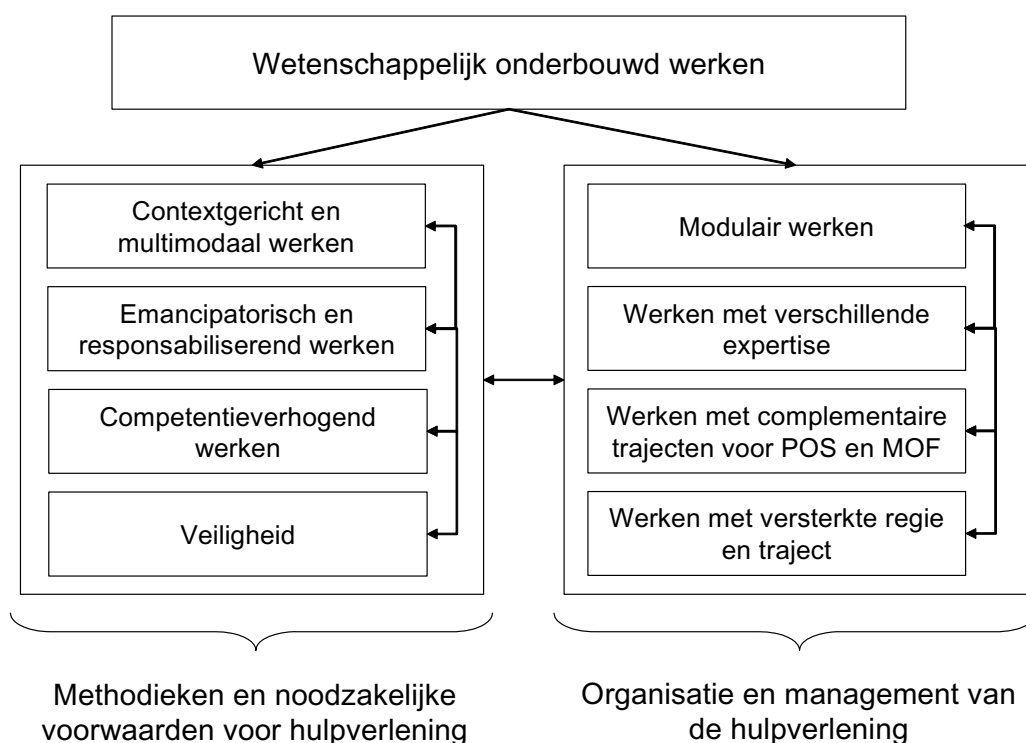
Deels vanuit een maatschappelijke noodzaak, maar ook deels vanuit een groeiende bekommernis en belangstelling investeren hulpverleners steeds meer tijd en energie in het evalueren en bevorderen van de hulpverlening. Men geraakt steeds meer in de ban van ‘evidence-based’ werken en gaat tegelijkertijd op zoek naar innovatieve en creatieve methodieken en projecten om een effectief antwoord te bieden op nieuwe hulpvragen en maatschappelijke behoeften. In dit klimaat is het praktijkveld niet meer langer een verzameling van statische voorzieningen, maar wel een geheel van dynamische en progressieve organisaties dat in dialoog met andere betrokkenen (beleid, academische wereld) op zoek gaat naar werkzame oplossingen voor de problemen die zich aandienen.

De jeugdhulpverlening dient zich niet langer meer alleen te verantwoorden naar haar opdrachtgevers en financierders, maar ook de gebruikers en de samenleving hebben hoge verwachtingen en vereisten. Gebruikers zijn vandaag de dag veel mondiger dan vroeger en wensen inspraak en participatie in de hulpverlening. Ook binnen de bijzondere jeugdbijstand is dit het geval. Denken we maar aan de implementatie van het decreet over de rechtspositie van minderjarigen in de hulpverlening en de consequenties die dit heeft voor het praktijkveld, de oprichting van ouderverenigingen, de voorstellen in verband met het oprichten van gebruikersraden, enz. Gebruikers hebben hoge verwachtingen van de hulpverlening en zorg die hen zal worden geboden, net zoals de ruimere omgeving. Niet zelden veroorzaken de minderjarigen die in de bijzondere jeugdbijstand terechtkomen, grote maatschappelijke overlast door hun extreme probleemgedrag. De maatschappij verwacht dientengevolge dat deze sector een antwoord zal bieden op deze problemen door ze te voorkomen en op te lossen.

Het is bij dit alles dus niet verwonderlijk dat de overheid onderzoeksopdrachten uitbesteedt over de effecten en effectiviteit van de hulpverlening en zorg in de bijzondere jeugdbijstand. Dit gegeven is ook niet nieuw. In het recente verleden werd een evaluatie-onderzoek uitbesteed over de Gestructureerde Kortdurende Residentiële Begeleidingsprojecten en ook het onderzoek over de werkzaamheid van herstelgericht groepsoverleg (Vanfraechem, 2002) en de projecten Crisishulp aan Huis (Van Puyenbroeck, Loots, Grietens, & Jacquet, 2007) werden zeer nauwgezet opgevolgd door het beleid. Wel lijkt, binnen de hoger geschetste actuele context in Vlaanderen, de vraag naar meer en vooral meer systematisch gecoördineerd onderzoek naar de wetenschappelijke onderbouwing, de implementatie en de evaluatie van interventies in de bijzondere jeugdbijstand prangender dan ooit. Dat blijkt onder andere uit de beschrijving van de werkprincipes in het Globaal Plan Jeugdzorg. Deze negen principes zijn bedoeld om de effectiviteit van het hulpaanbod te optimaliseren, richting te geven aan de uitbouw van het hulpaanbod en het actuele aanbod op termijn aan te sturen (Vervotte, 2006, p.20). Elders (Grietens & Mercken, 2006) beschreven we de samenhang tussen de werkprincipes en gaven we aan (zie Figuur 1.1) dat ze in concreto eigenlijk alle hetzelfde doel dienen:

de optimalisering van de hulpverlening door middel van een meer wetenschappelijk onderbouwd werken.

Tenslotte menen we dat beleidsgericht wetenschappelijk onderzoek naar de effecten en effectiviteit van hulpverlening en zorg niet enkel moet gaan over de werkzaamheid van interventies, maar ook een operationeel denkkader moet aanbieden vanwaaruit aan verantwoord onderzoek dienaangaande kan worden gedaan en vanwaaruit resultaten kunnen worden geïdentificeerd en gecontextualiseerd naar beleid, werkveld en gebruikers toe. Ook hier is er binnen de Vlaamse context momenteel een grote leemte. De opdrachtgever heeft in de titel van de opdracht wellicht willen wijzen op deze leemte en spreekt over een ‘initiatie’-onderzoek. We hebben in overleg met de opdrachtgever van bij het begin gewezen op het belang van dit woord. Het is één van de doelstellingen van dit project om vanuit een empirische studie naar de effecten en effectiviteit van hulpverlening en zorg binnen drie werkvormen van de bijzondere jeugdbijstand mee te werken aan de uitbouw van een operationeel denkkader dat toekomstig onderzoek over deze thema’s in de sector mogelijk moet maken.



Figuur 1.1 Samenhang tussen de negen werkprincipes uit het Globaal Plan Jeugdzorg

1.2 Effect- en effectiviteitsmeting in de internationale context

Wetenschappelijk onderzoek naar de uitkomsten van hulpverlening in de jeugdzorg staat ook in het buitenland sterk in de belangstelling. Getuige hiervan zijn het groeiende aantal publicaties in vaktijdschriften (o.a. *Child Welfare*, *Child & Family Social Work*, *International Journal of Child & Family Welfare*, *Child & Youth Care Forum*, *Children and Youth Services Review*, enz.) en de vele activiteiten (congressen, symposia, publicaties) van wetenschappelijke verenigingen, zoals de International Association on Outcome-Based Evaluation and Research on Family and Children’s Services (www.outcome-evaluation.org) of de European Scientific Association on Residential and Foster Care for Children and Adolescents

(<http://ppw.kuleuven.be/ortho/Eusarf>). In verschillende landen, zoals de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Canada, Australië en Nederland is er reeds, al dan niet in opdracht van het beleid, een traditie van wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten van hulpverlening in de jeugdzorg opgebouwd en tracht men om de zorgprogrammering af te stemmen op de bevindingen van onderzoek en/of vernieuwingen. Ook in landen zoals Frankrijk, Zweden, Noorwegen en Ierland zien we een opmars van outcome-onderzoek in de jeugdzorg. Vaak worden er door de overheid van die landen structuren opgezet om de verschillende partners – het veld, de onderzoekers, de beleidsmakers – die bij dit type van onderzoek zijn betrokken, dichter bij elkaar te brengen en een dialoog tussen hen op gang te brengen. Het Nederlands Jeugdinstituut, één van de drie kenniscentra die werden afgesplitst van het NIZW, is hier een voorbeeld van.

Ondanks het feit dat er in verschillende landen reeds lange tradities zijn inzake wetenschappelijk outcome-onderzoek in de jeugdzorg en er reeds heel wat kennis bestaat over welke interventies wanneer en voor welke doelgroep werkzaam zijn, blijven er zich nog vele uitdagingen voordoen. ‘Outcome’-onderzoek is om diverse redenen niet gemakkelijk.

Ten eerste dekt de term ‘outcome’ verschillende ladingen. Een ‘positief resultaat’ kan erg verschillend ingevuld en geïnterpreteerd worden. Van Yperen (2003, zie ook Knorth, 2005) onderscheidt vier parameters om effecten van de hulpverlening na te gaan, met name uitval, probleemreductie, doelrealisatie en cliëntsatisfactie, maar voegt eraan toe dat ook kwaliteit van leven een criterium van beoordeling dient te zijn omdat “het de situatie van een persoon in alle facetten van zijn of haar leven in ogenschouw neemt en daarmee recht doet aan de multifactoriële geaardheid en bepaaldheid ervan” (Knorth, o.c., p. 346).

Daarnaast zijn de meningen over de wijze waarop outcome-onderzoek dient te worden verricht, nogal uiteenlopend. Enigszins schematiserend kunnen we een onderscheid maken tussen drie groepen van onderzoekers. Ten eerste zijn er de ‘harde’ onderzoekers die alleen maar van een ‘evidence-based’ interventie zullen spreken wanneer deze werd getoetst in een volledig gerandomiseerd en gecontroleerd design, waarbij personen op zuiver toevallige wijze werden verdeeld over een experimentele en een controleconditie (in de experimentele conditie wordt de bestudeerde interventie uitgevoerd, in de controleconditie wordt ofwel een andere interventie ofwel geen interventie uitgevoerd). Deze onderzoeksmethode is in de context van de jeugdzorg echter zeer moeilijk te realiseren en kan bovendien niet te veronachtzamen ethische implicaties hebben. Ten tweede zijn er de meer gematigde onderzoekers die zich bewust zijn van de nood aan gecontroleerde designs maar tevens van de complexiteit en de onuitvoerbaarheid hiervan in de meeste praktijksituaties. Zij zoeken naar wegen om via mildere designs interventies te toetsen. Ten derde zijn er de meer via kwalitatieve methoden werkende onderzoekers die vooral willen ingaan op de complexiteit van hulpverlening en zorg (cf. infra) en deze ook reeds in hun onderzoek willen contextualiseren. Eén van hun kritieken op de andere groepen is dat ze te reductionistische modellen hanteren om aan outcome-onderzoek te doen. Zij pleiten voor een meer holistische benadering en kijken overigens niet enkel naar harde ‘outcome’-maten (bv. voortijdige uitval, vermindering van recidive) maar veeleer naar zogenaamde ‘sensitive outcomes’ of ‘steps on the way to success’ (Berry e.a., 2006).

Ten derde zijn er in de hulpverlening verschillende betrokkenen, die elk vanuit hun eigen perspectief, belangen en betrokkenheid naar hulpverlening en zorg kijken en deze beoordelen. Doorgaans zijn er drie partijen te onderscheiden: de hulpverlener, de cliënt of het cliëntsysteem en het beleid. Alle perspectieven zijn ons inziens waardevol, belangrijk en ook enigszins complementair ten aanzien van elkaar. Toch is het uiterst moeilijk, wellicht ondoenbaar, om deze allemaal tegelijkertijd in eenzelfde onderzoek te belichten. We zien dan ook een divergentie in het onderzoek: sommige studies richten zich meer of zelfs exclusief op de ‘black box’, andere op de stem van de jongere of de ouder, andere op ‘cost-effectiveness’, enz. Te weinig nog worden de verschillende perspectieven geïntegreerd.

Ondanks het belang van de inbreng van alle betrokkenen in het voeren van effectonderzoek, is de motivatie, bereidwilligheid en mogelijkheid om mee te werken niet zo evident. Bij hulp-

verleners kunnen we een zekere mate van wantrouwen en weerstand verwachten ten aanzien van effectonderzoek, aangezien dit soort onderzoek altijd een evaluatieve connotatie heeft. Het is een kijken in de 'black-box'. Ook bij cliënten kunnen we op moeilijkheden stuiten bij het onderzoeken van effecten, het gaat immers om cliënten in moeilijke situaties of om moeilijk te bereiken en te engageren doelgroepen (bv. ontkenning, weinig probleembesef).

Ten vierde zijn hulpverleners en zorg beide complexe aangelegenheden. Het zijn activiteiten die zich voordoen in de relatie cliënt/cliëntensysteem en hulpverlener (het microniveau) en dit in een voorziening (mesoniveau) die op haar beurt deel uitmaakt van ruimere structuren (macroniveau). Het lineaire denken dat de beginjaren van het outcome-onderzoek in de jeugdzorg (en andere sectoren van hulpverlening) kenmerkte en stelde dat gezocht diende te worden naar resultaten ('output') van interventies voor groepen met bepaalde problemen (doelgroep → interventie → resultaat) heeft plaats gemaakt voor steeds complexere modellen. Een voorbeeld hiervan is het zorgevaluatiemodel van Veerman (2005; Figuur 1.2). Dit model stelt dat de evaluatie van zorg steeds te maken heeft met het nagaan of bepaalde interventies bij bepaalde doelgroepen leiden tot bepaalde (verwachte) uitkomsten. Deze evaluatie is echter geen operatie in het luchtledige. De interventies worden op een bepaalde manier uitgevoerd, vanuit een bepaalde visie en attitude – Veerman duidt dit 'hoe van de hulpverlening' aan met de term 'bejegening' en verwijst onder andere naar de paradigma's van vraaggestuurde hulp, zorg-opmaat, enz. – en onder bepaalde organisatorische randvoorwaarden (bv. personeelsbezetting, caseload, tijdsdruk, sfeer, enz.). Wanneer deze randvoorwaarden problematisch zijn (bv. hoge werkdruk en caseload, personeelsproblemen), kunnen ze een negatieve invloed uitoefenen op de resultaten van interventies. Lightburn en Warren-Adamson (2006) stelden dan weer vast dat de personeelsomkadering, de sfeer en zorgcultuur (een 'culture of care') in een voorziening evenals de kwaliteit van de relatie cliënt-hulpverlener (de 'positieve klik') een rol kunnen spelen in de totstandkoming van positieve resultaten. In een recent onderzoek vonden de Boer & Coady (2007) bijvoorbeeld dat goede (lees: aan een positief resultaat bijdragende) hulpverleningsrelaties worden gekenmerkt door een zacht, bedachtzaam en oordeelkundig gebruik van macht en een humane houding en stijl die verder reikt dan de traditionele professionele hulpverleningsrelatie.



Figuur 1.2 Het zorgevaluatiemodel van Veerman

Het is dus duidelijk dat uitkomsten van interventies mee worden beïnvloed door de bredere relationele en organisatorische dimensies waarin ze worden uitgevoerd, meer nog, dat deze dimensies mee bestudeerd dienen te worden bij effectonderzoek. Iedere 'outcome'-studie zou dit geheel in rekening moeten brengen om zinvolle antwoorden te kunnen bieden op vragen naar de effectiviteit van geboden hulpverlening.

Naast de invloed van bovengenoemde factoren, zijn er evenwel nog tal van andere factoren - gelegen bij de cliënt en/of in diens nabije en ruimere omgeving (bv. verhuis, veranderende

gezinssamenstelling) - die de 'outcome' van de hulpverlening mee bepalen. Deze complexiteit maakt het bovendien bijzonder moeilijk om te achterhalen waaraan de resultaten van de hulpverlening uiteindelijk toegeschreven kunnen worden.

Tevens zijn er voortdurend maatschappelijke ontwikkelingen die effectonderzoek bemoeilijken. Geregeld melden er zich in de hulpverlening nieuwe doelgroepen aan, met nieuwe problemen en noden (bv. jeugdige delinquenten met psychiatrische problemen, niet begeleide buitenlandse minderjarigen). Dit leidt tot een aanpassing van bestaande interventiemodellen en interventies, die op hun beurt onderzocht dienen te worden op hun werkzaamheid. Maatschappelijke ontwikkelingen leiden soms ook tot nieuwe regelgeving of tot een herorganisatie van de hulpverlening (bv. de nieuwe wet op de jeugdbescherming, integrale jeugdhulp). Bevindingen van 'outcome'-onderzoek dienen dus steeds geïnterpreteerd te worden tegen de achtergrond van de betreffende doelgroep en de maatschappelijke context, zoniet verliezen ze hun betekenis.

1.3 Enkele termen

In de voorgaande paragrafen werden reeds verschillende termen gebruikt die iets zeggen over de resultaten van hulpverlening en zorg. We spraken van 'effect', 'effectiviteit', 'outcome', 'evaluatie', 'werkzaamheid', enz., zonder deze termen duidelijk te omschrijven of af te bakenen. Nochtans is het belangrijk om tot een heldere omschrijving en afbakening te komen. In de praktijk, maar ook in beleidsdocumenten en onderzoeksliteratuur worden deze termen vaak niet of onvoldoende gedefinieerd met als gevolg dat ze door elkaar worden gebruikt en hun oorspronkelijke betekenis verliezen. In deze paragraaf willen we enkele termen, die we in dit onderzoeksrapport vaak zullen gebruiken, verduidelijken. We baseren ons hierbij op de overzichten van Van Yperen (2003) en Maluccio, Canali en Vecchiato (2002).

De meest algemene term om een studie als deze waarover hier gerapporteerd wordt aan te duiden is de term 'outcome-studie'. De term 'outcome' is een verzamelnaam, waarmee zowel onderzoek naar uitval als naar effectiviteit, effect, cliënttevredenheid, enz. is te vatten.

We spreken van 'effect' (of 'werkzaamheid') als er na de geboden hulpverlening iets is veranderd en als deze verandering aan de geboden hulpverlening kan toegeschreven worden. Er wordt niet in rekening gebracht of de geboden hulpverlening ook aan het doel beantwoordt. Deze term is specifiekere dan de term 'verandering', die enkel aangeeft dat er na de hulpverlening iets is gewijzigd, maar zich niet uitspreekt over de vraag of dat aan de hulpverlening is te wijten, noch of het om een positieve dan wel om een negatieve verandering gaat.

We spreken van 'effectiviteit' (of 'doeltreffendheid') als er na de geboden hulpverlening een effect optreedt én als het resultaat de realisatie inhoudt van wat men wilde bereiken. Men heeft met andere woorden met de hulpverlening bereikt wat men wenste te bereiken. Het doel werd gerealiseerd.

We spreken van 'kosten-effectiviteit' (of 'economische doelmatigheid') als de kosten en de inspanningen die in de praktijk gemoeid zijn met de hulpverlening in een acceptabele verhouding staan tot de verandering die men teweegbrengt.

We zullen in dit rapport vooral spreken over 'outcome', 'effect' (of 'werkzaamheid') en 'effectiviteit' (of 'doeltreffendheid'). De term 'kosten-effectiviteit' zal hier minder aan bod komen, daar deze niet aansluit bij de onderzoeksvragen van dit project.

Tenslotte geven we nog een omschrijving van de term 'uitval'. Strikt genomen kan men enkel van uitval spreken wanneer de cliënt voortijdig afhaakt of wanneer de interventie niet kon worden uitgevoerd zoals afgesproken.

1.4 Structuur van het rapport

Dit rapport bestaat uit zeven hoofdstukken. Na het inleidende hoofdstuk lichten we in hoofdstuk twee de opzet van het onderzoek toe. Het derde hoofdstuk beschrijft de bevindingen inzake de instroom ('input') in de drie werkvormen. In het vierde hoofdstuk gaan we dieper in op het proces van de hulpverlening ('throughput'). De resultaten over de uitstroom uit de drie werkvormen ('output') komen in het vijfde hoofdstuk aan bod. In hoofdstuk zes presenteren we een vergelijkende analyse van input-, throughput- en outputgegevens over de werkvormen heen. In het laatste hoofdstuk ten slotte, formuleren we enkele conclusies en beleidsaanbevelingen.

HOOFDSTUK 2: OPZET VAN HET ONDERZOEK

In dit hoofdstuk bespreken we de opzet van het onderzoek. Eerst beschrijven we de algemene doelstelling (2.1). Vervolgens worden respectievelijk de onderzoeksvragen (2.2), de onderzoekspopulatie (2.3), de onderzoeksmethode, inclusief de instrumenten en de procedure (2.4) en de fasering (2.5) besproken. Tot slot geven we weer hoe de gegevens werden verwerkt (2.6).

2.1 Algemene doelstelling

De algemene doelstelling van dit project is de initiatie van effect- en effectiviteitsonderzoek binnen de bijzondere jeugdbijstand in Vlaanderen en dit ten aanzien van drie verschillende werkvormen, namelijk de begeleidingstehuizen categorie 1bis, de thuisbegeleidingsdiensten en de projectmatig ondersteunde initiatieven tot Gestructureerde Intensieve Trajectbegeleiding (GIT-projecten).

De opdrachtgever wenst enerzijds een raamwerk en methodologische richtlijnen voor het opzetten en uitvoeren van verder kwaliteitsvol onderzoek naar effect en effectiviteit in de sector. Anderzijds verwacht zij een aantal inhoudelijke aanbevelingen voor het versterken van het werken aan effect en effectiviteit binnen de onderzochte werkvormen met het oog op het optimaliseren van het aanbod.

2.2 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen die in dit project worden behandeld situeren zich op drie domeinen. Ten eerste zijn er vragen betreffende de instroom van de drie werkvormen ('input'). Aan de hand van deze vragen willen we onder andere nagaan tot welke doelgroep de verschillende werkvormen zich richten en welke doelgroep zij daadwerkelijk bereiken. De vragen die voorliggen, zijn:

- Wat is de beoogde doelgroep?
- Wat is de bereikte doelgroep?
- Komt de beoogde doelgroep overeen met de bereikte doelgroep?

Een tweede groep vragen richt zich op het proces van de hulpverlening binnen de drie werkvormen ('throughput'). Hiermee wensen we een duidelijker beeld te krijgen van het hulpverleningskader op het mesoniveau en van de gehanteerde doelen en methodieken op het micro-niveau. De vragen waarop een antwoord wordt gezocht, zijn:

- Wat is het kader waarbinnen de hulpverlening plaatsvindt?
- Welke doelen worden er vooropgesteld?
- Wat zijn de gehanteerde hulpverleningsmethodieken?
- In hoeverre zijn de hulpverleningsmethodieken specifiek en in welke mate sluiten ze aan bij de doelen?
- Komen de gehanteerde hulpverleningsmethodieken overeen met de in de literatuur gerapporteerde 'what works'-criteria? (zie bv. Harder, Knorth, & Zandberg, 2006; Van Yperen, 2003).

Ten slotte gaan een aantal vragen dieper in op de uitstroom van de drie werkvormen ('output'). Met deze vragen hopen we meer te weten te komen over de mate van doelrealisatie ('effectiviteit') en de resultaten ('effecten') van de hulpverlening in de drie werkvormen. Te-

vens gaan we na welke parameters men gebruikt en zinvol vindt om te gebruiken in outcome-onderzoek.

- In welke mate worden de beoogde doelen bereikt?
- Wat zijn bruikbare parameters in outcome-onderzoek?

Deze onderzoeksvragen hebben betrekking op de ‘input’, de ‘throughput’ en de ‘output’ in de jeugdzorg (zie bv. Harder, Knorth, & Zandberg, 2006, voor een omschrijving van deze termen). ‘Input’ verwijst naar de doelgroepen binnen de verschillende werkvormen en hun hulpvragen, naar de wijze waarop cliënten worden toegewezen aan een werkvorm en naar het door voorzieningen voor hulpverlening en zorg in te zetten ‘kapitaal’. Met de term ‘throughput’ wordt het hulpverleningsproces in zijn globaliteit aangeduid, het interventiekader en de middelen die worden gehanteerd, met inbegrip van de directe (d.w.z. zich op de werkvloer afspelende) en de indirecte (bv. teamoverleg, intervisie, enz.) interventies én de voorbereiding op ontslag. ‘Output’ tenslotte verwijst naar de resultaten en de opbrengsten van het hulpverleningsproces. Vaak werd outcome-onderzoek in het verleden verengd tot onderzoek naar ‘output’, met vragen als ‘Hoe functioneren jongeren na opname in een residentiële voorziening?’, ‘Verminderen de problemen in gezinnen na thuisbegeleiding?’, enz. De laatste jaren is men evenwel tot het besef gekomen dat ‘output’ niet los kan worden gekoppeld van ‘input’ en ‘throughput’. Variabelen op ‘input’- (bv. de aard van de problematiek, de hulpverleningsgeschiedenis, de personeels- en werkmiddelen van een voorziening) en ‘throughput’-niveau (bv. de visie van een voorziening, de concrete methodieken die worden gebruikt om die visie in praktijk te brengen, de implementatie van nieuwe methodieken) bepalen en sturen mee de ‘output’. Dit besef heeft ertoe geleid dat outcome-onderzoekers steeds vaker zijn gaan afstapen van lineaire en reductionistische modellen en dat complexere modellen hun intrede hebben gedaan in het onderzoek (zie bv. Knorth, 2005; Lightburn & Warren-Adamson, 2006; Maluccio, Canali, & Vecchiato, 2002).

2.3 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek werd opgezet in drie werkvormen, namelijk de begeleidingstehuizen categorie Ibis, de thuisbegeleidingsdiensten en de projectmatig ondersteunde initiatieven tot Gestructureerde Intensieve Trajectbegeleiding (GIT-projecten). Naast deze drie werkvormen namen ook de verwijzende instanties, met name de comités voor bijzondere jeugdzorg en de sociale diensten bij de jeugdrechtbank deel aan het onderzoek. Door meerdere partners te betrekken wilden we de onderzoeksvragen vanuit verschillende perspectieven en zo genuanceerd mogelijk belichten en beantwoorden.

Vanuit een participatief onderzoeksmodel hebben we bewust geopteerd om het werkveld maximaal te betrekken bij dit onderzoek. Hun kennis en ervaringen leveren niet enkel een belangrijke meerwaarde aan de resultaten, maar hun betrokkenheid verhoogt volgens ons bovendien de realiteitswaarde, aanvaardbaarheid en haalbaarheid van onze conclusies en aanbevelingen. Tevens menen we dat via deze aanpak hulpverleners gesensibiliseerd kunnen worden voor de ‘outcome’-problematiek binnen hun eigen voorziening en hun regio.

2.3.1 Begeleidingstehuizen categorie Ibis

Begeleidingstehuizen categorie Ibis zijn voorzieningen die minderjarigen vanaf de leeftijd van 12 jaar in residentieel verband opnemen. Deze voorzieningen onderscheiden zich van gewone begeleidingstehuizen door hun opnameplicht voor minderjarigen die vooraf in een onthaal-, oriëntatie- en observatiecentrum zijn opgenomen. Binnen deze werkvorm hebben we een onderscheid gemaakt tussen de reguliere begeleidingstehuizen categorie Ibis, de begeleidingstehuizen die de CANO-visie hanteren en de begeleidingstehuizen die instaan voor de

categoriale opvang van niet-begeleide buitenlandse minderjarigen en van drugverslaafde jongeren.

Begeleidingstehuizen die volgens de CANO-methodiek werken leggen expliciet de nadruk op het zoeken, herstellen en versterken van een steunkring rondom de jongere zodat deze opnieuw een veilige plaats vindt in zijn eigen leefomgeving (zie werktekst CANO op www.osbj.be). Dit trachten ze te doen door de hulpverlening zo veel mogelijk vorm te geven vanuit en in de dagelijkse leefomgeving van de jongere. Vlaanderen telt momenteel 10 CANO-projecten.

Begeleidingstehuizen die instaan voor categoriale opvang richten zich op specifieke doelgroepen. De categoriale opvang aan minderjarigen wordt verstrekt door drie begeleidingstehuizen. Het gaat om twee begeleidingstehuizen voor de opvang en begeleiding van niet-begeleide buitenlandse minderjarigen en om één begeleidingstehuis voor minderjarigen met een verslavingsproblematiek.

Vanwege de omvang van het totale aantal begeleidingstehuizen categorie 1bis trokken we een steekproef die ongeveer 50% van al de Vlaamse begeleidingstehuizen categorie 1 bis representeert. Op vraag van de opdrachtgever werden alle CANO-projecten en alle begeleidingstehuizen die instaan voor categoriale opvang in de steekproef opgenomen. De parameters die we bij de steekproeftrekking van de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis hanteerden, waren regionale spreiding (West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Limburg, Antwerpen, Vlaams-Brabant en Brussel), geslacht (meisjes, jongens en gemengd) en capaciteit van de afdeling (groter dan 15 en kleiner of gelijk aan 15). De steekproef bevatte uiteindelijk 9 afdelingen van reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis, 10 CANO-projecten en 3 begeleidingstehuizen die voorzien in categoriale opvang. Daarnaast werd nog één regulier begeleidingstehuis categorie 1bis geselecteerd voor het pilootonderzoek (zie bijlage 1).

Tabel 2.1 toont aan dat onze steekproef 61% van al de Vlaamse begeleidingstehuizen categorie 1bis representeert. We merken dat de regio's Vlaams-Brabant en Oost-Vlaanderen 'oververtegenwoordigd' zijn in onze steekproef. Dit is te wijten aan het ruime aantal CANO-projecten en de aanwezigheid van categoriale voorzieningen in deze regio's.

Tabel 2.2 geeft weer dat de grote begeleidingstehuizen (capaciteit groter dan 15) 'oververtegenwoordigd' zijn in onze steekproef. Een verklaring voor dit fenomeen ligt wederom bij de CANO-projecten en de categoriale voorzieningen die veelal een relatief grote capaciteit hebben. We bemerken daarentegen dat 91% van al de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis een capaciteit heeft die kleiner of gelijk is aan 15. Een andere vaststelling is dat de categoriale voorzieningen een gemengde doelgroep hebben, terwijl de CANO-projecten hetzij uitsluitend jongens, hetzij uitsluitend meisjes opnemen.

Tabel 2.1 Steekproefsamenvatting begeleidingstehuizen categorie 1bis o.b.v. regionale spreiding

	Populatie			Steekproef	Procent (%)
	CANO	Categoriaal	Regulier		
West-Vlaanderen	2	0	3	3	60%
Oost-Vlaanderen	3	2	2	5	71%
Limburg	1	0	4	3	60%
Antwerpen	1	0	12	6	46%
Vlaams-Brabant	3	0	1	4	100%
Brussel	0	1	1	1	50%
Totaal	10	3	23	22	61%

Tabel 2.2 Steekproef­­samen­­stelling begeleiding­­stehuizen categorie Ibis o.b.v. geslacht en capaciteit van het begeleiding­­stehuis

	Populatie			Steekproef	Procent (%)
	CANO	Categoriaal	Regulier		
Gemengd, ≤ 15	0	1	7	4	50%
Gemengd, > 15	0	2	0	2	100%
Meisjes, ≤ 15	3	0	7	5	50%
Meisjes, > 15	2	0	2	3	75%
Jongens, ≤ 15	1	0	7	4	50%
Jongens, > 15	4	0	0	4	100%
Totaal	10	3	23	22	61%

2.3.2 Thuisbegeleidingsdiensten

Thuisbegeleidingsdiensten zijn diensten die minderjarigen en de gezinnen waartoe ze behoren ambulant begeleiden. Zij kenmerken zich vooral door hun intensieve, aanklampende en integrale werking.

Door de omvang van het totale aantal thuisbegeleidingsdiensten trokken we een steekproef die ongeveer 50% van al de Vlaamse thuisbegeleidingsdiensten representeert. De parameters die we hierbij hanteerden waren regionale spreiding (West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Limburg, Antwerpen, Vlaams-Brabant en Brussel) en capaciteit van de thuisbegeleidingsdienst (groter dan 20 en kleiner of gelijk aan 20). Onze steekproef omvatte uiteindelijk 23 thuisbegeleidingsdiensten. Daarnaast werd er nog één thuisbegeleidingsdienst geselecteerd voor het pilootonderzoek (zie bijlage 2).

Tabel 2.3 Steekproef­­samen­­stelling thuisbegeleidings­­diensten o.b.v. regionale spreiding

	Populatie	Steekproef	Procent (%)
West-Vlaanderen	11	5	45%
Oost-Vlaanderen	9	5	56%
Limburg	4	2	50%
Antwerpen	12	6	50%
Vlaams-Brabant	5	3	60%
Brussel	4	2	50%
Totaal	45	23	51%

Tabellen 2.3 en 2.4 tonen aan dat beide steekproeven een quasi perfecte afspiegeling zijn van de populatie wat betreft regionale spreiding en capaciteit van de thuisbegeleidingsdiensten.

Tabel 2.4 Steekproef­­samen­­stelling thuisbegeleidings­­diensten o.b.v. capaciteit van de thuisbegeleidingsdienst

	Populatie	Steekproef	Procent (%)
≤ 20	23	12	52%
> 20	22	11	50%
Totaal	45	23	51%

2.3.3 GIT-projecten

Gestructureerde Intensieve Trajectbegeleiding is een projectmatig ondersteund initiatief dat door middel van een gestructureerd, geïndividualiseerd en intensief hulpaanbod minderjarigen wil voorbereiden op (her)integratie in de context of op reguliere hulpverlening. Deze projecten zijn in het leven geroepen voor jongeren die zich in een problematische opvoedingssituatie bevinden en die wegens extreme opvoedings- en hulpverleningsproblemen, ofwel dreigen geplaatst te worden in een gemeenschapsinstelling, ofwel risico lopen om aansluiting te verliezen met het jeugdwelzijnsnetwerk. Vlaanderen kent momenteel zeven GIT-projecten die allemaal gesitueerd zijn in de provincie Antwerpen. Het gaat om drie ambulante en vier residentiële GIT-projecten (zie werktekst GIT-projecten op www.osbj.be). De capaciteit van deze projecten varieert van twee tot tien.

Op vraag van de opdrachtgever werden alle GIT-projecten betrokken in het onderzoek (zie bijlage 3).

2.3.4 Verwijzende instanties

De verwijzende instanties, met name de comités voor bijzondere jeugdzorg en de sociale diensten bij de jeugdrechtbank bewaken de toegangspoort tot de bijzondere jeugdbijstand. Zij zien erop toe dat enkel degenen die niet terecht kunnen in de rechtstreeks toegankelijke hulpverlening, omwille van de complexiteit van de aanwezige problematieken of omwille van het vrijwillige en vrijblijvende karakter van de rechtstreeks toegankelijke voorzieningen, toegang krijgen tot de bijzondere jeugdzorg.

Vanwege de omvang van deze verwijzende instanties werd er uit elke regio één comité voor bijzondere jeugdzorg en één sociale dienst bij de jeugdrechtbank geselecteerd. Op die manier namen vijf comités voor bijzondere jeugdzorg en vijf sociale diensten bij de jeugdrechtbank deel aan het onderzoek. Daarnaast werden er nog één comité voor bijzondere jeugdzorg en één sociale dienst bij de jeugdrechtbank geselecteerd voor het pilootonderzoek (zie bijlage 4).

2.4 Onderzoeksmethode, instrumenten en procedure

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we geopteerd om meerdere en gecombineerde onderzoeksmethoden te gebruiken. De triangulatie van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden wordt sterk aanbevolen door specialisten in het outcome-onderzoek, teneinde de kwaliteit van het onderzoek te vergroten (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004) en is legio in de onderzoekspraktijk (Biehal, 2005; Bijl e.a., 2005; Maluccio, Canali, & Vecchiato, 2002). De onderzoeksmethoden bestaan uit interviews met sleutelfiguren, dossieranalyses, documentanalyses, groepsinterviews met verwijzers en literatuurstudie. In de aanvraag werd aangegeven dat in het project een focusgroep van administratie, verwijzende instanties en betrokken voorzieningen zou worden georganiseerd met het oog op de steekproef-trekking en de verdere uitwerking van het onderzoek. Om praktische redenen en omdat de andere voorgestelde methoden (documentanalyse, dossieranalyse en interviews) toereikend werden geacht om de onderzoeksvragen te beantwoorden, werd op de eerste stuurgroepvergadering beslist hier van af te zien.

2.4.1 Interviews met sleutelfiguren

Er werden interviews afgenomen bij één of meerdere sleutelfiguren (bv. coördinatoren, teamverantwoordelijken, directieleden, begeleiders) uit elke betrokken voorziening. De interviews verliepen semi-gestructureerd en aan de hand van een interviewleidraad. De leidraad werd

opgesteld vanuit de te beantwoorden onderzoeksvragen en vanuit relevante thema's uit de bestaande literatuur. De vragen richtten zich op drie grote domeinen (zie bijlage 5). Ten eerste werden er vragen gesteld met betrekking tot de instroom ('input') of de doelgroep van de hulpverlening binnen elke werkvorm. Een tweede set van vragen ging dieper in op het proces ('throughput') van de hulpverlening binnen elke werkvorm. Het betrof hier vragen over het hulpverleningskader, de hulpverleningsdoelen, de hulpverleningsmethodieken en enkele werkprincipes. De uitstroom ('output') van de hulpverlening kwam aan bod in het laatste deel van het interview. Daar werd er stilgestaan bij de mate van doelrealisatie en bij de effectparameters die men bij outcome-onderzoek zou kunnen hanteren. De interviewleidraad werd enkele weken voor het interview aan de geïnterviewden bezorgd opdat zij vooraf zouden kunnen reflecteren over bepaalde vragen. Al de interviews werden op bandrecorder opgenomen en achteraf uitgeschreven en verwerkt.

De bedoeling van deze onderzoeksmethode was vooral om informatie te verkrijgen over de doelgroep, het hulpverleningskader, de hulpverleningsmethodieken, de hulpverleningsdoelen en de doelrealisatie.

2.4.2 Dossieranalyse

In elke betrokken voorziening werden er 10 dossiers geanalyseerd. Het betrof de laatste dossiers die waren afgesloten in de periode vóór 1 mei 2006. Wegens de lage capaciteit van de GIT-projecten en de relatieve nieuwigheid ervan lag het aantal geanalyseerde dossiers voor sommige projecten lager dan tien. De analyse gebeurde aan de hand van een codeerschema dat werd ontwikkeld op basis van een literatuurstudie (zie bijlage 6) en omvatte, evenals het interview, drie grote domeinen. Ten eerste werden enkele instroomgegevens ('input') bevestigd. Hierin werd informatie verzameld over de minderjarige (geslacht, leeftijd, onderwijs, nationaliteit, etniciteit, verblijfplaats), over het gezin (relatie ouders, gezinssamenstelling, aantal kinderen in het gezin), over de hulpverleningsgeschiedenis en over de aanwezige problematieken. In een tweede deel werd dieper ingegaan op het proces ('throughput') van de hulpverlening. De procesgegevens omvatten informatie over het interventiekader (hulpverleningsduur, uitval, verwijzende instantie), de hulpverleningsdoelen en de hulpverleningsmethodieken. In een laatste deel werden enkele uitstroomgegevens ('output') nagegaan. Het betrof hier informatie over de onderwijssituatie, de problematieken en verdere hulpverleningsadviezen. De meeste vragen waren gesloten en voorzien van verschillende antwoordmogelijkheden, waarbij louter het van toepassing zijnde antwoord diende aangekruist te worden. De vragen over de hulpverleningsgeschiedenis en de gehanteerde hulpverleningsmethodieken waren open vragen, die niet voorzien waren van vooropgestelde antwoordmogelijkheden en dus een schriftelijk uitgeschreven antwoord vereisten. De codeerschema's werden ingevuld door personen uit de voorzieningen, die op de hoogte waren van de betreffende dossiers. In een handleiding werd er uitgelegd op welke wijze de schema's ingevuld dienden te worden en werden de antwoordmogelijkheden toegelicht, met de bedoeling om een zekere standaardisering in te bouwen en een eenduidige interpretatie en eenvormige invulling van de codeerschema's te garanderen (zie bijlage 7). Uiteraard konden de personen die belast waren met het invullen van de codeerschema's te allen tijde terecht met hun vragen bij de onderzoekster.

Deze onderzoeksmethode had als bedoeling om een beeld te schetsen van de bereikte doelgroep, de hulpverleningsmethodieken, de vooropgestelde doelen en een aantal resultaten van de hulpverlening.

2.4.3 Documentanalyse

Aan alle betrokken begeleidingstehuizen categorie 1bis, thuisbegeleidingsdiensten en GIT-projecten werd gevraagd een ‘officieel’ document te geven. Het kon gaan om jaarverslagen, delen uit het kwaliteitshandboek, webpagina’s en/of informatiebrochures.

Deze onderzoeksmethode had de bedoeling om de gegevens die verzameld waren tijdens het interview verder aan te vullen en te verfijnen.

2.4.4 Groepsinterviews met verwijzers

In elke betrokken verwijzende dienst (comités voor bijzondere jeugdzorg en sociale diensten bij de jeugdrechtbank) vond er een semi-gestructureerd groepsinterview plaats met ongeveer vijf consulenten, al dan niet in aanwezigheid van de teamverantwoordelijke. De interviews verliepen aan de hand van een interviewleidraad. De leidraad was opgesteld vanuit de te beantwoorden onderzoeksvragen en vanuit relevante thema’s uit de bestaande literatuur. De vragen richtten zich op drie grote domeinen die overeenkomen met de kerntaken van de verwijzers, met name indicatiestelling, toewijzing en opvolging en evaluatie (zie bijlage 8). Door middel van de eerste groep vragen wilden we nagaan wanneer verwijzers een bepaalde werkvorm wenselijk achtten. Een tweede groep vragen ging in op de toewijzing van de hulp, de knelpunten hierbij en de mogelijke verklaringen en oplossingen hiervoor. Tenslotte wilden we met een laatste cluster vragen nagaan welke volgens hen de ‘outcome’ van de geboden hulpverlening en zorg was.

Deze onderzoeksmethode had als bedoeling om de verzamelde informatie die werd bekomen met de overige onderzoeksmethoden aan te vullen en te verfijnen. Tevens liet ze ons toe de onderzoeksvragen vanuit een ander perspectief te belichten.

2.4.5 Literatuurstudie

Aan de hand van een korte en gerichte literatuurstudie hebben we de interviewleidraad en het codeerschema voor de dossieranalyses opgesteld. In de literatuur zijn we tevens op zoek gegaan naar effectparameters en naar de ‘what works’-criteria inzake de behandeling van vergelijkbare doelgroepen uit de jeugdzorg. De voornaamste bronnen waarop we ons baseerden, zijn opgenomen in de referentielijst van dit rapport.

2.5 Fasering

Het onderzoek liep van maart 2006 tot en met maart 2007. Drie fasen worden onderscheiden: een voorbereidingsfase, een onderzoeksfase en een rapporteringsfase:

Vorbereidingsfase (maart-mei 2006)

- literatuurstudie
- opstellen instrumentarium (interviewleidraad, codeerschema, handleiding)
- stuurgroep

Onderzoeksfase (mei-november 2006)

- interviews met sleutelfiguren
- groepsinterviews met verwijzers
- documentanalyse
- dossieranalyse
- invoeren en verwerken van data
- stuurgroep (2x)

Rapporteringsfase (december 2006-maart 2007)

- schrijven en afwerken eindrapport
- stuurgroep (2x)

Het project werd van nabij opgevolgd door een stuurgroep, die werd samengesteld door de opdrachtgever. Deze groep kwam vijf keer samen in de loop van het project.

2.6 Verwerking van de gegevens

Zoals reeds vermeld, werden zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens bekomen en dit via verschillende onderzoeksmethoden. We analyseerden de kwantitatieve en de kwalitatieve data apart van elkaar. De dossiergegevens werden via excell ingetikt en geanalyseerd met behulp van SPSS for Windows, Versie 12.0. Alle interviewgegevens werden ingetikt in tekstverwerkingsbestanden en via inhoudsanalytische procedures (Miles & Huberman, 1994) geanalyseerd. Ze werden via triangulatie naast elkaar gelegd en ook naast de uitkomsten van de statistische analyses en de documentanalyse.

De kwantitatieve gegevens, verkregen via de dossieranalyses, lieten ons toe antwoorden te zoeken op vragen naar instroom (i.h.b. de beschrijving van de bereikte doelgroepen binnen de verschillende werkvormen) en uitstroom (i.h.b. de vragen naar effecten en effectiviteit). Op deze vragen werd echter ook in de interviews ingegaan. De kwalitatieve gegevens die we daar verkregen, werden beschouwd als aanvullend bij de kwantitatieve gegevens, dit in de betekenis van duidend, reflecterend en contextualiserend. De kwalitatieve gegevens over de instroom vulden de kwantitatieve gegevens hierover aan, omdat ze aan de geïnterviewde bijvoorbeeld de mogelijkheid gaven te reflecteren over het al dan niet overeenkomen van de beoogde en de bereikte doelgroep in de voorziening. Ten aanzien van de onderzoeksvragen inzake uitstroom vulden de kwalitatieve gegevens de kwantitatieve aan omdat ze bijvoorbeeld de mogelijkheid gaven ruwe effecten te duiden en te contextualiseren (binnen de eigen voorziening en regio) en omdat bijkomende indicatoren van effect en effectiviteit konden worden genoemd.

De vragen over het hulpverleningsproces werden hoofdzakelijk aan de hand van kwalitatieve data (vanuit de interviews met sleutelfiguren en verwijzers en vanuit open vragen in de dossieranalyse) beantwoord.

HOOFDSTUK 3: DE INSTROOM

In dit hoofdstuk bespreken we de bevindingen en resultaten over de instroom in de begeleidingstehuizen categorie 1bis, de thuisbegeleidingsdiensten en de GIT-projecten. In de inleidende paragraaf (3.1) geven we een overzicht van de vragen die we trachtten te beantwoorden inzake de instroom. Vervolgens geven we een overzicht van de beoogde, respectievelijk de bereikte doelgroep van de begeleidingstehuizen categorie 1bis (3.2), de thuisbegeleidingsdiensten (3.3) en de GIT-projecten (3.4). Telkens bespreken we overeenkomsten en discrepanties tussen de beoogde en bereikte doelgroepen en vermelden we waaraan respondenten gelijkenissen en verschillen toeschrijven.

3.1 Inleiding

De vragen die in dit hoofdstuk aan bod komen zijn:

- Welke zijn de beoogde doelgroepen van de begeleidingstehuizen categorie 1bis, de thuisbegeleidingsdiensten en de GIT-projecten?
- Welke doelgroepen bereiken deze werkvormen?
- Komen de beoogde doelgroepen overeen met de bereikte doelgroepen? Waaraan worden overeenkomsten en discrepanties toegeschreven?

Om deze vragen te beantwoorden hebben we in elke voorziening één of meerdere sleutelfiguren geïnterviewd en werden er groepsinterviews afgenomen bij de verwijzende instanties. Daarnaast hebben we een documentanalyse uitgevoerd, die ons bijkomende informatie verschafte over de beoogde doelgroep van de voorzieningen. Dit kwalitatieve materiaal werd vervolgens verder aangevuld en vervolledigd aan de hand van kwantitatieve gegevens uit de dossieranalyse. Deze onderzoeksmethode geeft een duidelijk beeld van de bereikte doelgroep. In de volgende paragraaf lichten we de belangrijkste bevindingen per werkvorm toe.

Om deze vragen te beantwoorden hebben we gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Via de dossieranalyse kregen we een duidelijk beeld van de bereikte doelgroep. De documentanalyse gaf ons meer inzicht in de beoogde doelgroep van de verschillende werkvormen. De informatie die we via deze onderzoeksmethoden verkregen werd verder aangevuld en vervolledigd door gegevens uit de interviews met sleutelfiguren en de groepsinterviews met verwijzers over de beoogde doelgroep, de bereikte doelgroep en de overeenkomsten en/of discrepanties tussen beide.

3.2 De begeleidingstehuizen categorie 1bis

We bespreken eerst de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis, daarna de Cano-projecten en vervolgens de begeleidingstehuizen met categoriale opvang.

3.2.1 De reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis

3.2.1.1 De beoogde doelgroep

Begeleidingstehuizen categorie 1bis nemen jongeren op die zich in een problematische opvoedingssituatie bevinden en/of een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd, en dit vanaf de leeftijd van 12 jaar. Deze voorzieningen hebben opnameplicht, voor jongeren die vooraf in een onthaal-, observatie- of oriëntatiecentrum werden opgenomen. De erkenningscriteria en subsidiënormen van deze tehuizen gaan er in se van uit dat de beoogde doelgroep breed is

(Put, 2005). In de werkdocumenten en tijdens de interviews met sleutelfiguren en verwijzers, kwam dit brede bereik ook tot uiting en werd er over het algemeen weinig gesproken over de specifieke afgrenzing van de doelgroep. Men is zich bewust van de moeilijkheidsgraad en de complexiteit van de problematieken die zich aandienen, van de soms lage motivatie en van de geringe begeleidbaarheid van jongeren en gezinnen, waardoor men de drempel zeer laag houdt. Ook de lange hulpverleningsgeschiedenis van vele jongeren (bv. bij jongeren die uitstromen uit de gemeenschapsinstellingen) en de problemen in verband met het te beperkte aanbod in de bijzondere jeugdbijstand zijn redenen om de inclusiecriteria breed te houden.

Uit de interviews komt naar voren dat er zich de laatste jaren een aantal verschuivingen hebben voorgedaan in het publiek van de begeleidingstehuizen. Een eerste verandering is te bemerken in de verjonging van de doelgroep. Een tweede verschuiving heeft te maken met de toegenomen ernst en complexiteit van de problematieken in de begeleidingstehuizen categorie 1bis. Regelmatig worden hulpverleners in deze werkvorm geconfronteerd met jongeren die - volgens hen - eigenlijk in een gesloten voorziening zouden moeten worden opgenomen en begeleid, maar daar door plaatsgebrek niet terecht kunnen. De verzwaring is onder andere te zien op het vlak van gedragsproblemen (bv. ernstige agressie, delinquentie, wegloopgedrag), hulpverleningsgeschiedenis (bv. steeds meer jongeren met lange en discontinue hulpverleningstrajecten) en context (bv. sommige jongeren hebben weinig positieve context om zich heen). Toch blijft men doorgaans pleiten de doelgroep niet te zeer af te bakenen, al zweeft men soms op de rand van het beoogde en begeleidbare.

We illustreren met enkele citaten uit de interviews:

“De drempel mag niet te hoog zijn, je moet je ervoor openstellen want hoe meer restricties je gaat inbouwen, hoe minder je die doelgroep uiteraard gaat vatten.”

“Natuurlijk zit men soms op de limiet. Dit wil zeggen als het gaat om gasten die een gesloten setting nodig hebben. De discrepantie zit op dat punt: de overheid wil dat de gasten opgevangen worden en de hele discussie is binnen welke setting/systeem dat het beste kan.”

Wanneer al wordt gesproken over afgrenzen van de doelgroep of contra-indicaties, dan heeft men het over zwakbegaafde jongeren of jongeren met een verstandelijke handicap, jongeren met primaire psychiatrische problemen, jongeren met primaire verslavingsproblematieken, jongeren in een crisissituatie of jongeren met problemen die te licht zijn voor dit soort voorzieningen. Ook de groepssamenstelling op het vlak van leeftijd of aanwezige problematieken (bv. teveel jongeren in de groep met ernstig antisociaal gedrag) kan een contra-indicatie zijn om bepaalde jongeren op te nemen, vanwege het gevaar voor ‘negatieve beïnvloeding’, ‘besmetting’ en/of draagkrachtoverschrijding.

Alhoewel primaire psychiatrische problemen door velen als een exclusie criterium wordt vermeld, blijft dit een punt van discussie tussen sleutelfiguren. Enerzijds weet men dat het aanbod voor deze groep in Vlaanderen eerder schraal is en is men geneigd hen daarom tot de beoogde doelgroep te rekenen. Anderzijds kunnen psychiatrische problemen echt de mogelijkheden van een begeleidingstehuis categorie 1bis te boven gaan. Sommige sleutelfiguren gaven te kennen dat jongeren met ‘randpsychiatrische’ problematieken nog wel tot de beoogde doelgroep kunnen horen, zonder duidelijk aan te geven waar de grens ligt (bv. welke syndromen wel, welke niet? hoe ernstig moeten symptomen zijn alvorens van contra-indicatie te spreken?).

3.2.1.2 De bereikte doelgroep in cijfers

Beschrijving van de groep bij instroom: demografische kenmerken en hulpverleningsgeschiedenis

In de dossieranalyse waren 90 casussen betrokken (44 jongens, 46 meisjes). Dertig jongeren verbleven in gemengde voorzieningen, 30 in voorzieningen voor meisjes en 30 in jongensvoorzieningen. De leeftijden varieerden van 12 jaar (n = 4) tot +18 jaar (n = 5). Tweeëntwintig jongeren waren van allochtone origine. Bijna alle jongeren (92.2%) hadden een hulpverleningsgeschiedenis en bijna 15% had reeds meer dan vijf plaatsingen achter de rug. Het onderwijsniveau van de jongeren was zeer uiteenlopend, maar meer dan éénderde volgde beroepsonderwijs. Zeven jongeren hadden een leercontract, geen enkele jongere werkte en 13 jongeren gingen niet (meer) naar school. Tweeënzestig jongeren kwamen uit een gebroken kerngezin, bij 15 jongeren was het natuurlijk gezin nog intact en negen jongeren kwamen uit een pleeg- of adoptiegezin. De meerderheid van de jongeren (63.3%) werd verwezen door de sociale dienst van de rechtbank, 32.2% door het comité voor bijzondere jeugdzorg en 4.4% had een gecombineerde verwijzing (verwijzingen die in de loop van het hulpverleningsproces overgingen van comité voor bijzondere jeugdzorg naar sociale dienst bij de jeugdrechtbank of omgekeerd).

Problemen bij de jongeren

In Tabel 3.1 geven we een overzicht van de aanwezigheid (in percentages) van problemen bij instroom. De aanwezigheid en ernst van problemen werden gescoord op een vierpunten-schaal, met 0 = niet aanwezig, 1 = licht probleem, 2 = matig probleem en 3 = ernstig probleem. Men kan zien dat er zich bij de jongeren in de begeleidingstehuizen categorie 1bis vele en ernstige problemen voordoen. De hoge cijfers wijzen er tevens op dat jongeren meerdere problemen vertonen op diverse domeinen (bv. persoonlijk, school, vrije tijd) en dat hun problematiek dus complex van aard is. De cijfers in deze groep liggen vele malen hoger dan deze in de algemene bevolking, waar de prevalentie van gedrags- en emotionele problemen ongeveer op 10% wordt geschat en de prevalentie van psychiatrische stoornissen (onderkend via de DSM-IV) op 6 à 7% (Grietens & Hellinckx, 2005).

Tabel 3.1 Aanwezigheid van problemen bij jongeren in begeleidingstehuizen categorie 1bis bij instroom

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Emotionele problemen	22.2	5.6	24.4	47.8
Agressieproblemen	35.6	6.7	28.9	28.9
Antisociale problemen	60.0	10.0	14.4	15.6
Middelengebruik	53.3	12.2	22.2	12.2
School- en leerproblemen	37.8	5.6	25.6	31.1
Problemen vrije tijd	38.9	7.8	28.9	24.4
Persoonlijkheidsproblemen	57.8	3.3	11.1	27.8
Psychosomatische problemen	81.1	4.4	5.6	8.9
Psychiatrische problemen	72.2	4.4	13.3	10.0
Gezondheidsproblemen	87.8	3.3	4.4	4.4
Verstandelijke/ontwikkelingsproblemen	90.0	4.4	5.6	-
Seksuele problematiek	74.4	2.2	7.8	15.6

Vooraf de grote aanwezigheid en ernst van emotionele problemen (47.8% met score 3), school- en leerproblemen (31.1% met score 3), agressieproblemen (28.9% met score 3), persoonlijkheidsproblemen (27.8% met score 3) en problemen met vrije tijd (24.4% met score 3) vallen op.

Problemen in de opvoeding en het gezin van de jongeren

Tabel 3.2 vat samen welke problemen in de opvoeding van de jongeren worden gemeld. Het hoeft uiteraard niet te verwonderen dat de cijfers in verband met directe opvoedingsproblemen zeer hoog liggen (61.1% met score 3). Wel opmerkelijk is de vaststelling dat vier op de tien jongeren uit situaties van mishandeling of verwaarlozing komen. Dat is een bijzonder hoog cijfer, gegeven de prevalentieschattingen in de algemene bevolking (ongeveer 5%; zie Hellinckx, Grietens & Ghesquière, 2005), wat duidt op de grote kwetsbaarheid van deze jongeren en hun gezinnen van herkomst. Eveneens opmerkelijk is het gegeven dat in 17.8% van de dossiers geen opvoedingsproblemen met de betreffende jongere worden gemeld. Dat is vreemd want opvoedingsproblemen dienen een indicatie voor bijzondere jeugdzorg te zijn. Het zou kunnen dat het hier om MOF-dossiers gaat waar vooral de problematiek van de jongere centraal staat.

*Tabel 3.2 Aanwezigheid van problemen in de opvoeding van jongeren in begeleidings-
tehuizen categorie 1bis bij instroom*

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Opvoedingsproblemen (algemeen)	58.9	2.2	15.6	23.3
Opvoedingsproblemen met jongere	17.8	-	21.1	61.1
Mishandeling/verwaarlozing	60.0	2.2	10.0	27.8
Problemen maatschappelijk functioneren	78.9	3.3	10.0	7.8
Materiële problemen	80.0	3.3	5.6	11.1
Huishoudelijke problemen	84.4	3.3	2.2	10.0

Problemen bij de ouders van de jongeren

Bij 41.1% van de moeders en 33.3% van de vaders worden matige tot ernstige problemen gerapporteerd.

3.2.1.3 Overeenkomsten en discrepanties tussen beoogde en bereikte doelgroep

Op basis van de gegevens over de beoogde en de bereikte doelgroep van de begeleidingstehuizen categorie 1bis menen we te mogen besluiten dat deze vrij goed overeenkomen. Deze overeenkomst is evenwel niet zo verassend aangezien de beoogde doelgroep zeer ruim wordt gedefinieerd.

De jongeren die in deze werkvorm terecht komen blijken zeer uiteenlopende problemen (heterogeen) op diverse domeinen (complex) te hebben, die bovendien vaak vrij ernstig zijn en een zekere stabiliteit vertonen (dit komt tot uiting in de hulpverleningsgeschiedenis van vele jongeren). Deze vaststelling sluit nauw aan bij de omschrijving van de beoogde doelgroep en bij de verschuiving die sleutelfiguren en verwijzers de laatste jaren bemerken in de doelgroep en tijdens de interviews ter sprake brengen. Deze verschuiving heeft te maken met de toegenomen ernst en complexiteit van de problematieken. Regelmatig worden hulpverleners in deze werkvorm geconfronteerd met jongeren die - volgens hen - eigenlijk in een gesloten voorziening zouden moeten worden opgenomen en begeleid, maar daar door plaatsgebrek niet terecht kunnen. De verzwaring is onder andere te zien op het vlak van gedragsproblemen (bv. ernstige agressie, delinquentie, wegloupedrag), hulpverleningsgeschiedenis (bv. steeds meer jongeren met lange en discontinue hulpverleningstrajecten) en context (bv. sommige jongeren hebben weinig positieve context om zich heen). Toch blijft men doorgaans pleiten de doelgroep niet te zeer af te bakenen, al zweeft men soms op de rand van het beoogde en begeleidbare.

Eén van de mogelijke contra-indicaties die tijdens de interviews ter sprake kwam is de aanwezigheid van zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke handicap bij de jongere. In de interviews werd deze groep jongeren als een knelpuntgroep aangeduid, voor wie het aanbod momenteel te beperkt is. Zij kunnen vaak niet in de voorzieningen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap terecht, omdat ze te ernstige gedragsproblemen vertonen en te weinig verstandelijke beperkingen hebben. De sleutelfiguren in de begeleidingstehuizen categorie 1bis vonden deze groep dan weer verstandelijk te beperkt voor de bijzondere jeugdbijstand. Toch gaven ze aan deze groep doorgaans ook tot hun doelgroep te rekenen. Uit de dossieranalyse bleek evenwel dat het aantal jongeren met verstandelijke beperkingen en ontwikkelingsproblemen niet zo groot is.

Ofschoon het hebben van een primaire verslavingsproblematiek als een contra-indicatie werd beschouwd, blijken toch een aanzienlijke groep jongeren (46.7%) deze problematiek in meer of minder ernstige vorm te vertonen. Dit kunnen we beschouwen als een zekere discrepantie tussen de beoogde en bereikte doelgroep.

Ook psychiatrische problemen bij jongeren zijn relatief vaak in meer of minder ernstige mate terug te vinden in de onderzochte dossiers, alhoewel deze problemen als een contra-indicatie werden beschouwd als deze op de voorgrond staan. Tijdens de interviews is gebleken dat deze problemen vaak voor een discussiepunt zorgen. Enerzijds weet men dat het aanbod voor deze groep in Vlaanderen eerder schraal is, waardoor men geneigd is om hen daarom tot de beoogde doelgroep te rekenen. Anderzijds kunnen psychiatrische problemen echt de mogelijkheden van deze werkvorm te boven gaan. De grens is niet altijd duidelijk aan te geven. Het lijkt er dan ook op dat men deze problematieken in de praktijk over het algemeen niet uitsluit en eerder casusspecifieke (bv. door te kijken naar de eventuele aanwezigheid van steunfiguren in de context van een jongere met psychiatrische problematiek), dan wel praktisch-organisatorische (bv. groepssamenstelling) afwegingen maakt bij opname.

We illustreren met enkele citaten uit de interviews:

“De drempel mag niet te hoog zijn, je moet je ervoor openstellen want hoe meer restricties je gaat inbouwen, hoe minder je die doelgroep uiteraard gaat vatten.”

“Natuurlijk zit men soms op de limiet. Dit wil zeggen als het gaat om jongeren die een gesloten setting nodig hebben. De discrepantie zit op dat punt: de overheid wil dat de jongeren opgevangen worden en de hele discussie is binnen welke setting dat het beste kan.”

3.2.2 CANO-projecten

3.2.2.1 De beoogde doelgroep

Begeleidingstehuizen die de CANO-visie hanteren richten zich in het bijzonder tot jongeren én hun leefomgeving die door een samenloop van ernstige en langdurig problematische situaties verzwakt zijn en zelf over onvoldoende kracht beschikken om de ontstane breuken te herstellen. Ze hebben vaak een voorgeschiedenis van onregelmatige gezinsstructuren en/of ernstige traumata. Het zijn jongeren die door de mazen van het hulpverleningsnet (dreigen te) vallen. Of zoals in de visietekst over het CANO-concept wordt beschreven:

“De reguliere residentiële hulpverlening slaagt er maar moeizaam in om een aanbod te formuleren opdat deze gezinsleden terug aansluiting bij elkaar en de maatschappij kunnen vinden. Een fragmentair aanbod (waarbij bijvoorbeeld enkel het probleemgedrag van de jongere als ingangspoort wordt gebruikt) versterkt vaak nog meer de vicieuze cirkel van afwijzing en

exclusie, ook in onze sector. Een geïntegreerd hulpverleningsmodel kan een antwoord bieden op deze exclusie en opnieuw verbondenheid realiseren door een aanbod te formuleren op volgende begeleidingsdomeinen.” (p.4).

Evenals in de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis gaat het om een vrij heterogene doelgroep en worden er weinig exclusiecriteria gespecificeerd. Integendeel, uit de interviews kwam naar voren dat nagenoeg alle probleemsituaties die onder de hoger vermelde omschrijving vallen in de CANO-projecten terecht kunnen, ook bijvoorbeeld jongeren met een psychiatrische of verslavingsproblematiek en zwakbegaafde of verstandelijk gehandicapte jongeren. We citeren enkele fragmenten uit de interviews:

(over jongeren met psychiatrische problemen)

“We willen niet meedoen aan de uitsluitingsmechnismen die in de hulpverlening spelen, we zeggen niet zomaar nee tegen een jongere”.

“We gaan een stukje verder omdat het onze missie is, we willen jongeren niet op straat laten staan.”

“We verwijzen niet snel door. We kunnen wel wat aan en we hebben wel wat pijlen op onze boog.”

(over jongeren met ernstige verslavingsproblemen)

“(…) als dat zware drugsgebruik de boventoon heeft dan denk ik dat ze eigenlijk beter elders opgevangen kunnen worden - dat er lacunes zijn in het welzijnslandschap - maar dat belet ons niet om met deze jongeren te werken.”

“Om met minderjarigen die niet gemotiveerd zijn aan de slag te gaan en rond die drugs te werken, dat is een lacune (...) anders vallen deze jongeren tussen de mazen van het net.”

(over zwakbegaafde jongeren met ernstige gedragsproblemen):

“Met die tussengroep hebben we heel veel te maken.”

Een gebrek aan perspectief op terugkeer naar huis, zelfs niet op langere termijn, kan wel een contra-indicatie zijn. Contextgericht werken vanuit de principes van CANO wordt in die gevallen immers zeer moeilijk. Dergelijke plaatsingen lijken echter maar weinig voor te komen.

3.2.2.2 De bereikte doelgroep in cijfers

Beschrijving van de groep bij instroom: demografische kenmerken en hulpverleningsgeschiedenis

We analyseerden 100 dossiers van jongeren in CANO-projecten (50 jongens en 50 meisjes). De leeftijden van de jongeren lagen tussen 14 en 18 jaar. Bijna driekwart van de jongeren was 16 jaar of ouder, één jongere was ouder dan 18 jaar. Twintig jongeren waren van allochtone origine. De meeste jongeren (72%) kwamen vanuit een andere hulpverleningssetting in een CANO-project terecht. Eenentwintig jongeren werden geplaatst vanuit de thuissituatie. Tweentachtig jongeren hadden bij instroom minstens één plaatsing achter de rug, achtentwintig jongeren meer dan vijf plaatsingen. De onderwijssituatie van de jongeren was zeer uiteenlopend. Een aanzienlijk deel (37%) ging bij instroom niet naar school of had geen werk. Zeventien jongeren volgden beroepsonderwijs, 16 deeltijds onderwijs en 5 onderwijs met leercontract. Geen enkele jongere had werk. Drieënzestig jongeren kwamen uit een gebroken gezin. Van 22 jongeren was het gezin van herkomst nog intact. De meeste verwijzingen (72%) ge-

beurden door een sociale dienst bij de jeugdrechtbank. Drieëntwintig jongeren werden verwezen via het comité bijzondere jeugdzorg en vijf jongeren hadden een gecombineerde verwijzing.

Problemen bij de jongeren

In Tabel 3.3 geven we een overzicht van de aanwezigheid (in percentages) van problemen bij instroom. Er vallen twee dingen op bij het bekijken van deze tabel: de heterogeniteit en de grote ernst van de problemen bij jongeren. De heterogeniteit verwondert niet, zoals gezegd wordt de doelgroep breed omschreven en worden bewust zeer weinig exclusiecriteria vooropgesteld. De ernst van de problemen die jongeren bij instroom vertonen, is bijzonder manifest. Vele, zonet alle jongeren, hebben problemen op meerdere domeinen. De problemen zijn nog beduidend ernstiger dan deze bij jongeren in de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis. Meer dan de helft van de jongeren vertonen ernstige emotionele of agressieproblemen. Ook antisociaal gedrag (45%), school- en leerproblemen (46%), problemen in de vrije tijd (42%) en persoonlijkheidsproblemen (43%) komen bij velen in ernstige mate voor. De cijfers liggen vaak tweemaal zo hoog als deze in de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis. Verder noteren we hoge percentages van ernstig middelenmisbruik (22.0%), psychiatrische problemen (22.0%) en seksuele problematiek (25.0%). Opnieuw liggen de percentages in deze groep beduidend hoger dan in de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis. Er zijn bijvoorbeeld meer dan tweemaal zoveel jongeren met psychiatrische problemen in de CANO-projecten.

Tabel 3.3 Aanwezigheid van problemen bij jongeren in CANO-projecten bij instroom

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Emotionele problemen	15.0	4.0	27.0	54.0
Agressieproblemen	18.0	3.0	25.0	54.0
Antisociale problemen	39.0	-	16.0	45.0
Middelengebruik	47.0	7.0	24.0	22.0
School- en leerproblemen	19.0	8.0	27.0	46.0
Problemen vrije tijd	20.0	9.0	29.0	42.0
Persoonlijkheidsproblemen	32.0	5.0	20.0	43.0
Psychosomatische problemen	79.0	3.0	10.0	8.0
Psychiatrische problemen	61.0	4.0	13.0	22.0
Gezondheidsproblemen	75.0	7.0	10.0	8.0
Verstandelijke/ontwikkelingsproblemen	85.0	9.0	2.0	4.0
Seksuele problematiek	63.0	6.0	6.0	25.0

Problemen in de opvoeding en het gezin van de jongeren

In Tabel 3.4 wordt de aanwezigheid van problemen in de opvoeding van jongeren bij instroom weergegeven. Ook hier valt de ernst van de problemen op. Behalve voor huishoudelijke problemen worden op alle domeinen meer ernstige problemen vastgesteld dan bij de jongeren in de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis, hetgeen wijst op het (nog meer) chronische karakter van de opvoedingsproblemen. De gezinscontext van de jongeren wordt gekenmerkt door ernstige mishandeling of verwaarlozing (bij ongeveer eenderde bleek dit het geval te zijn) en ernstige problemen inzake maatschappelijk functioneren (26%). Opnieuw verrassend is dat bij 11% van de jongeren geen opvoedingsproblemen worden gemeld. Wellicht gaat het ook hier om MOF-dossiers.

Problemen bij de ouders van de jongeren

Bij 61% van de moeders en 57% van de vaders werden matige tot ernstige problemen gerapporteerd.

Tabel 3.4 Aanwezigheid van problemen in de opvoeding van jongeren in CANO-projecten bij instroom

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Opvoedingsproblemen (algemeen)	47.0	1.0	10.0	42.0
Opvoedingsproblemen met jongere	11.0	1.0	12.0	75.0
Mishandeling/verwaarlozing	48.0	2.0	17.0	33.0
Problemen maatschappelijk functioneren	58.0	1.0	15.0	26.0
Materiële problemen	68.0	5.0	11.0	16.0
Huishoudelijke problemen	86.0	4.0	4.0	6.0

3.2.2.3 Overeenkomsten en discrepanties tussen beoogde en bereikte doelgroep

De beoogde en de bereikte doelgroepen verschillen nauwelijks of niet van elkaar. CANO-projecten staan open voor alle jongeren én hun leefomgeving die door een samenloop van ernstige en langdurig problematische situaties verzwakt zijn en zelf over onvoldoende kracht beschikken om de ontstane breuken te herstellen. Deze openheid wordt weerspiegeld in de dossieranalyse. Een veelheid van ernstige en complexe problemen bij jongeren en gezinnen dient zich aan. De grote aanwezigheid van jongeren met psychiatrische en verslavingsproblemen, die elders vaak als contra-indicatie worden beschouwd, bewijst dat deze projecten inderdaad de meest moeilijke jongeren bereiken en opnemen. Het is in de geest van CANO om tot het uiterste te gaan en zelfs bij minimale begeleidbaarheid of motivatie van cliënten toch nog te zoeken naar aanknopingspunten via een permanente dialoog waarbij ouders als gelijkwaardige partner worden beschouwd. De sleutelfiguren erkennen deze overeenkomst en willen ze behouden en mee bewaken:

“Het is uitzonderlijk dat er meisjes instromen die niet volledig in het prentje van de doelgroep passen.”

“(…) we kijken mee uit en screenen mee om te kijken of die hier past.”

“(…) de doelgroep die we willen bereiken, komt hier terecht.”

De overeenkomst tussen beoogde en bereikte doelgroep wordt toegeschreven aan het feit dat men als CANO-project doorgaans goed geprofileerd is in de regio en gekend is bij de verwijzers. Ook de wachtlijstproblematiek heeft een gunstige invloed op de instroom. Door de wachtlijst vallen jongeren die aanvankelijk bij dergelijke voorzieningen gemeld werden er na verloop van tijd tussenuit omdat er voor hen elders een alternatief voorhanden is. Zo blijven dan de jongeren voor wie alle indicaties voor CANO gelden, de zuivere doelgroep dus, over. Voor hen is het aanbod immers veel beperkter.

3.2.3 Voorzieningen met categoriale opvang

3.2.3.1 De beoogde doelgroep

Begeleidingstehuizen die categoriale opvang voor minderjarigen voorzien richten zich op meer specifieke doelgroepen. Eén begeleidingstehuis begeleidt jongeren vanaf 12 jaar die

middelen misbruiken of er aan verslaafd zijn en/of verkeren in een problematische opvoedingssituatie of jongeren die een als misdaad omschreven feit gepleegd hebben waarbij de drugproblematiek primair is. Twee begeleidingstehuizen richten zich specifiek op de opvang en begeleiding van niet begeleide buitenlandse minderjarigen, inclusief jongeren die slachtoffer zijn van mensenhandel.

De beoogde doelgroepen van deze voorzieningen met categoriale opvang zijn vrij duidelijk afgelijnd en onderscheiden zich van de meer heterogene groepen in de andere begeleidingstehuizen categorie 1bis. Omwille van de doelgroepen waarop ze zich richten, nemen deze voorzieningen in feite een wat aparte plaats in in het hulpverleningslandschap. Voor het begeleidingstehuis voor jongeren die middelen misbruiken komt daar nog bij dat dit eigenlijk ontstaan is vanuit de hulpverlening aan volwassen drugverslaafden en dat hier een therapeutisch model wordt gehanteerd, dit in tegenstelling tot de andere voorzieningen binnen de bijzondere jeugdbijstand waar eerder begeleidingsmodellen centraal staan.

Toch wordt aangegeven dat het niet meer altijd mogelijk is om de beoogde doelgroep te bereiken. In de voorzieningen voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen doet zich soms het probleem voor dat zich jongere kinderen aandienen, maar de voorzieningen geven te kennen zelf ook aan deze groep aandacht te willen besteden en beleven dit niet als een probleem. Verder dienen zich soms jongeren aan die met hun ouders naar hier zijn gekomen en door hen worden achtergelaten. Deze ouders weten dat de procedures voor niet begeleide minderjarigen soepeler zijn. Tenslotte blijkt af en toe dat een minderjarige toch in de asielpprocedure zit en dus eigenlijk naar een voorziening van de federale overheid moet worden verwezen. In de voorziening voor drugverslaafde jongeren ziet men een verzwaring van problemen, onder andere drugverslaafde jongeren met ernstige gedragsproblemen of zware psychiatrische problemen. Ook wordt er vaak gevraagd om opvang te doen, terwijl de voorziening zich duidelijk profileert als een behandelingscentrum:

“We bereiken enkel nog de zeer complexe/extreme problemen”

“Men vraagt ons vaak interventies te doen naar opvang. Maar wij zeggen ‘neen’, wij doen dat niet, wij zijn een behandelingscentrum. Men heeft veel plaatsen tekort in de bijzondere jeugdbijstand, men zit vaak met situaties en jongeren die men niet kwijt kan en dan richten ze zich naar ons (...). Zij willen opvang, maar wij willen behandelen en we merken dat dat vaak botst. Wij zijn een therapeutisch centrum dat moet werken binnen de bijzondere jeugdbijstand, maar de regelgeving, de manier van werken de omkadering is daar niet op afgestemd. We vragen niet dat de bijzondere jeugdbijstand zich op ons afstemt, maar voor ons is het ook moeilijk om ons aan hen aan te passen omdat we in zo’n specifieke werking zitten.”

3.2.3.2 De bereikte doelgroep in cijfers

We analyseerden 20 dossiers van niet begeleide buitenlandse minderjarigen en 10 dossiers van drugsverslaafde jongeren. Vanwege deze kleine aantallen moeten de resultaten van de dossieranalyse dan ook met de nodige voorzichtigheid worden gelezen.

Niet begeleide buitenlandse minderjarigen

De groep niet begeleide buitenlandse minderjarigen bestond uit 7 jongens en 13 meisjes, met leeftijden variërend van -12 jaar (n = 1) tot +18 jaar (n = 1). Eén jongere volgde (deeltijds) onderwijs, negen jongeren volgden geen onderwijs. Van de overige jongeren werd de onderwijssituatie gecodeerd als ‘andere’. Dertien jongeren kwamen terecht in de voorziening vanuit een andere hulpverleningssetting, twee kwamen vanuit een pleeg- of adoptiegezin. Vier jon-

geren hadden al meer dan één plaatsing achter de rug. Driekwart van de jongeren werd geplaatst vanuit een comité voor bijzondere jeugdbijstand, de overige jongeren door de sociale dienst van de jeugdrechtbank.

De problemen van de jongeren bij instroom waren heterogeen. Sommigen hadden te kampen met problemen op meerdere domeinen. Vooral emotionele problemen (50% matig tot ernstig), agressie (30% matig), school- en leerproblemen (35% matig tot ernstig), vrijetijdsproblemen (30% matig tot ernstig) en seksuele problematiek (25% matig tot ernstig) werden gerapporteerd. Bij één jongere werd een ernstige psychiatrische problematiek gemeld.

De gegevens over de opvoedingsproblemen en problemen bij de ouders werden in deze groep niet geanalyseerd.

Drugverslaafde jongeren

De groep drugverslaafde jongeren bestond uit 7 jongens en 3 meisjes. Alle jongeren waren ouder dan 14 jaar, negen jongeren waren tussen 16 en 18 jaar. Alle jongeren waren van autochtone origine en liepen school bij instroom in de voorziening (2 volgden technisch secundair onderwijs, 4 beroepssecundair onderwijs en 4 deeltijds onderwijs). Zes van hen werden vanuit een andere hulpverleningssetting naar de voorziening verwezen, de overige jongeren woonden vóór ze werden opgenomen in de voorziening in hun kerngezin (n = 2) of bij hun biologische moeder (n = 2). De helft van de jongeren kwam uit een gebroken kerngezin, de andere helft uit een intact gezin. Negen jongeren hadden reeds meer dan één plaatsing achter de rug. Acht jongeren werden door de sociale dienst bij de jeugdrechtbank verwezen naar de voorziening, twee vanuit het comité voor bijzondere jeugdzorg.

De problemen van de jongeren waren heterogeen en ernstig. Vele jongeren vertoonden problemen op meerdere domeinen. We geven een overzicht: emotionele problemen (6 jongeren matig of ernstig), agressieproblemen (7 jongeren matig of ernstig), antisociaal gedrag (4 jongeren matig of ernstig), school- en leerproblemen (8 jongeren matig of ernstig), vrijetijdsproblemen (alle jongeren matig of ernstig), persoonlijkheidsproblemen (5 jongeren matig of ernstig), psychosomatische problemen (5 jongeren matig of ernstig), psychiatrische problemen (3 jongeren matig), gezondheidsproblemen (6 jongeren licht of matig). De overige problemen kwamen slechts bij één jongere voor en dit in lichte mate.

Ook de problemen in de opvoeding waren uiteenlopend en ernstig. Bij 6 jongeren was er een matige of ernstige algemene opvoedingsproblematiek in het gezin, bij 9 jongeren een matig tot ernstig verstoorde ouder-kind interactie. Drie jongeren leefden in een situatie van mishandeling of verwaarlozing. Bij 5 jongeren tenslotte werd gemeld dat het gezin (lichte tot matige) problemen had in het maatschappelijk functioneren. De overige problemen werden slechts bij twee jongeren aangeduid en waren minder ernstig.

Bij 6 moeders en 3 vaders werden matige tot ernstige problemen gerapporteerd.

3.2.3.3 Overeenkomsten en discrepanties tussen beoogde en bereikte doelgroep

Over het algemeen komen in de voorzieningen voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen de beoogde en de bereikte doelgroep sterk met elkaar overeen. Tijdens de interviews met sleutelfiguren blijkt wel dat de leeftijd van de jongeren gedurende de laatste jaren afneemt. De kwantitatieve data uit de dossieranalyse bevestigen deze tendens. Tevens maken zij melding van een aantal 'misbruiken' van deze hulpverleningsvorm. Zo blijken een aantal ouders hun kinderen hier bewust achter te laten omdat de procedures voor niet begeleide minderjarigen soepeler zijn dan voor begeleide minderjarigen. Ook blijkt af en toe een minderjarige in de asielprocedure te zitten en dus eigenlijk in een voorziening van de federale overheid thuis te horen. Toch ervaart men deze discrepanties niet als problematisch.

In de voorziening voor jongeren met een verslavingsproblematiek liggen de kaarten enigszin anders. Men geeft aan – en de gegevens van de dossieranalyse bevestigen dit – dat enkel nog de moeilijkste groep (d.w.z. de groep jongeren die naast een verslavingsproblematiek nog

andere ernstige problemen, bijvoorbeeld antisociaal gedrag of psychiatrische problemen ver- tonen) wordt bereikt of dat het gaat om crisissituaties:

“Enkel de zeer complexe gevallen worden nog aangemeld, als ze al een heel traject hebben afgelegd, komt men bij ons terecht.”

“We ervaren dat het zeer moeilijk is om de criteria die we vooropstellen ook waar te maken en na te leven; jongeren worden bij ons aangemeld, zeer vaak vanuit een crisissituatie.”

Deels wordt de verklaring voor deze verzwaring van de problematiek bij de verwijzende instanties gelegd. Men wijst op het gebrek aan screening naar drugmisbruik bij jongeren in een problematische opvoedingssituatie die in aanraking komen met de bijzondere jeugdbijstand (de gegevens van de andere werkvormen die in dit project werden bestudeerd wijzen erop dat drugmisbruik een veel voorkomend probleem is). Een tweede verklaring legt men in het te rigide in praktijk willen brengen van het subsidiariteitsprincipe, dit wil zeggen het te lang wachten om tot meer ingrijpende maatregelen over te gaan en het aanbieden van te lichte hulpverleningsvormen. Impliciet wordt door deze argumenten tevens een uitbreiding van het aanbod bepleit.

Ook de positie van deze voorziening binnen de bijzondere jeugdbijstand wordt zoals gezegd enigszins als problematisch beleefd. De voorziening is ontstaan vanuit de nood een gespecialiseerde hulpverlening voor drugverslaafde minderjarigen en is primair een behandelingscentrum. Deze visie blijkt soms te botsen met de regelgeving en de contouren van de bijzondere jeugdbijstand waar het accent toch wel eerder ligt op opvang en begeleiding:

3.3 Thuisbegeleidingsdiensten

3.3.1 De beoogde doelgroep

Thuisbegeleidingsdiensten richten zich officieel op alle minderjarigen van 0 tot 18 jaar én hun gezin (Put, 2005). Het gaat vaak om gezinnen die op verschillende levensdomeinen te kampen hebben met problemen. Kenmerkend zijn niet enkel de complexiteit en chroniciteit van de socio-economische en psychosociale problemen waarmee zij geconfronteerd worden, maar ook de moeilijkheden die verbonden zijn met de hulpverlening aan deze gezinnen, zoals weerstand en weerbaarheid. Samenvattend kan men zeggen dat thuisbegeleiding beoogt hulp te bieden aan alle maatschappelijk kwetsbare groepen die met een problematische opvoedingssituatie te maken krijgen. De decretale bepalingen getrouw willen de meeste thuisbegeleidingsdiensten de doelgroep niet verder afbakenen en hanteren ze weinig exclusiecriteria. Ook al omdat ze zelf niet de indicatiestelling doen en begeleidingsplicht hebben. Ze verruimen overigens hun doelgroep tot het gehele cliëntsysteem (ouders, gezin, grootouders, leerkracht,...) van de verwezen minderjarige en contextualiseren zo meteen de problematische opvoedingssituatie. Verder rekenen ze alle kwetsbare gezinnen, dat zijn gezinnen waar vele risicofactoren cumuleren (bv. multiprobleem-gezinnen, kansarme gezinnen, gezinnen uit etnische minderheden) tot hun doelgroep. Een geringe motivatie of bereidheid tot verandering vanwege de ouders is geen initieel uitsluitingscriterium, evenals ernstige gedragsproblemen, psychiatrische problemen of druggebruik bij de jongere. Zeer belangrijk is de dialoog met de betrokkenen en met de verwijzer. Vanhieruit kunnen eventuele contra-indicaties worden opgesteld.

We citeren enkele fragmenten uit de interviews en werkdocumenten om dit toe te lichten:

“Tot de doelgroep behoren zowel de directe opvoedingsverantwoordelijken (meestal de ouders) als de minderjarigen en andere belangrijke opvoedings-

figuren (grootouders, niet inwonende ouders, afwezige ouders, stiefouders, leraren, familieleden) kunnen bij de begeleiding betrokken worden, steeds in overleg met de betrokkenen.”

“We nemen elke verwijzing au serieux (rekening houdend met de begeleidingsplicht) en richten ons niet op één bepaalde problematiek (bv. multiprobleem-gezinnen).”

“Geen zelfgekozen profiel (...) we staan open voor alle gezinnen die doorverwezen worden door de consulent.”

“Dus tegenindicaties op voorhand formuleren we niet echt. Dit betekent niet dat we niet in dialoog met de verwijzer over een dossier gaan praten. We gaan ervan uit dat de verwijzer zijn dossier kent en dat hij inschat dat hij om verschillende redenen thuisbegeleiding wil proberen. Veel van deze tegenindicaties blijken niet bij aanvang.”

Toch wordt er in de interviews gewezen op de grenzen van thuisbegeleiding en komen enkele duidelijke contra-indicaties voor de werkvorm naar voren.

Gebrek aan bereidwilligheid of motivatie van cliënten is geen contra-indicatie op zich maar indien na verloop van tijd blijkt dat ondanks aanklappen geen enkele vorm van onderhandelende hulpverlening nog mogelijk is, ziet men zich genoodzaakt om op te geven.

Een zeer belangrijk thema waaruit contra-indicaties kunnen voortvloeien, is het thema veiligheid. Dit werd door vele sleutelfiguren expliciet vermeld. Het gaat hier zowel om de veiligheid voor de gezinsleden als om de veiligheid voor de gezinsbegeleider. Wanneer in het gezin sprake is van ernstige risico's op kindermishandeling of wanneer er sprake is van feitelijke kindermishandeling, komt thuisbegeleiding in het gedrang. De werkzaamheid ervan is dan niet meer verzekerd. De periode tussen de verschillende bezoeken is immers te groot om dit op te volgen en de veiligheid van de gezinsleden is niet meer te garanderen. Hetzelfde doet zich voor bij partnergeweld. Maar ook de veiligheid van de begeleider dient te worden gewaarborgd. Wanneer ouders ernstige agressie vertonen naar de begeleider toe, bijvoorbeeld in het geval van zeer grote weerstand of ernstig drugmisbruik, wordt het opbouwen van een hulpverleningsrelatie quasi onmogelijk.

Ook gezinnen waarbij de draagkracht heel laag blijkt te zijn, kunnen moeilijk via deze werkvorm worden begeleid. De draagkracht kan bedreigd worden door ernstige individuele problemen bij de ouder(s). Wanneer deze niet of onvoldoende aanspreekbaar zijn en geen minimale verantwoordelijkheid kunnen opnemen (bv. omwille van ernstige psychiatrische problematiek of een drugproblematiek), is thuisbegeleiding niet meer mogelijk. Eventueel zal dan, al dan niet in samenwerking met andere hulpverleners, gezocht worden om vanuit de thuisbegeleiding een ondersteunend aanbod te doen.

Tenslotte worden dakloosheid en afstand als twee meer praktische contra-indicaties bij deze werkvorm genoemd. Dakloze gezinnen kunnen niet met thuisbegeleiding worden geholpen. Verre afstanden kunnen problematisch zijn voor begeleiders en het hulpverleningsproces bemoeilijken.

We willen benadrukken dat de genoemde contra-indicaties meestal niet bij aanvang zichtbaar zijn. Ze worden vaak pas na verloop van tijd duidelijk. Dit betekent dat meestal wel een begeleiding zal worden opgestart (tenzij er natuurlijk hele pertinente en aanwijsbare redenen zouden zijn om dit niet te doen) maar dat sommige begeleidingen na verloop van tijd noodgedwongen moeten worden stopgezet omdat er teveel contra-indicaties blijken te zijn:

“Het kan evolueren tot een moment waarop we zeggen ‘dit kan niet meer’ (bv. als de situatie te onveilig wordt, het is moeilijk vast te stellen door verborgenheid van problemen en moeilijk om een criterium te stellen van

wanneer is het niet meer veilig, hiervoor zoeken we steun in team of elders).”

3.3.2 De bereikte doelgroep in cijfers

Beschrijving van de groep bij instroom: demografische kenmerken en hulpverleningsgeschiedenis

We analyseerden 220 dossiers (aangemelde kinderen: 127 jongens, 93 meisjes)¹. De leeftijd van de kinderen varieerde van -3 jaar (22 kinderen) tot +16 jaar (38 kinderen). Zesentwintig gezinnen (11.8%) waren van allochtone origine. De meerderheid van de gezinnen (>90%) had in het verleden al te maken gehad met professionele hulpverlening. Meer dan een kwart van de gezinnen had al vijf of meer verschillende hulpverleningsvormen achter de rug. De onderwijssituatie van de aangemelde kinderen was zeer uiteenlopend (van kleuteronderwijs tot deeltijds leren). Bijna één op vijf van de aangemelde kinderen ging naar het buitengewoon (basis- of secundair) onderwijs. Een meerderheid van de kinderen (69.1%) kwam uit een gebroken gezin. De meeste kinderen uit gebroken gezinnen leefden bij hun alleenstaande moeder of bij hun moeder en haar partner. Meer dan zes op tien kinderen (62.3%) waren verwezen via het comité voor bijzondere jeugdzorg.

Problemen bij de aangemelde kinderen

In Tabel 3.5 geven we een overzicht van de problemen die bij de aangemelde kinderen worden gerapporteerd². We zien de beoogde heterogeniteit van de doelgroep hier duidelijk weerspiegeld. Er zijn vele verschillende problemen aanwezig op verschillende domeinen en met een doorgaans hoge ernstgraad. Opvallend zijn de ernstige emotionele problemen (28.6%) agressieproblemen (27.7), school- en leerproblemen (24.1%), problemen met vrije tijd (18.6%) en persoonlijkheidsproblemen (16.8%). Het aantal kinderen met psychiatrische stoornissen (6.8%) komt ongeveer overeen met de prevalentie in de algemene bevolking (Grietens & Hellinckx, 2005).

Problemen in de opvoeding en het gezin van de aangemelde kinderen

In Tabel 3.6 vatten we de gerapporteerde opvoedingsproblemen in de gezinnen van de aangemelde kinderen samen. We zien dat zich zoals verwacht vele en chronische problemen voordoen. Naast ernstige algemene opvoedingsproblemen (39.1%) en problemen in de opvoeding van het aangemelde kind (52.7%) zijn er bij een aanzienlijke groep ernstige problematische opvoedingssituaties met kenmerken van mishandeling en verwaarlozing (16.4%). Vele gezinnen hebben het bovendien erg moeilijk om maatschappelijk adequaat te functioneren (22.4%). Thuisbegeleidingsdiensten beogen om hulp te verlenen aan kansarme en multi-problem-gezinnen. De dossiers tonen dat deze groepen worden bereikt. Bijna een kwart van de aangemelde kinderen (23.2%) leefde bijvoorbeeld in een gezin met materiële problemen. Maar liefst in 37.7% van de dossiers worden geen algemene opvoedingsproblemen genoemd en in 10.9% van de dossiers geen opvoedingsproblemen met de verwezen minderjarige. Gaat het hier om gezinnen waar andere problemen (cf. supra) primeren of om te lichte problematieken voor deze werkvorm?

¹ Gegevens die hier worden besproken hebben enkel betrekking op het aangemelde kind (dossierkind). Hier moet men bij het lezen van de resultaten rekening mee houden omdat het aangemelde kind niet noodzakelijkerwijze overeenkomt met het kind dat problemen heeft (bv. men opent soms een dossier op naam van een ander kind om meerdere maatregelen te kunnen combineren) en omdat de thuisbegeleiding zich richt op het ganse gezinssysteem en alle gezinsleden.

² We willen hier vermelden dat in thuisbegeleiding het aangemelde kind niet noodzakelijk het kind is.

Tabel 3.5 *Aanwezigheid van problemen bij kinderen en jongeren in thuisbegeleidingsdiensten bij instroom*

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Emotionele problemen	37.3	5.0	29.1	28.6
Agressieproblemen	38.6	8.2	25.0	27.7
Antisociale problemen	79.5	4.5	7.7	8.2
Middelengebruik	86.4	2.7	6.4	4.5
School- en leerproblemen	43.6	9.1	23.2	24.1
Problemen vrije tijd	53.6	9.5	18.2	18.6
Persoonlijkheidsproblemen	60.5	3.2	19.5	16.8
Psychosomatische problemen	82.7	2.7	10.0	4.5
Psychiatrische problemen	85.9	0.9	6.4	6.8
Gezondheidsproblemen	87.3	5.0	4.1	3.6
Verstandelijke/Ontwikkelingsproblemen	81.8	5.5	7.7	5.0
Seksuele problematiek	90.0	0.9	4.5	4.5

Tabel 3.6 *Aanwezigheid van problemen in de opvoeding van kinderen en jongeren in thuisbegeleidingsdiensten bij instroom*

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Opvoedingsproblemen (algemeen)	37.7	5.0	18.2	39.1
Opvoedingsproblemen met jongere	10.9	4.5	31.8	52.7
Mishandeling/verwaarlozing	65.5	6.4	11.8	16.4
Problemen maatschappelijk functioneren	53.4	4.6	19.6	22.4
Materiële problemen	53.2	5.9	17.7	23.2
Huishoudelijke problemen	70.9	7.7	11.4	10.0

Problemen bij de ouders van de aangemelde kinderen

Bij 68.6% van de moeders en 50.5% van de vaders werden matige tot ernstige problemen gerapporteerd.

3.3.3 Overeenkomsten en discrepanties tussen beoogde en bereikte doelgroep

Over het algemeen komen de beoogde en de bereikte doelgroep vrij goed met elkaar overeen. De brede omschrijving en de beperkte exclusiecriteria die worden gehanteerd maken dat alle kwetsbare groepen in de samenleving die in een problematische opvoedingssituatie verkeren worden bereikt. Verder zien we dat ook het hele leeftijdsbereik van 0 tot 18-jarigen is vertegenwoordigd. De problematieken die zich bij de aangemelde kinderen en hun gezinnen voordoen, zijn vaak vrij ernstig en wellicht ook chronisch, hetgeen we kunnen opmaken uit de vaak lange hulpverleningsgeschiedenis.

Toch geven de sleutelfiguren te kennen dat de beoogde en de bereikte doelgroep niet altijd met elkaar overeenkomen en maken ze enkele kanttekeningen bij deze werkvorm en zijn plaats in het hulpverleningslandschap. We proberen hun commentaren te ordenen.

Sommige sleutelfiguren vinden dat de doelgroep van thuisbegeleiding in de bijzondere jeugdbijstand eigenlijk nog niet breed genoeg wordt gedefinieerd. Nu wordt de doelgroep omschreven en afgebakend via het begrip ‘problematische opvoedingssituatie’. Vele gezinnen hebben echter andere problemen dan opvoedingsproblemen (bv. financiële, materiële, of gezondheidsproblemen, vaak in een intergenerationele context). Dat bleek reeds uit de dossierstudie (cf. supra). Wanneer opvoedingsproblemen samen met andere problemen voorkomen,

kan thuisbegeleiding dan wel leiden tot een vermindering van de opvoedingsproblemen, maar deze gezinnen blijven erg kwetsbaar. Wanneer thuisbegeleiding dan omwille van het positieve effect op de opvoedingsproblemen wordt stopgezet, dreigen deze gezinnen door hun kwetsbaarheid alsnog te ‘hervallen’. Uiteraard kan thuisbegeleiding niet al de problemen van gezinnen oplossen, maar een goede opvolging en samenwerking met andere hulpverleners (bv. vanuit algemeen welzijnswerk) is wel wenselijk.

“Het gaat om veel meer dan enkel om opvoedingsproblemen. Opvoedingsproblemen zijn eigenlijk maar een symptoom.”

Soms wordt thuisbegeleiding gebruikt als nazorgmaatregel, bijvoorbeeld nadat een minderjarige na plaatsing in een residentiële voorziening terug naar huis is gekeerd. In sommige gevallen is dit voor deze doeleinden dan een te intensieve werkvorm.

“Enkel soms (bij aameldingen van de jeugdrechtbank) zijn gezinnen niet echt aangewezen voor zo’n intensieve thuisbegeleiding. Bijvoorbeeld gezinnen waar kinderen geplaatst zijn geweest en terug naar huis gaan en waarbij te vlug nog een maatregel thuisbegeleiding uitgesproken wordt, terwijl thuisbegeleiding te intensief is voor veel van die gezinnen en een minder ingrijpende maatregel voldoende zou zijn.”

Thuisbegeleiding is een vrij zachte maatregel, die relatief ‘gemakkelijk te verkopen is’. Voor ouders én consulenten is het vaak de keuze van de minste weerstand. Dus wanneer ouders weinig gemotiveerd zijn voor hulpverlening, wanneer meer ingrijpende maatregelen op grote weerstand stuiten, is thuisbegeleiding een alternatief. Het gevolg is dat misschien soms te zware problematieken worden verwezen en er soms zeer weinig bereidwilligheid is van cliënten om mee te werken. Daar komt nog bij dat de diensten begeleidingsplicht hebben. Tijdens de interviews met sleutelfiguren wordt aangegeven dat hierdoor soms te zware en te complexe problemen naar thuisbegeleidingsdiensten worden verwezen (zie paragraaf 3.3.1).

De wachtlijstproblematiek is een ander knelpunt waardoor een discrepantie tussen beoogde en bereikte doelgroep kan ontstaan. Deze leidt soms tot een ‘oneigenlijk’ gebruik van thuisbegeleiding. Consulenten verwijzen met andere woorden soms noodgedwongen door naar thuisbegeleiding omdat de voorzieningen voor residentiële begeleiding vol zitten. Wanneer er echt vrije keuze zou zijn voor consulenten, zou de bereikte doelgroep van de thuisbegeleidingsdiensten er allicht anders (minder chronische, ernstige problemen bij kinderen/jongeren en gezinnen) uitzien.

“Soms is de problematiek te vérgaand om nog veranderingsprocessen aan te brengen binnen een ambulante setting. Er is te lang gewacht (...) waardoor tot residentiële opname moet overgegaan worden omdat het te ver is gekomen (...)”

Ook het gebrek aan informatie vooraf over de gezinnen die zullen worden verwezen wordt als een knelpunt beleefd. De intake is het eerste moment waarop men iets verneemt over het gezin en dat kan soms tot negatieve verrassingen (bv. té complexe problematiek) leiden. Door de hoge caseload kunnen consulenten vaak onvoldoende screenen en gebeurt de indicatiestelling dus op basis van te weinig informatie. De al gemelde veiligheidsproblematiek hangt hiermee samen. De veiligheid voor de gezinsleden (bv. huiselijk geweld, incest, alcoholmisbruik, enz.) wordt vooraf niet altijd zorgvuldig genoeg gescreend en soms blijkt pas in de loop van de begeleiding dat zich problemen voordoen waardoor de veiligheid van de gezinsleden en/of thuisbegeleider ernstig in het gedrang komt en dat misschien een andere werkvorm meer aangewezen was geweest.

Tenslotte maakten sommige respondenten kanttekeningen bij de plaats van thuisbegeleidingsdiensten binnen de bijzondere jeugdbijstand. Ze stellen zich de vraag of ze niet een meer ori-

enterende rol zouden moeten spelen, hetgeen impliceert dat ze nauwer worden betrokken bij de diagnostiek en indicatiestelling.

“Thuisbegeleiding lijkt ook een opdracht te hebben als wegbereider, sensibiliseren en motiveren voor een andere, meer wenselijke hulpvorm, een soort draaischijffunctie, oriënteren, uitzoeken wat er aan de hand is en waar het gezin best verdere hulp kan krijgen en die hulp ook voorbereiden en de gezinnen daarop voorbereiden.”

3.4 GIT-projecten

3.4.1 De beoogde doelgroep

De doelgroep van de GIT-projecten wordt officieel omschreven als minderjarigen vanaf 12 jaar, geplaatst of begeleid door een voorziening, die zich in een problematische opvoedingssituatie bevinden en die omwille van extreme opvoedings- en hulpverleningsproblemen, ofwel dreigen geplaatst te worden in een gemeenschapsinstelling, ofwel risico lopen om aansluiting te verliezen met het jeugd(welzijns)netwerk. Meer specifiek gaat het om carrièrejongeren voor wie het huidige hulpaanbod geen afdoend antwoord biedt, om jongeren die zonder traject en zonder finaliteit van de ene voorziening in de andere terechtkomen en om jongeren die omwille van hun problematieken helemaal niet in de voorzieningen terecht kunnen.

Het is de bedoeling voor deze jongeren nieuwe kansen te genereren, hen terug aansluiting te laten vinden bij de reguliere hulpverlening en een meer continu hulpverleningstraject te garanderen.

De doelgroep werd in alle GIT-projecten op een gelijkaardige manier omschreven, met weinig of geen verschillen tussen residentiële en niet-residentiële settings. Ze werd als zodanig ook erkend door de sleutelfiguren tijdens de interviews:

“Alle jongeren hebben een hulpverleningsverleden (gemiddeld 11 ingezette hulpverleningsvormen) met een groot aantal afgebroken hulpverleningsvormen.”

“Alle jongeren hadden een wantrouwen naar hulpverlening toe.”

“(…) bovendien zijn het de jongeren die in geen enkel hulpverleningsaanbod passen of er gemotiveerd voor zijn.”

Contra-indicaties of exclusiecriteria werden niet gegeven.

3.4.2 De bereikte doelgroep in cijfers

Beschrijving van de groep bij instroom: demografische kenmerken en hulpverleningsgeschiedenis

Er werden 58 dossiers geanalyseerd (35 jongens, 23 meisjes). De leeftijden van de jongeren varieerden van 12 tot 18 jaar, met een aanzienlijke groep van +16-jarigen (46.6%). Eenentwintig jongeren (36.2%) waren van allochtone origine. Op het moment van instroom gingen 24 jongeren (41.4%) niet naar school, de overige jongeren volgden uiteenlopende vormen van secundair onderwijs (de grootste groep, 22.4%, volgde beroepsonderwijs). Zevenenvijftig jongeren hadden reeds een hulpverleningsgeschiedenis, meer dan vier op tien jongeren (41.4%) hadden vijf of meer plaatsingen achter de rug. Een meerderheid (67.2%) kwam uit

een gebroken gezin. Slechts bij 13 jongeren (22.4%) was het gezin van oorsprong nog intact. Achtendertig jongeren (65.5%) waren verwezen via de sociale dienst bij de jeugdrechtbank, 17 (29.3%) via het comité voor bijzondere jeugdzorg en 3 jongeren (5.2%) hadden een gecombineerde verwijzing.

Problemen bij de jongeren

Tabel 3.7 geeft weer dat de problemen van jongeren bij instroom erg veelzijdig en zeer ernstig zijn. Meer dan de helft van de jongeren (53.4%) vertoont ernstige school- en leerproblemen, bijna de helft ernstige emotionele problemen (44.8%), agressieproblemen (44.8%) of problemen met vrije tijd (44.8%). Ook ernstige antisociale problemen (39.7%), persoonlijkheidsproblemen (25.9%), seksuele problematiek (22.4%) en psychiatrische problemen (17.2%) komen vaak voor. Uiteraard vertonen vele jongeren ernstige problemen op meerdere domeinen.

Tabel 3.7 Aanwezigheid van problemen bij jongeren in GIT-projecten bij instroom

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Emotionele problemen	25.9	8.6	20.7	44.8
Agressieproblemen	24.1	8.6	22.4	44.8
Antisociale problemen	36.2	6.9	17.2	39.7
Middelengebruik	46.6	24.1	13.8	15.5
School- en leerproblemen	8.6	5.2	32.8	53.4
Problemen vrije tijd	8.6	12.1	34.5	44.8
Persoonlijkheidsproblemen	37.9	13.8	22.4	25.9
Psychosomatische problemen	72.4	12.1	10.3	5.2
Psychiatrische problemen	62.1	6.9	13.8	17.2
Gezondheidsproblemen	72.4	17.2	8.6	1.7
Verstandelijke/ontwikkelingsproblemen	75.9	3.4	13.8	6.9
Seksuele problematiek	72.4	1.7	3.4	22.4

Problemen in de opvoeding en het gezin van de jongeren

Ook in de opvoeding van de jongeren doen zich vele en ernstige problemen voor (zie Tabel 3.8). In 34.5% van de situaties is er sprake van ernstige, algemene opvoedingsproblemen, in 65.5% van een ernstige verstoorde jongere-ouder interactie en in 13.8% van een mishandeling- of verwaarlozingssituatie. Vele gezinnen (32.8%) vertonen tevens grote problemen inzake maatschappelijk functioneren. Dat vele jongeren uit kansarme situaties komen, mag blijken uit het feit dat in 24.1% van de situaties sprake is van ernstige materiële problemen.

Tabel 3.8 Aanwezigheid van problemen in de opvoeding van jongeren in GIT-projecten bij instroom

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Opvoedingsproblemen (algemeen)	53.4	6.9	5.2	34.5
Opvoedingsproblemen met jongere	15.5	3.4	15.5	65.5
Mishandeling/verwaarlozing	63.8	12.1	10.3	13.8
Problemen maatschappelijk functioneren	41.4	6.9	19.0	32.8
Materiële problemen	56.9	12.1	6.9	24.1
Huishoudelijke problemen	74.1	3.4	8.6	13.8

Problemen bij de ouders van de jongeren

Bij 53.4% van de moeders en 37.9% van de vaders werden matige tot ernstige problemen gerapporteerd.

3.4.3 Overeenkomsten en discrepanties tussen beoogde en bereikte doelgroep

Zowel de gegevens uit de dossieranalyses als deze uit de interviews wijzen erop dat er een zeer grote overeenkomst is tussen de beoogde en de bereikte doelgroep. De ernst, complexiteit (m.i.v. psychiatrische stoornissen) en chroniciteit van de problemen bij de jongeren en hun gezinnen spreken voor zich. Ook de talrijke breuken in de hulpverleningsgeschiedenis van de jongeren zijn duidelijk, er zijn bijvoorbeeld jongeren die in meer dan 10 verschillende settings werden geplaatst. Er werden voor deze overeenkomst drie belangrijke redenen aangehaald. De eerste heeft te maken met de afgebakende doelstelling van GIT, waarin de doelgroep duidelijk wordt omschreven. De tweede reden is dat toewijzing aan het GIT-project verloopt via een vrij strikte procedure. Tenslotte werd aangegeven dat verwijzers en regio-teams goed op de hoogte zijn van de doelstellingen van GIT en dat er vrij vlot met elkaar wordt samengewerkt.

“Als iedereen ons kent, heb je ook minder kans op oneigenlijke gevallen (...). Er is een evolutie waarbij we een overlegmodel hanteren binnen de opnameplicht: als er discrepantie is, gaan we in overleg en proberen we uit te klaren in welke mate en op welke wijze we een aanbod kunnen doen naar de jongere dat een meerwaarde kan hebben in zijn hulpverleningstraject.”

Toch kunnen zich, in beperkte mate weliswaar, discrepanties tussen beoogde en bereikte doelgroep voordoen. Dan gaat het vooral om jongeren die uit Gemeenschapsinstellingen van de bijzondere jeugdbijstand komen en/of om jongeren met een hele ernstige psychiatrische problematiek. In een enkel ging het om een jongere (vanuit een Gemeenschapsinstelling) met wegglooptgedrag over wie vooraf te weinig informatie bekend was of om een ‘uitzondering in overeenkomst met het regioteam en de verwijzer’, dit om in te spelen op de noden in een regio.

“Ik denk dat de discrepantie meer te maken heeft met onze soepelheid, met onze bereidheid om in te spelen op de noden van de regio. Op het moment dat de vraag komt, moet het probleem worden opgelost, en als we dat aanbod nu niet aan het kind kunnen bieden wordt het misschien allemaal nog veel erger. Dus dan maken we in overeenkomst een uitzondering.”

“(...) jongeren die uit de Gemeenschapsinstelling komen, wat ervoor zorgt dat je met de rug tegen de muur staat. Ook met psychiatrische jongeren staan we met de rug tegen de muur.”

Tenslotte werd door sommige sleutelfiguren uit residentiële settings gemeld dat meer jongeren gebaat zouden zijn met een erkenning voor een GIT-statuut. Zij pleitten dus voor een versoepeling van de procedure en/of een uitbreiding van het project.

“We hebben soms wel het gevoel dat hier wat meer/andere jongeren zijn die hier ook wel gebaat zouden zijn bij GIT-project maar er geen erkenning voor hebben. Maar voor wie het niet slecht zou zijn. Soms hebben we het gevoel bij jongeren in de leefgroep van ‘dit had een GIT-erkenning moeten zijn’.”

HOOFDSTUK 4: HET HULPVERLENINGSPROCES

In dit hoofdstuk bespreken we de bevindingen en resultaten over het hulpverleningsproces in de begeleidingstehuizen categorie 1bis, de thuisbegeleidingsdiensten en de GIT-projecten. In de inleidende paragraaf (4.1) geven we een overzicht van de vragen inzake het hulpverleningsproces die we willen beantwoorden en situeren we deze vragen. Vervolgens gaan we in op het interventiekader, de interventiedoelen en de methodieken en interventiemiddelen in de begeleidingstehuizen categorie 1bis (4.2), de thuisbegeleidingsdiensten (4.3) en de GIT-projecten (4.4).

4.1 Inleiding

De vragen die in dit hoofdstuk worden behandeld gaan over de zogenaamde ‘throughput’ in de hulpverlening en zorg (Harder, Knorth, & Zandberg, 2006). Wat gebeurt er eens de minderjarige en zijn gezin worden toegewezen aan een bepaalde werkvorm in de jeugdzorg? Afhankelijk van de werkvorm – ambulante, semi-residentieel of residentieel – zal de concrete inhoud van de ‘throughput’ er natuurlijk anders uitzien (bv. specifiek aan een residentiële setting is de leefgroepwerking), maar de formele elementen van het hulpverleningsproces komen over werkvormen heen sterk met elkaar overeen.

We onderscheiden drie elementen in het hulpverleningsproces, namelijk het interventiekader, de interventiedoelen en de methodieken en interventiemiddelen. Deze drie elementen vormen de basisvragen over het hulpverleningsproces.

De eerste vraag gaat over het kader (de context, de randvoorwaarden) waarbinnen de hulpverlening zich afspeelt en het hulpverleningsproces gestalte krijgt. Aan de hand van interviews met sleutelfiguren, groepsinterviews met verwijzers en dossieranalyses verzamelden we informatie over de caseload van hulpverleners in voorzieningen, over de bezettingsgraad van de voorzieningen, over de wachtlijsten, over de verwijzende instanties en over de hulpverleningsduur van de begeleidingen door de voorzieningen. We stellen in de volgende paragrafen de voornaamste resultaten van deze bevraging voor.

De tweede vraag heeft betrekking op de interventiedoelen. Doelen geven aan welke verandering de hulpverlening beoogt. Deze doelen zijn voor elke werkvorm verschillend. Voorzieningen hebben vaak een specifieke missie of algemene doelstelling die hen enigszins onderscheidt van andere voorzieningen. De doelen die men vooropstelt en nastreeft variëren vaak sterk per cliënt, vermits er grote verschillen kunnen zijn in problematiekenmerken, contextkenmerken, mogelijkheden, beperkingen, hulpvragen, hulpverleningsgeschiedenis, enzovoort. Doorgaans kunnen we op ‘cliëntniveau’ drie soorten doelen onderscheiden. Einddoelen geven aan wat men uiteindelijk met de hulpverlening wenst te bereiken en liggen meestal in het verlengde van de hulpvraag. Deze doelen zijn vaak stabiel en vormen de rode draad van de ingezette hulpverleningsmethodieken. Specifieke doelen hebben vaak betrekking op onderliggende mechanismen of factoren in uiteenlopende domeinen die het probleem in stand houden, veroorzaken, verergeren of juist verlichten. Deze doelen geven de weg aan waarlangs de einddoelen bereikt moeten worden. Eventueel kan tijdens de hulpverlening de route worden verlegd. Werkdoelen worden geformuleerd als de specifieke doelen nog te abstract zijn. Deze doelen spitsen zich toe op goed af te bakenen situaties, op duidelijk te observeren gedragingen, of op kleine en haalbare stappen. Al deze doelen kunnen op uiteenlopende domeinen van functioneren betrekking hebben. De basisvraag in dit onderzoek luidde: Welke doelen worden er vooropgesteld? In de interviews met de sleutelfiguren en verwijzers zijn we dieper ingegaan op de missie en de doelstellingen van de voorzieningen en op de domeinen waarop men doelen formuleert voor individuele cliënten. In de dossieranalyse verkregen we informatie over de vooropgestelde doelen per cliënt. Om enige uniformiteit te bewerkstelligen hadden we vooraf een aantal doeldomeinen onderscheiden. Het gaat om de volgende domeinen: func-

tioneren van de jongere, sociale omgeving van de jongere, school en/of werk van de jongere, functioneren van het gezin, sociale omgeving van het gezin, ouders, derden en andere. Deze domeinen werden verder gedifferentieerd in meer specifieke doelen.

De derde vraag gaat over het specifieke hulpverleningsaanbod en de methodieken en interventiemiddelen die dit aanbod kenmerken. Elke werkvorm heeft een specifiek aanbod, waardoor het zich onderscheidt van andere werkvormen. In de dossierstudie en de interviews met de sleutelfiguren hebben we gevraagd hoe dit aanbod er in concreto uitziet. We geven in de volgende paragrafen hiervan een overzicht per werkvorm. We hebben getracht de verschillende methodieken en concrete interventiemiddelen die in de dossieranalyse en de gesprekken werden genoemd te clusteren in rubrieken op basis van twee kenmerken, namelijk op wie is de methodiek/interventie gericht en wat is de inhoud van de methodiek/interventie?

De vragen naar interventiekader, doelen, methodieken en interventiemiddelen zijn belangrijk in het kader van effect- en effectiviteitsmetingen omdat ze mee de voorwaarden voor succesvolle hulpverlening en zorg scheppen. Zonder informatie over deze vragen naar 'throughput' kunnen uitkomsten op zogenaamde 'harde parameters' van succes ('crude measures', zie Berry e.a., 2006), zoals voortijdige uitval, probleemreductie, doelrealisatie of cliënttevredenheid, niet voldoende worden begrepen en gekaderd. In de literatuur staan de factoren waar deze vragen naar peilen bekend als de basisingrediënten of bouwstenen van een goede hulpverlening ('good practices') of als algemeen werkzame factoren in de jeugdzorg. Het zijn factoren waarvoor wetenschappelijke evidentie bestaat dat zij de slaagkansen van de hulpverlening aanzienlijk verhogen.

Men onderscheidt zeven algemene werkzame factoren (zie www.jeugdinterventies.nl):

- een goede relatie tussen cliënt en hulpverlener;
- een goede aansluiting bij de motivatie van de cliënt;
- een goede aansluiting van het type interventie bij het probleem en de hulpvraag (aansluiting bij de probleemdefiniëring van de doelgroep, consensus over het probleem waarop de hulp gericht moet zijn; evenwicht tussen probleem en omvang van de inzet);
- een goede structurering van de interventie, dat wil zeggen heldere en concrete doelstellingen, een doordachte opzet, goede planning en fasering;
- uitvoering van de interventie zoals zij behoort uitgevoerd te worden ('treatment integrity' of 'fidelity');
- voldoende professionaliteit (vooral: training) van de behandelaar, en
- goede werkomstandigheden van de behandelaar (caseload, begeleiding, beveiliging).

Een eerste werkzame factor is een goede werkrelatie tussen cliënt(en) en hulpverlener(s). Het gaat om de aanwezigheid en beschikbaarheid van hulpverleners die zorgzaam zijn, pedagogisch verantwoord handelen en wiens houding zich kenmerkt door empathie, echtheid en onvoorwaardelijke acceptatie, of die zoals de Boer en Coady (2007) beschreven 'dat stapje verder gaan' in hun beschikbaarheid en dialoog met de cliënt wanneer de relatie moeilijk loopt. Een goede aansluiting bij de motivatie van de cliënt blijkt eveneens een werkzame factor te zijn. Dit impliceert dat hulpverleners alert moeten zijn voor signalen van weerstand en deze moeten trachten om te buigen tot iets werkbaars. Tevens dient er een afstemming te zijn tussen het type interventie en de problemen en hulpvragen van de cliënt. Dit houdt in dat men cliënten inspraak moet geven en moet laten participeren aan de hulpverlening om een duidelijk zicht te krijgen op hun noden en behoeften. Een vierde factor die werkzaam wordt geacht is een goede structurering van de interventies. Het moet zowel voor de cliënt als voor de hulpverlener duidelijk zijn met welke bedoeling een bepaalde interventie wordt uitgevoerd en hoe deze uitvoering vorm zal krijgen. Een dergelijke planmatige en doelgerichte aanpak biedt transparantie en perspectief. Vervolgens dient de interventie uitgevoerd te worden zoals ze behoort uitgevoerd te worden. Een hiermee samenhangende factor is een voldoende mate van professionalisering van de hulpverlener. Een laatste factor die een invloed op de resultaten

van de hulpverlening blijkt te hebben zijn de werkomstandigheden waarbinnen deze gebeuren. Het gaat hier om draaglijke caseloads, veiligheid en voldoende begeleiding.

Voorts blijkt nog dat de hulp effectiever zal zijn naarmate ze gericht is op het weer grip krijgen op het eigen leven van ouders, kinderen en jongeren, dus op het herstel van zelfregulatie, naarmate ze beschikbaar is in de eigen leefsituatie van ouders, kinderen en jongeren en naarmate ze de sociale netwerken rond de ouders, kinderen en jongeren activeert (Hermanns, 2004).

Tenslotte willen we aanstippen dat we hebben geprobeerd om na te gaan of de genoemde methodieken en interventiemiddelen onderzocht werden op hun werkzaamheid in de jeugdzorg. Dit is evenwel geen eenvoudige zaak gezien de diversiteit aan methodieken en middelen die in het werkveld worden gebruikt en gezien onze nog relatief geringe kennis over wat ‘succesvolle’ interventies in de jeugdzorg zijn (de ‘Database effectieve jeugdinterventies’ van het Nederlands Jeugdinstituut, zie www.jeugdinterventies.nl bv. vermeldt nog maar een beperkte set van degelijk wetenschappelijk onderbouwde interventies). Andere kaders om dit na te gaan vonden we in het Globaal Plan Jeugdzorg (Vervotte, 2006), met name in de daar beschreven werkprincipes (voor een annotatie bij deze principes, zie Grietens & Mercken, 2006), Anglin (2002), Hermanns e.a. (2005), Knorth, Harder, en Zandberg (2006), Maluccio, Canali, & Vecchiato (2002), Van der Ploeg en Scholte (2003), Whittaker (2001) en Whittaker e.a. (2001).

In dit hoofdstuk presenteren we de ruwe resultaten op al deze bovengenoemde vragen per werkvorm. In hoofdstuk 6 (paragraaf 6.2) becommentariëren we de ‘throughput’ over werkvormen heen in functie van de literatuur over ‘good practices’ en werzkame factoren.

4.2 De begeleidingstehuizen categorie 1bis

We bespreken eerst de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis, daarna de Canoprojecten en vervolgens de begeleidingstehuizen met categoriale opvang.

4.2.1 De reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis

4.2.1.1 Interventiekader

We bespreken de omkadering, de bezettingsgraad, de wachtlijstproblematiek, de hulpverleningsduur en de professionalisering. Voor (kwantitatieve) gegevens over de verwijzers, verwijzen we de lezer naar het vorige hoofdstuk.

In de meeste begeleidingstehuizen is er een caseload van 2 à 3 jongeren per voltijdse equivalente eenheid. In vele gevallen heeft iedere jongere twee begeleiders, namelijk een individuele begeleider en een gezins- of contextbegeleider. Deze caseload wordt door de meeste sleutelfiguren als ‘draaglijk’ omschreven, tenminste zolang zich niet teveel personeelwisselingen voordoen op korte tijd. Wanneer de personeelsleden ook nog belast worden met administratief werk, vindt men de omkadering echter niet meer toereikend.

De bezettingsgraad is doorgaans zeer hoog en ligt tussen de 90% en de 100% (in enkele gevallen zelfs >100%).

De wachtlijst is op de meeste plaatsen lang tot zeer lang. Eén voorziening meldde dat er op het moment van de bevraging 50 tot 60 jongeren op de wachtlijst stonden. Hierbij is het wel belangrijk om te vermelden dat verwijzers cliënten vaak op meerdere wachtlijsten tegelijk plaatsen, om zo de kans op vroegtijdige plaatsing te verhogen. Ondanks deze werkwijze van verwijzers moeten jongeren soms nog meer dan één jaar wachten vooraleer ze kunnen worden opgenomen, met alle gevolgen vandie (bv. escalatie van problemen, daling van motivatie,

daling van vertrouwen in hulpverlening, verandering van hulpvragen). Over de centrale wachtlIJst zijn de meningen doorgaans positief. Volgens velen heeft deze als voordeel dat er een betere oriëntering van de jongere kan gebeuren in functie van de vraag. Volgens anderen echter, zet dit systeem de consulent buiten spel en helpt het de verdere dichtslibbing van het aanbod mee in de hand.

De duur van de plaatsingen is zeer variabel. Meestal wordt er geopteerd om voor één schooljaar te plaatsen, hetgeen de sleutelfiguren een zinvolle methode vinden. Sommige plaatsingen duren echter veel langer (in bepaalde gevallen tot 4 jaar) of zijn daarentegen beperkter in tijd. De begeleidingsduur hangt uiteindelijk sterk af van de vraag en de noden van de jongere en zijn gezin en kan vooraf moeilijk voorspeld worden.

Alle sleutelfiguren gaven aan dat er geïnvesteerd wordt in de professionalisering van het personeel. Dit gebeurt via interne coaching, in-service training, vorming of opleiding en in functie van noden (bv. agressiepreventie en –aanpak, opvang van niet begeleide buitenlandse minderjarigen, gezinstherapie).

4.2.1.2 Interventiedoelen

In Tabel 4.1 geven we aan op welke domeinen er interventiedoelen werden vooropgesteld in de bestudeerde dossiers. Het blijkt dat de meeste doelen betrekking hebben op het functioneren van de jongere (84%), de sociale omgeving van de jongere (90%), de school- of werkomgeving van de jongere (78.9%) en het functioneren van het gezin (81.1%). Er worden minder interventiedoelen gesteld ten aanzien van de sociale omgeving van het gezin (13.3%) en de ouders (25.6%).

De doelen die betrekking hebben op het functioneren van de jongere gaan vooral over de aanpak van emotionele en gedragsproblemen (74.4%), het versterken van de persoonlijkheid (64.4%) en het controleren van middelenmisbruik en –verslaving (40.0%). Dit zijn ook de meest voorkomende problemen bij instroom (zie Hoofdstuk 3). Opvallend is ook dat in meer dan een kwart van de dossiers doelen worden gesteld die gaan over de aanpak van psychiatrische klachten bij de jongere. Gewenste veranderingen in de sociale omgeving van de jongere focussen zowel op de omgang met leeftijdsgenoten (47.8%) als met volwassenen (63.3%) en tevens op het zelfstandig leren worden (66.7%) en het zinvol leren besteden van de vrije tijd (60.0%). De veranderingen die men in de schoolse situatie wil bekomen gaan eerder over het gedrag en de interacties van de jongere (70.0%) en minder vaak (35.6%) over de schoolse prestaties en het leren. De vooropgestelde doelen over het functioneren van het gezin hebben - zoals verwacht - vooral veranderingen in de opvoeding op het oog (hetzij de opvoeding in het algemeen: 31.2%, hetzij de opvoeding van de minderjarige in kwestie: 75.6%).

De sleutelfiguren gaven aan dat de interventiedoelen bepaald en opgevolgd worden door de verwijzer. De concrete operationalisering en het op maat van de minderjarige, zijn gezin en context snijden van de doelen in het handelingsplan gebeurt door de hulpverleners, in samenspraak met de verwijzer. Ook de minderjarige en het gezin worden bij de uitwerking van doelen betrokken. Alle sleutelfiguren gaven te kennen dat de doelen nauw worden opgevolgd door het team (bv. via evolutiebesprekingen) en waar nodig, bijgesteld.

Tabel 4.1 Overzicht van de interventiedoelen in de begeleidingstehuizen categorie Ibis

Doeldomein	Percentage dossiers met doelen in dit domein	
<u>Functioneren jongere</u>	84.0%	
- emotioneel functioneren		74.4%
- gedragsproblemen		74.4%
- middelenmisbruik en –verslaving		40.0%
- persoonlijkheid versterken		64.4%
- psychosomatische klachten		15.6%
- psychiatrische klachten		25.6%
- gezondheidsproblemen		10.0%
<u>Sociale omgeving jongere</u>	90.0%	
- omgang met leeftijdgenoten		47.8%
- omgang met volwassenen		63.3%
- zinvolle vrijetijdsbesteding		60.0%
- zelfstandigheid		66.7%
<u>School/werk van de jongere</u>	78.9%	
- schoolsituatie		70.0%
- leren en schoolprestaties		35.6%
<u>Functioneren gezin</u>	81.1%	
- opvoedingsproblemen (algemeen)		31.2%
- opvoedingsproblemen minderjarige		75.6%
- materiële problemen		11.1%
- huishoudelijke problemen		7.8%
<u>Sociale omgeving gezin</u>	13.3%	
- maatschappelijk functioneren		13.3%
<u>Functioneren ouders</u>	25.6%	
- persoonlijk functioneren		21.1%

4.2.1.3 Methodieken en interventiemiddelen

In de zeer uiteenlopende en rijkelijk gevarieerde antwoorden op onze vragen naar gehanteerde methodieken en interventiemiddelen konden op basis van de twee genoemde criteria (zie paragraaf 4.1) zeven clusters worden onderscheiden die we schematiseren in Figuur 4.1.

De eerste cluster gaat over interventies die plaatsvinden in het dagelijks samenleven van de jongeren in de leefgroep. Ze hebben betrekking op het scheppen van een positief klimaat (bv. veiligheid bieden, rust geven, positieve aandacht), structuur bieden (bv. dagritme indelen, evenwicht zoeken tussen verantwoordelijkheid nemen en vrijheid, afspraken i.v.m. weggaan), het creëren van een groepsaanbod (bv. groeps gesprekken, groepsactiviteiten rond bepaalde thema's) en het gebruiken van de leefgroep als oefenterrein voor de jongere (bv. succeservaringen bieden in de groep, leren omgaan met groepsdruk). We herkennen hier de concretisering van wat Kok (1997) de eerstegraadsstrategieën in de orthopedagogische behandeling noemt oftewel de orthopedagogische basiszorg en –aanpak (Knorth, 2005).

De tweede cluster omvat interventies ten aanzien van de jongere in de meer rechtstreekse relatie tot de hulpverlener. We onderscheiden er gespreksvoering (deze kunnen verschillende functies hebben, met name ondersteunend, verkennend, motiverend, inzicht biedend, veranderingsinitieënd), vaardigheidstraining (bv. kamertraining, zelfstandigheidstraining, weerbaarheidsverhoging), aanpak van gedrag (bv. straffen en belonen, time-out, leefsleutels), aanbieden van diverse woonformules (bv. studiewonen, begeleid zelfstandig wonen), ervaringsge-

richt leren en ervaringsgerichte projecten en methodieken (bv. samen dingen inoefenen via modellering, time-out projecten, kampen), creatieve en expressieve methodieken (bv. relaxatie-oefeningen, afscheidsrituelen bij rouwproces), psycho-educatie (bv. vorming rond relaties en seksualiteit, informatie over drugmisbruik), zoeken naar vormen van zinvolle vrijetijdsbesteding (bv. deelname aan cursussen of sportclubs, vakantiewerk stimuleren, vakantiecampen), en ondersteuning bij school- en werkactiviteiten (bv. opvolgen schooluitslagen, huiswerk nakijken, oudercontacten, sollicitatietraining).

I. Interventies in de leefgroep

- Klimaat
- Structuur
- Groepsaanbod
- Leefgroep als oefenterrein

II. Directe interventies ten aanzien van de jongere

- Gespreksvoering
- Vaardigheidstraining
- Aanpak van gedrag
- Woonformule
- Ervaringsgericht leren
- Creatieve en expressieve methodieken
- Psycho-educatie
- Vrijetijdsbesteding
- School/werk

III. Interventies in het gezin

- Gespreksvoering
- Uitklaren van gezinsgeschiedenis en –relaties
- Pedagogische hulp
- Praktische hulp
- Psycho-educatie
- Aanpak van gedrag

IV. Directe interventies ten aanzien van de ouder(s)

- Gespreksvoering

V. Interventies ten aanzien van de bredere context van de jongere

- Verbinden en verbreden van het familiale netwerk
- Verbinden en verbreden van het sociale netwerk
- Verbinden en verbreden van het professionele netwerk

VI. Inschakelen van externe hulpverlening

- Psychotherapeutische begeleiding en consultatie
- Medische consultatie

VII. Voorwaardelijke en afsluitende interventies

Figuur 4.1 Overzicht van methodieken en interventies in de begeleidingstehuizen categorie 1bis

De derde cluster heeft betrekking op interventies die zich richten tot het gezin van de jongere. We onderscheiden gespreksvoering (ook hier kennen gesprekken diverse functies, met name ondersteunend, inzicht verhogend, verkennend, veranderingsinitieënd), uitklaren van de ge-

zinsgeschiedenis en –relaties (bv. diplomethodiek, genogrammethodiek), pedagogische hulp (bv. pedagogische vaardigheden aanleren, gezinsleden positief met elkaar leren communiceren), praktische hulp (bv. administratieve ondersteuning), psycho-educatie (bv. informatie geven over specifieke thema's, zoals echtscheiding, ontwikkelingsfasen, financiën) en aanpak van gedrag (bv. duidelijke afspraken maken en regels opstellen inzake bezoeken of weekends, conflicten proberen op te lossen).

De vierde cluster bundelt de directe interventies ten aanzien van de ouder(s). Hier onderscheiden we enkel gespreksvoering (ondersteunende, verkennende, motiverende gesprekken).

De vijfde cluster gaat over interventies in de bredere context van de jongere. We onderscheiden interventies die zich richten op het verbinden en/of verbreden van het familiale netwerk (bv. een jongere naar zijn geboorteland op reis laten gaan om er zijn familie te ontmoeten, contacten en weekends met grootouders organiseren, ondersteunen en opvolgen), het sociale netwerk (bv. gesprekken organiseren met ouders van vriend, contacten onderhouden met ex-pleeggezin) en het professionele netwerk (bv. rondetafelgesprekken met andere hulpverleners, advocaten, psychiater, OCMW, samenwerking met Ondersteuningsteam Allochtonen).

In de zesde cluster worden initiatieven inzake externe hulpverlening gebundeld. Er zijn initiatieven die betrekking hebben op psychotherapeutische begeleiding en consultatie (bv. psychotherapie door externe hulpverlener, opname in de psychiatrie) en op medische consultaties (bv. bezoek aan dokter of tandarts).

De zevende cluster tenslotte gaat over voorwaardelijke en afsluitende interventies. Ze hebben betrekking op de aanvang van de begeleiding (bv. ouders uitnodigen voor een gesprek waarin de werking van de voorziening en de doelstellingen van het verblijf worden verduidelijkt) en op de afsluiting ervan (bv. zoeken naar vervolghulp op maat, zoeken van pleeggezin).

We vermelden nog dat sommige van de genoemde interventies een sterk diagnostisch¹ karakter hadden. Deze werden niet expliciet in het schema opgenomen. Een voorbeeld hiervan is observatie. Dit is natuurlijk ook een bepaalde soort van interventie maar niet gericht op het initiëren, bewerkstelligen en instand houden van een duurzame verandering ten aanzien van de jongere, zijn gezin of context. Zoals de sleutelfiguren tijdens de interviews zelf aangaven, werd observatie veelal gehanteerd ter bijsturing, analyse, duiding en afstemming van de begeleiding op de zich ontwikkelende realiteit van de jongere en had ze aldus een diagnostische functie.

De theoretische kaders, visies en stromingen vanwaaruit deze interventies worden opgestart zijn divers. Bijna steeds wordt aangegeven dat vanuit meerdere kaders, en dus eclectisch, wordt gedacht en gehandeld. Er werd verwezen naar:

- Orthopedagogische kaders
- Empowerment en emancipatorisch handelen
- Kaders rond ervaringsleren
- (Sociale) leertheorie, m.i.v. competentiegericht werken
- Kaders over contextgericht werken
- Systeemtheorie en systeemdenken
- Psychoanalytische (psychodynamische) theorie
- Humanistische psychologie en cliënt-centered visie
- Ontwikkelingspsychologie (m.n. ecologische modellen over ontwikkeling)

¹ We definiëren de term diagnostiek hier in zijn brede betekenis als “een beter leren begrijpen om beter te kunnen ingrijpen” (De Bruyn e.a., 2003).

4.2.2 CANO-projecten

4.2.2.1 Interventiekader

De flexibiliteit die de CANO-projecten kenmerkt, vertaalt zich ook in de manier waarop personeel wordt ingezet (bv. individuele begeleiders en gezins- of contextbegeleiders gaan meer samenwerken of elkaar afwisselen). Dit maakt het moeilijk om de caseload te becijferen. Toch kunnen we stellen dat deze schommelt tussen 2 à 4 jongeren per voltijdse equivalente eenheid. De caseload wordt over het algemeen 'intensief en zwaar' maar nog 'draaglijk' genoemd. Tenminste, wanneer er zich geen te grote schommelingen in het personeel voordoen, wanneer hulpverleners hun eigen grenzen kennen en respecteren en/of wanneer men gebruik kan maken van extra middelen (bv. uit GKRB-projecten). De flexibiliteit wordt gezien als een meerwaarde maar maakt het soms ook moeilijk omdat contextwerken (soms zijn begeleiders actief in 5 à 6 contexten) en 24 uur op 24 openblijven heel wat organisatie vergt en soepelheid van het personeel.

De bezettingsgraad is zeer hoog en ligt tussen 90% en 100% (soms >100%). Tijdelijke timeouts van jongeren scheppen soms een kleine ademruimte, maar geven ook een vertekend beeld (bv. als een jongere wordt verwezen naar een Gemeenschapsinstelling van de bijzondere jeugdbijstand wordt hij/zij uitgeschreven, zit dus niet meer in de cijfers, maar begeleidingen en contacten lopen vaak wel nog door).

Overall wordt melding gemaakt van een wachtlijst en van problemen die dat met zich meebrengt. Er zijn CANO-projecten die omwille van de lange en niet altijd te plannen begeleidingsduur (cf. supra) zelf de wachtlijst beperken (bv. 5 jongeren), bij andere is de wachtlijst langer. De problemen die de wachtlijsten met zich meebrengen, kunnen soms sterk indruisen tegen de uitgangspunten van CANO. Met name wordt flexibilisering van de hulp en intensief contextgericht werken zeer moeilijk als jongeren uit afgelegen regio's worden verwezen. Ook de indicatiestelling wordt bemoeilijkt ('geen gerichte doorverwijzingen meer'). Men erkent tevens de problemen van de verwijzer ('Wat is het alternatief in deze dichtgeslibde sector?')

De duur van de begeleidingen is zeer variabel, en omwille van de specificiteit van CANO moeilijk te becijferen. In de onderzochte dossiers varieert de begeleidingsduur van zes maanden tot 3 jaar. Sommige sleutelfiguren pleitten voor een lange duur, gezien de complexiteit van de problemen. Geen enkele sleutelfiguur gaf aan dat vooraf een duur werd vooropgesteld.

Alle sleutelfiguren gaven aan veel aandacht te hebben voor de professionalisering van het personeel. Medewerkers worden intern gecoacht of gesuperviseerd, volgen - binnen de marges van de financiële middelen - opleidingen (bv. gezins- of contextuele therapie) of krijgen de gelegenheid deel te nemen aan vormingsinitiatieven (bv. aanpak drugverslaafde jongeren).

4.2.2.2 Interventiedoelen

Tabel 4.2 geeft een overzicht van de interventiedoelen binnen CANO-projecten. Zoals men kan zien worden in bijna alle dossiers doelen op verschillende terreinen geformuleerd, met name in verband met het functioneren van de jongere (99%), de sociale omgeving van de jongere (97%), de school- of werkcontext van de jongere (93%) en het functioneren van het gezin (89%). In ongeveer de helft van de dossiers werden doelen ten aanzien van de sociale omgeving van het gezin (47%) of het functioneren van de ouder(s) (55%) vooropgesteld. De formulering van deze doelen ligt aanzienlijk hoger dan in de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis (zie 4.2.1.2). Opvallend bij de doelen over het functioneren van de jongere is de sterke focus op middelenmisbruik- en verslaving (47%) en psychiatrische klachten (32.0%). Dit illustreert dat deze projecten wel degelijk met deze problematieken aan de slag gaan. Wat de schoolcontext betreft, wordt in vele

gevallen verandering nagestreefd in de interacties op school (89%), maar ook in het leren of schools presteren (60%).

Tabel 4.2 Overzicht van de interventiedoelen in CANO-projecten

Doeldomein	Percentage dossiers met doelen in dit domein	
<u>Functioneren jongere</u>	99.0%	
- emotioneel functioneren		88.0%
- gedragsproblemen		88.0%
- middelenmisbruik en –verslaving		47.0%
- persoonlijkheid versterken		89.0%
- psychosomatische klachten		19.0%
- psychiatrische klachten		32.0%
- gezondheidsproblemen		19.0%
<u>Sociale omgeving jongere</u>	97.0%	
- omgang met leeftijdgenoten		70.0%
- omgang met volwassenen		82.0%
- zinvolle vrijetijdsbesteding		78.0%
- zelfstandigheid		79.0%
<u>School/werk van de jongere</u>	93.0%	
- schoolsituatie		89.0%
- leren en schoolprestaties		60.0%
<u>Functioneren gezin</u>	89.0%	
- opvoedingsproblemen (algemeen)		43.0%
- opvoedingsproblemen minderjarige		84.0%
- materiële problemen		20.0%
- huishoudelijke problemen		11.0%
<u>Sociale omgeving gezin</u>	47.0%	
- maatschappelijk functioneren		32.0%
<u>Functioneren ouders</u>	55.0%	
- persoonlijk functioneren		46.0%

De interventiedoelen die in CANO-projecten worden opgesteld, sluiten nauw aan bij de principes en uitgangspunten van de methodiek. Dat merkt men in de zeer grote aandacht voor doelen in de sociale omgeving van jongere en gezin. Ook de manier waarop de doelen door de teams, in samenspraak en opvolging met de verwijzers en op maat van de minderjarige en diens context, in het handelingsplan worden geconcretiseerd en uitgewerkt, laat zien hoe men doordrongen is van de achterliggende principes en uitgangspunten. We illustreren met enkele fragmenten uit de gesprekken met de sleutelfiguren:

“Wij begeleiden geen jongeren, wel contexten (...) .Bij doelen ligt de nadruk op het relationele, op de relaties.”

“(...) intensief werken met én in de eigen leefomgeving: (...) ondersteunen, herstellen, optimaliseren van bestaande netwerken en opzetten van nieuwe netwerken rond de jongere.”

“We willen een centrum voor netwerkontwikkeling zijn: context is belangrijk. De mens is voor ons een betekenisverlenend wezen.”

4.2.2.3 Methodieken en interventiedoelen

De antwoorden van de sleutelfiguren op onze vragen naar gehanteerde methodieken en interventiemiddelen konden op een zeer analoge manier worden geclusterd als deze van de hulpverleners in de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis. Er worden eveneens zeven clusters onderscheiden (zie Figuur 4.2).

I. Interventies in de leefgroep
<ul style="list-style-type: none">• Klimaat• Structuur• Groepsaanbod
II. Directe interventies ten aanzien van de jongere
<ul style="list-style-type: none">• Gespreksvoering• Vaardigheidstraining• Aanpak van gedrag• Time-out• Trajectbegeleiding• Woonformule• Ervaringsgericht leren• Creatieve en expressieve methodieken• Psycho-educatie• Vrijtijdsbesteding• School/werk
III. Interventies in het gezin
<ul style="list-style-type: none">• Gespreksvoering• Uitklaren van gezinsgeschiedenis en –relaties• Pedagogische hulp• Praktische hulp• Psycho-educatie• Aanpak van gedrag
IV. Directe interventies ten aanzien van de ouder(s)
<ul style="list-style-type: none">• Gespreksvoering
V. Interventies ten aanzien van de bredere context van de jongere
<ul style="list-style-type: none">• Verbinden en verbreden van het familiale netwerk• Verbinden en verbreden van het sociale netwerk• Verbinden en verbreden van het professionele netwerk
VI. Inschakelen van externe hulpverlening
<ul style="list-style-type: none">• Psychotherapeutische begeleiding en consultatie• Medische consultatie
VII. Voorwaardelijke en afsluitende interventies

Figuur 4.2 Overzicht van methodieken en interventies in CANO-projecten

De eerste cluster omvat interventies die plaatsvinden in de leefgroep en gaan over het scheppen van een positief klimaat (bv. oog voor rust, veiligheid, sfeer en houvast, humor), het bieden van structuur (bv. duidelijkheid bieden, leefritme aanhouden, controle inzake druggebruik) en een groepsaanbod (bv. groeps gesprekken, groepsactiviteiten waarin geleerd wordt feedback te geven en om te gaan met feedback van anderen). Opnieuw kunnen we hier spre-

ken van eerstegraadsstrategieën of een orthopedagogisch basiszorgaanbod. Dit wordt aangevuld met meer gerichte interventies.

In de tweede cluster vinden we interventies die rechtstreeks plaatsvinden in de interactie tussen hulpverlener en jongere. We onderscheiden gespreksvoering (gesprekken hebben ook hier diverse functies: ondersteunend, motiverend, verkennend, inzicht biedend, veranderingsinitieërend), vaardigheidstrainingen (bv. weerbaarheid verhogen, zelfstandigheid trainen, woede en agressie beheersen), aanpak van gedrag (bv. bijhouden van een agressiedagboek, zelfinstructiemethode van Meichenbaum, beloningssystemen, zelfreflectie-opdrachten), time-out (bv. naar een Gemeenschapsinstelling van de bijzondere jeugdbijstand, psychiatrie, zorgboerderij, gastgezin), trajectbegeleiding (bv. samen sollicitatiebrieven schrijven, samen een woonst zoeken), diverse woonformules aanbieden (bv. kamertraining met residentiële back-up), ervaringsgericht leren door middel van projecten (bv. herstelprojecten, ontheming, projecten alternatieve tijdsbesteding), creatieve en expressieve methodieken (bv. acties rond multiculturaliteit, psychodrama, tekenen), psycho-educatie (bv. vorming over drugs, seksualiteit en seksuele voorlichting, informatie over begeleid zelfstandig wonen), interventies in verband met vrijetijdsbesteding (bv. helpen bij het zoeken van vrijwilligerwerk, een vakantiejob of vrije tijdsbesteding) en school/werk (bv. schoolondersteunend werken, studiekeuzebegeleiding en –oriëntatie, huiswerkbegeleiding, oudercontacten bijwonen).

De derde cluster gaat over interventies in het gezin van de jongere. We vermelden gespreksvoering (gesprekken hebben een ondersteunende, verkennende, inzichtgevende, motiverende en veranderingsinitieërende functie), het uitklaren van de gezinsgeschiedenis en –relaties (bv. via genogram- of duplopopenmethodiek), pedagogische hulp (bv. crisiscoaching, training en ondersteuning van ouderlijke vaardigheden via het model van Patterson), praktische hulp (bv. samen met een ouder een arbeidstrajectbegeleiding opstarten, schuldbemiddeling, hulp bij administratie), psycho-educatie (bv. informatie over drugs, over de ontwikkeling van kinderen) en aanpak van gedrag (bv. gezinsactiviteiten aanmoedigen, ervaringsopdrachten voor het gezin organiseren, gespreks- en schrijfpoddrachten).

De vierde cluster bevat interventies die rechtstreeks op de ouder(s) zijn gericht. Het gaat hier om gespreksvoering (ondersteunende, inzichtgevende en motiverende gesprekken).

In de vijfde cluster staan interventies die zich richten op de bredere context van de jongere centraal. Er zijn interventies die focussen op het verbinden en verbreden van het familiale netwerk (bv. bemiddeling bij vastgeroeste communicatiepatronen, contacten versterken met steunfiguren, burens, brussen, grootouders, enz., rondetafels organiseren om de contacten met steunfiguren te stimuleren), het sociale netwerk (bv. contacten met vrienden in stand houden of herstellen, contacten met trainer, straathoekwerker) en het professioneel netwerk (bv. contacten regelen met andere hulpverleners en voorzieningen, politie, OCMW, VDAB via rondetafelgesprekken en overlegplatforms).

Ten zesde onderscheiden we interventies die de inschakeling van externe hulpverleners beogen. Het betreft hier interventies die betrekking hebben op psychotherapeutische begeleiding en consultatie (bv. ambulante drughulpverlening, consultatie en psychotherapie bij een zelfstandig therapeut of een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, slachtofferhulp) en medische begeleiding (bv. dokterbezoek, ziekenhuisopname).

De zevende cluster tenslotte, bevat voorwaardelijke en afsluitende interventies. Deze gaan over de opstart van de begeleiding in CANO-projecten (bv. opstellen van engagementsverklaring, informatie bieden over de werking) en het afbouwen en afsluiten van de begeleiding (bv. zoeken naar gepaste vervolghulp op maat).

Evenals in de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis werden soms interventies genoemd die primair een diagnostisch doel bleken te hebben, in casu observatie.

Uiteraard worden de interventies in CANO-projecten zeer sterk beïnvloed door de CANO-principes (zie visietekst van CANO op www.osbj.be) zoals het contextgericht werken, de meersporenbenadering en multisysteemtherapie. Verder komen de modellen en achterliggende theorieën, sterk overeen met deze die genoemd werden door de sleutelfiguren uit de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis (zie 4.2.1.3).

4.2.3 Begeleidingstehuizen categorie 1bis met categoriale opvang

4.2.3.1 Interventiekader

Niet begeleide buitenlandse minderjarigen

De caseload bedraagt ongeveer 2 à 3 minderjarigen per voltijds equivalente eenheid. Men is het erover eens dat dit vrij zwaar is, daar de jongeren constant in de voorziening vertoeven (ook in het weekend en de vakanties), door de afwezigheid van ouders of context. Zeker in de beginfase is dat belastend voor het personeel. Na verloop van tijd, wanneer een jongere een context (bv. vriendenkring) heeft opgebouwd, wordt het minder zwaar. Daar komt nog bij dat deze voorzieningen nu een beetje worden beschouwd als oriëntatiecentra en een draaischijf-functie toebedeeld krijgen in de hulpverlening aan deze jongeren (vergelijkbaar met OOC's). Ze worden verondersteld op korte tijd relevante informatie te verzamelen over de achtergrond, moeilijkheden, mogelijkheden en competenties van deze jongeren en op basis daarvan aan indicatiestelling te doen. De omkadering voor deze functie wordt echter als onvoldoende beschouwd door de sleutelfiguren.

De bezettingsgraad is hoog en ligt constant tussen 90% en 100% (soms ook >100%). Men probeert soms wat ademruimte te creëren, door vrijgekomen plaatsen niet onmiddellijk in te vullen, maar dat is slechts van korte duur.

Er is een permanente wachtlijst, gaande van 20 tot 40 jongeren. Soms wordt er (vanuit de federale centra) naar dringende opvang gevraagd, maar dit blijkt moeilijk te realiseren. Er zijn slechts twee dergelijke voorzieningen in Vlaanderen, wat volgens de sleutelfiguren te weinig is.

De voorzieningen streven naar een kort verblijf, maar zes maanden blijkt het absolute minimum. Op die tijd - bij jongeren zonder verleden, achtergrond en dossier in België - voldoende informatie verzamelen om de vraag naar indicatiestelling te beantwoorden, is een onmogelijke opdracht. De meeste verblijven duren dan ook langer (10 maanden of meer).

De voorzieningen besteden aandacht aan hun VTO-beleid en organiseren zowel interne als externe opleiding ter professionalisering van het personeel. Ook is er intervisie tussen beide voorzieningen. Verder worden er opleidingen georganiseerd die inspelen op de actuele noden en behoeften (bv. werken met tolken, interculturele communicatie, traumaverwerking, agressie).

Drugverslaafde jongeren

Er zijn 2 à 3 jongeren te begeleiden per voltijds equivalent personeelslid, hetgeen een haalbare caseload blijkt te zijn.

Gewoonlijk bedraagt de bezettingsgraad 75% tot 80%. Aangezien de volledige capaciteit zelden wordt bereikt is er geen wachtlijst.

De gemiddelde duur van het verblijf bedraagt zes maanden (+ drie maanden ambulante nazorg). Deze gemiddelde verblijfsduur blijkt evenwel onvoldoende om de behandeling positief

te kunnen afronden. Bovendien haakt een groot aantal jongeren tijdens het hulpverleningsproces voortijdig af.

Er wordt veel aandacht besteed aan de professionalisering van het personeel (deze reikt verder dan enkel de drughulpverlening) via interne standaardopleidingen en vorming via externe initiatieven.

4.2.3.2 Interventiedoelen

Niet begeleide buitenlandse minderjarigen

Tabel 4.3 geeft een overzicht van de verschillende doelen die in de begeleidingstehuizen categorie 1bis met categoriale opvang voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen worden beoogd.

Tabel 4.3 Overzicht van de interventiedoelen in begeleidingstehuizen categorie 1bis voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen

Doeldomein	Percentage dossiers met doelen in dit domein
<u>Functioneren jongere</u>	85.0%
- emotioneel functioneren	75.0%
- gedragsproblemen	40.0%
- middelenmisbruik en –verslaving	0.0%
- persoonlijkheid versterken	35.0%
- psychosomatische klachten	10.0%
- psychiatrische klachten	5.0%
- gezondheidsproblemen	30.0%
<u>Sociale omgeving jongere</u>	85.0%
- omgang met leeftijdgenoten	60.0%
- omgang met volwassenen	55.0%
- zinvolle vrijetijdsbesteding	80.0%
- zelfstandigheid	50.0%
<u>School/werk van de jongere</u>	75.0%
- schoolsituatie	60.0%
- leren en schoolprestaties	25.0%

Enerzijds hebben de doelen die men voor deze groep stelt betrekking op het functioneren van de jongere zelf. Daarbij is een belangrijk doel voor velen het herstel van het dag –en leefritme, het bieden van rust en veiligheid en het opbouwen van vertrouwen. Leren omgaan met de gevoelens die gepaard gaan met de vlucht (bv. ontworteling) en al wat hieraan vooraf is gegaan (bv. geweld, angst) is tevens een prioriteit. Anderzijds leert men de jongeren inzicht krijgen in zichzelf, hun gedrag en competenties. Ook wordt er vrij veel aandacht besteed aan de gezondheid van de jongeren, die vaak problematisch is. Doelstellingen die betrekking hebben op de sociale omgeving van de jongere en werk/school focussen op integratie, toekomstperspectief (bv. het leren van taal, onderwijs volgen) en het opbouwen van sociale contacten (met leeftijdsgenoten, volwassenen, via inschakeling in vrijetijdsorganisaties, enz.).

Drugverslaafde jongeren

Omwille van het kleine aantal onderzochte dossiers (n = 10) splitsen we de interventiedoelen hier niet verder uit. We melden enkel dat in alle dossiers doelen inzake het functioneren van

de jongere werden vooropgesteld (met uiteraard als de belangrijkste, maar niet de enige focus het behandelen van het drugmisbruik), evenals doelen tot verandering van de sociale omgeving van de jongere, de schoolsituatie en het gezinsfunctioneren. Het einddoel van de behandeling kan worden omschreven als “drugvrije reïntegratie”. Er wordt tevens gewerkt aan de identiteitsvorming van de jongere en er wordt beoogd dat hij/zij de bij de leeftijd horende ontwikkelingstaken terug opneemt. Voor twee jongeren werd een doelstelling in de sociale omgeving van het gezin geformuleerd, voor drie jongeren een doelstelling ten aanzien van het functioneren van de ouder(s).

4.2.3.3 Methodieken en interventiemiddelen

Niet begeleide buitenlandse minderjarigen

De antwoorden van de respondenten uit de begeleidingstehuizen voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen kunnen we onderbrengen in vijf clusters (Figuur 4.3).

I. Interventies in de leefgroep
<ul style="list-style-type: none"> • Klimaat • Groepsaanbod • Structuur
II. Directe interventies ten aanzien van de jongere
<ul style="list-style-type: none"> • Gespreksvoering • Vaardigheidstraining • Aanpak van gedrag • Woonformule • Psycho-educatie • Vrijtijdsbesteding • School/werk
III. Interventies ten aanzien van de bredere context van de jongere
<ul style="list-style-type: none"> • Verbinden en verbreden van het sociale netwerk • Verbinden en verbreden van het professionele netwerk
IV. Inschakelen van externe hulpverlening
<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeutische begeleiding en consultatie • Medische consultatie
V. Specifieke interventies
<ul style="list-style-type: none"> • Opvang en begeleiding van niet begeleide buitenlandse minderjarige moeder met kind • Migratiespecifieke interventies

Figuur 4.3 Overzicht van methodieken en interventies in begeleidingstehuizen categorie Ibis voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen

De interventies in de leefgroep vormen een eerste cluster. Hier onderscheiden we interventies die voorwaardescheppend zijn, dit wil zeggen een positief klimaat moeten bewerkstelligen of instand houden (bv. positieve feedback geven, wantrouwen wegnemen, open communicatie), een groepsaanbod initiëren (bv. leren uitvoeren van huishoudelijke taken, omgangsvormen aanleren) en structuur bieden (bv. tijd structureren via dagschema's, het huishoudelijk reglement leren naleven).

In de tweede cluster vinden we interventies die zich richten op de directe relatie tussen hulpverlener en jongere. Het gaat om gespreksvoering met de jongere (gesprekken hebben een ondersteunende, verkennende, motiverende, inzichtgevende en veranderingsinitieërende functie), vaardigheidstrainingen (bv. zelfstandigheidstraining, budgetbeheer, zelfzorg stimuleren), aanpak van gedrag (bv. via rollenspel), zoeken naar geschikte woonformules (bv. samen met jongere een appartement zoeken, begeleid zelfstandig wonen), psycho-educatie (bv. informatie over seksualiteit, gezondheid, zwangerschap) en interventies inzake vrijetijdsbesteding (bv. zoeken naar zinvolle activiteiten, helpen bij inschrijven in sportclub) en school/werk (bv. verkennen van mogelijkheden en interesses ter oriëntatie naar studierichting, huiswerkbegeleiding, naar oudercontacten gaan).

De derde cluster omvat interventies in de bredere context van de jongere. Het betreft hier vooral contextopbouwende interventies, met name verbinden en verbreden van het sociale netwerk (bv. meezoeken naar leeftijdsgenoten, contacten en bezoeken regelen met steunfiguren) en het professionele netwerk (bv. contact nemen met pleeggezinnendiensten, specifieke culturele gebruiken kaderen voor andere hulpverleners of school).

In de vierde cluster vinden we interventies terug waarbij externe hulpverlening op gang wordt gebracht. Het gaat daarbij zowel om psychotherapeutische begeleiding of consultatie (bv. gesprekken met psychiater, psychotherapeut, traumaverwerking) als om medische hulp (bv. bezoek aan oogarts, ziekenhuisopname, medicatie aanpassen).

De vijfde cluster tenslotte bundelt een aantal voor deze doelgroep specifieke interventies. In het bijzonder gaat het om de opvang en begeleiding van een niet begeleide buitenlandse moeder en haar kindje (bv. helpen bij de opvoeding) en om migratiespecifieke interventies (bv. helpen bij de verwerking van de vlucht, het contact met de ouders proberen te herstellen, helpen bij de zoektocht naar het gezin van de jongere met het oog op eventuele hereniging of terugkeer, opvolging van de procedure bij jongeren die slachtoffer zijn van mensenhandel, administratieve hulp).

De interventies worden geïnspireerd en opgezet vanuit verschillende theorieën, visies en modellen. Daarbij blijft het een uitdaging om binnen de contouren van deze theorieën, visies en modellen cultuursensitieve interventies uit te bouwen op maat van de jongere. Er wordt verwezen naar:

- Sociale leertheorie, m.i.v. het competentiemodel
- Kaders rond ervaringsgericht leren
- Traumaverwerkingsmodellen
- Modellen over contextgericht werken
- Systeemtheorie en systeemdenken
- Empowerment en veerkracht.

Drugverslaafde jongeren

We onderscheiden in de antwoorden van sleutelfiguren uit het begeleidingstehuis voor drugverslaafde jongeren op de vraag naar methodieken en interventiemiddelen zes clusters (Figuur 4.4).

De eerste cluster bevat interventies in de leefgroep, die betrekking hebben op het bieden van structuur (bv. herinstalleren van dag- en nachtritme, urinecontrole) en een groepsaanbod (bv. sportactiviteiten, leeruitstappen, groepstherapie).

In de tweede cluster worden interventies in de directe relatie tussen jongere en hulpverlener gerubriceerd. Deze cluster omvat gespreksvoering (ondersteunende, verkennende en therapeutische gesprekken), aanpak van gedrag (bv. via belonen en straffen), vaardigheidstraining (bv.

sociale vaardigheidstraining, training van impulscontrole), interventies inzake vrijetijdsbesteding (bv. zoeken naar gepast vrijetijdsaanbod, opstarten en begeleiden van activiteiten) en school/werk (bv. begeleiden van herintegratie in school/werk, sollicitaties voorbereiden, studieplanning).

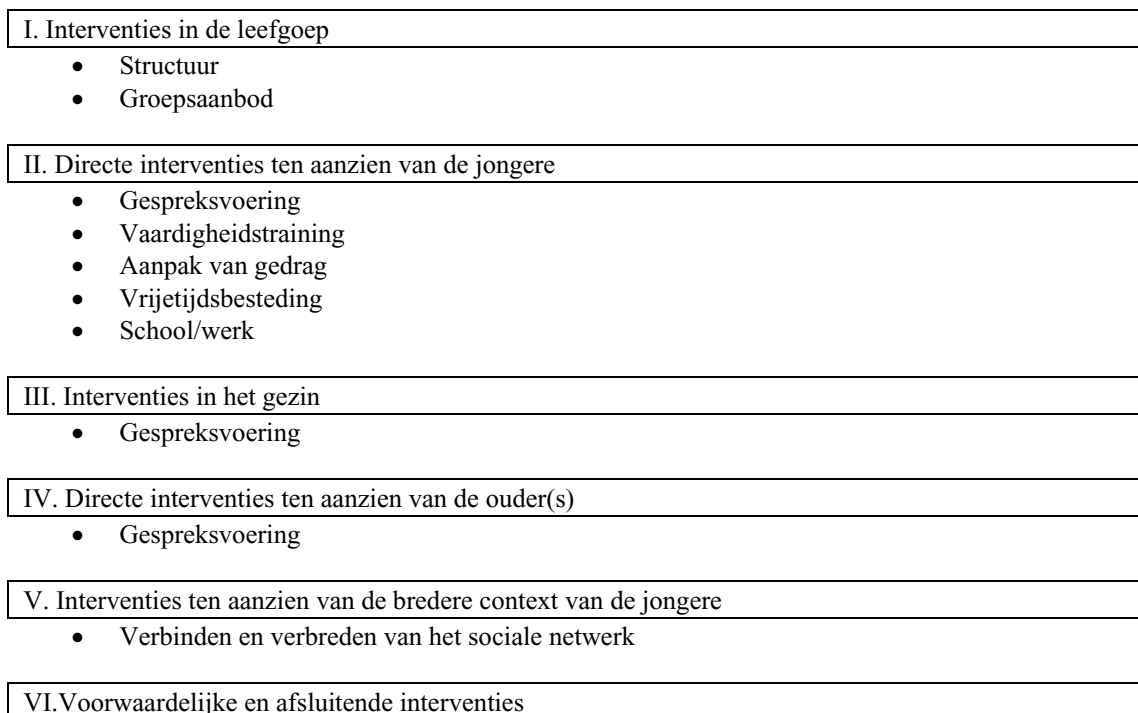
De derde cluster omvat interventies in het gezin. Het betreft hier gespreksvoering (telefonisch, in de voorziening, tijdens huisbezoek), al dan niet in aanwezigheid van de jongere.

Cluster vier gaat over directe interventies ten aanzien van de ouders, in het bijzonder gespreksvoering (bv. ondersteunende gesprekken met de ouders).

Cluster vijf bevat interventies ten aanzien van de bredere context van de jongere. Het zijn interventies die het sociale netwerk beogen te verbinden en te verbreden (bv. bezoek van vrienden organiseren, steunfiguren aanspreken).

Cluster zes tenslotte omvat voorwaardelijke en afsluitende interventies (bv. informatieverstrekking over de werking van het centrum bij opname, het op papier zetten van afspraken, met andere hulpverleners de nazorg voorbereiden en vorm geven).

De interventies worden voornamelijk geïnspireerd en opgezet vanuit de (cognitieve) gedragstherapie en vanuit modellen inzake ervaringsgericht leren.



Figuur 4.4 Overzicht van methodieken en interventies in begeleidingstehuizen categorie 1bis voor drugverslaafde jongeren

4.3 Thuisbegeleidingsdiensten

4.3.1 Interventiekader

Wettelijk is er in deze werkvorm één voltijds equivalente eenheid voorzien voor acht gezinnen. De meeste diensten beschouwen een dergelijke caseload echter als te zwaar (o.a. omwille

van avond- en weekendwerk) en houden het bij zeven gezinnen per voltijds equivalente eenheid, hetgeen draaglijk wordt genoemd. Wanneer de caseload te hoog is kan het voorziene aanbod - volgens sleutelfiguren - niet meer gegarandeerd worden of blijft er geen tijd meer over voor professionalisering via vorming of training. Ook bij crisissen, teveel administratief werk of opeenvolgende personeelwisselingen wordt het moeilijk om kwaliteitsvolle hulp te garanderen. Thuisbegeleidingsdiensten die deel uitmaken van een grotere voorziening, ervaren meestal meer flexibiliteit (aangezien zij personeel, administratieve taken, enz. kunnen verdelen) in hun handelen en organisatie.

De bezettingsgraad is meestal erg hoog en schommelt tussen 90% en 100%. Er komt soms enkel wat ademruimte tussen de afsluiting van een begeleiding en de opstart van een nieuwe begeleiding, maar deze is zeer beperkt en kortdurend (o.a. door de druk van de wachtlijsten).

De wachtlijsten zijn vrij lang en tellen soms 40 tot 60 gezinnen. Hierbij is het wel belangrijk om te vermelden dat verwijzers cliënten vaak op meerdere wachtlijsten tegelijk plaatsen. Ondanks deze werkwijze van verwijzers moeten gezinnen soms bijna één jaar wachten vooraleer ze hulp kunnen ontvangen, met alle gevolgen vandien (bv. escalatie van problemen waardoor een meer ingrijpende maatregel zich opdringt, daling van motivatie bij gezinnen, daling van vertrouwen in hulpverlening, verandering van hulpvragen). De centrale wachtlijst heeft volgens de sleutelfiguren voor- en nadelen. Een voordeel is volgens sommigen dat de toewijzing zo sneller en efficiënter kan verlopen en dat er meer homogeniteit komt (alle diensten worden geacht eenzelfde profiel te hebben). Een nadeel kan zijn dat men geen zicht meer heeft op de gezinnen die worden toegewezen en men dus geen contra-indicaties kan stellen vooraleer de begeleiding begint te lopen. Niet overal wordt met wachtlijsten gewerkt. Er zijn plaatsen waar de toewijzing gebeurt in nauw overleg met de betrokken actoren uit de regio en de regioverantwoordelijke.

De meeste begeleidingen duren tussen zes maanden en twee jaar. Over het algemeen wordt deze duur toereikend bevonden. Sleutelfiguren en verwijzers stipuleren dat te lange begeleidingen soms negatieve uitwerkingen kunnen hebben, zoals het in stand houden van (negatieve) systemen, het afschuiven van (opvoedings)verantwoordelijkheden van ouders of een te grote afhankelijkheid van ouders. Niettemin is men van mening dat de begeleiding bij gezinnen met chronische gezinsproblemen, met jonge kinderen of multiproblemegezinnen langer zou mogen duren. Te korte begeleidingen kunnen enkel focussen op het wegnemen van symptomen, hetgeen onvoldoende is indien men lange termijn veranderingen realiseren. Zeer korte begeleidingen zijn vaak een teken van een minder geschikte indicatie, het gaat dan om gezinnen die eigenlijk niet op hun plaats zijn in de bijzondere jeugdzorg (zie Hoofdstuk 3)..

Alle diensten besteden tijd en middelen aan professionalisering. Dat gaat van functioneringsgesprekken en interne bijscholing tot het uitwerken en uitvoeren van een VTO-beleid. Vormingsinitiatieven probeert men te laten aansluiten bij actuele noden en tendensen (bv. werken met moeilijk bereikbare gezinnen, KOPP, werken met genogrammen, contextueel denken). De kosten voor professionalisering kunnen echter hoog oplopen zodat niet alle noden steeds kunnen worden gelenigd.

4.3.2 Interventiedoelen

Tabel 4.4 geeft een overzicht van de interventiedoelen van de thuisbegeleidingsdiensten. Deze zijn, gegeven de eigenheid en de opdracht van deze diensten, zeer breed. In meer dan 90% van de dossiers (93.6%) hebben doelstellingen betrekking op het functioneren van de minderjarige, waarbij vooral de aanpak van emotionele en gedragsproblemen (respectievelijk 78.2% en 70.5%) centraal staat evenals het versterken van de persoonlijkheid (50%). Uiteraard wordt in bijna alle dossiers (97.7%) minstens één interventiedoel aangeduid dat verandering in het functioneren van het gezin beoogt. Deze hebben betrekking op algemene opvoedingsproble-

men (60%), op de specifieke relatie met de verwezen minderjarige (93.6%) maar ook op de materiële problemen van het gezin (37.3%). Verder blijkt uit bijna driekwart van de dossiers dat men één of meer doelstellingen stelt ten aanzien van de sociale omgeving van het kind of de jongere (waarbij vooral omgang met volwassenen, zinvolle vrijetijdsbesteding en omgang met leeftijdsgenoten als doelen worden vooropgesteld, respectievelijk: 59.1%, 48.2% en 40.5%) en/of ten aanzien van de school (verhoudingsgewijs hebben meer doelen betrekking op veranderingen in de schoolse situatie dan in de schoolse prestaties, respectievelijk: 55.5% en 44.1%).

Tabel 4.4 Overzicht van de interventiedoelen in de thuisbegeleidingsdiensten

Doeldomein	Percentage dossiers met doelen in dit domein
<u>Functioneren kind/jongere</u>	93.6.0%
- emotioneel functioneren	78.2%
- gedragsproblemen	70.5%
- middelenmisbruik en –verslaving	11.8%
- persoonlijkheid versterken	50.0%
- psychosomatische klachten	19.1%
- psychiatrische klachten	13.6%
- gezondheidsproblemen	12.7%
<u>Sociale omgeving kind/jongere</u>	74.1%
- omgang met leeftijdgenoten	40.5%
- omgang met volwassenen	59.1%
- zinvolle vrijetijdsbesteding	48.2%
- zelfstandigheid	30.5%
<u>School/werk van kind/jongere</u>	74.1%
- schoolsituatie	55.5%
- leren en schoolprestaties	44.1%
<u>Functioneren gezin</u>	97.7%
- opvoedingsproblemen (algemeen)	60.0%
- opvoedingsproblemen minderjarige	93.6%
- materiële problemen	37.3%
- huishoudelijke problemen	22.3%
<u>Sociale omgeving gezin</u>	54.5%
- maatschappelijk functioneren	49.5%
<u>Functioneren ouders</u>	80.9%
- persoonlijk functioneren	76.4%

De heterogeniteit van de interventiedoelen die een weerspiegeling is van de doelgroep (zie hoofdstuk 3) én van de invloed van het contextuele denken, wordt ook geïllustreerd door het hoge percentage veranderingen dat wordt beoogd bij de ouder(s) (80.9%) en de sociale omgeving van het gezin (54.5%). Deze percentages liggen aanzienlijk hoger dan in de begeleidingstehuizen categorie 1bis.

Evenals in de andere werkvormen worden de interventiedoelen in de thuisbegeleidingsdiensten geconcretiseerd op initiatie van de verwijzers en op maat van en in overleg met de cliënt/het cliëntsysteem. Ze worden uitgewerkt in het handelingsplan, systematisch opgevolgd en getoetst, en bijgesteld indien wenselijk.

4.3.3 Methodieken en interventiemiddelen

In de antwoorden van de sleutelfiguren uit de thuisbegeleidingsdiensten op de vragen naar methodieken en interventiemiddelen konden zes clusters worden onderscheiden (Figuur 4.5).

I. Directe interventies ten aanzien van de minderjarige
<ul style="list-style-type: none">• Gespreksvoering• Psycho-educatie• Vaardigheidstraining• Aanpak van gedrag• Spel en werkboekjes• Aanbod van activiteiten• Ervaringsgerichte projecten en methoden• Creatieve en expressieve methoden• Vrijtijdsbesteding• School/werk
II. Interventies in het gezin
<ul style="list-style-type: none">• Gespreksvoering• Pedagogische hulp• Praktische hulp• Vaardigheidstraining• Aanpak van gedrag• Psycho-educatie• Uitklaren van gezinsgeschiedenis en –relaties
III. Directe interventies ten aanzien van de ouder
<ul style="list-style-type: none">• Gespreksvoering
IV. Interventies ten aanzien van de context
<ul style="list-style-type: none">• Verbinden en verbreden van het familiale netwerk• Verbinden en verbreden van het sociale netwerk• Verbinden en verbreden van het professionele netwerk
V. Inschakelen van externe hulpverlening
<ul style="list-style-type: none">• Psychotherapeutische consultatie en begeleiding• Medische consultatie
VI. Voorwaardelijke en afsluitende interventies

Figuur 4.5 Overzicht van methodieken en interventies in thuisbegeleidingsdiensten

In de eerste cluster rubriceren we directe interventies ten aanzien van de jongere. Deze bestaan uit gespreksvoering (ondersteunende, motiverende, verkennende, inzichtgevende en veranderingsinitiërende gesprekken), psycho-educatie (bv. aanbieden van folders, brochures over zakgeld, drugs, literatuur rond bepaalde thema's), vaardigheidstraining (bv. zindelijkheidstraining, weerbaarheidstraining, training impulscontrole), aanpak van gedrag (bv. timeout, tokensysteem, woede-thermometer), spel en werkboekjes (bv. spelactiviteiten met psychotherapeutische of pedagogische doelstellingen, themaboekjes rond seksualiteit, echtscheiding, rouw), het aanbieden van activiteiten (bv. een gezamenlijke activiteit met de hulpverlener in functie van relatie-opbouw, meegaan naar RVA), ervaringsgerichte projecten en methoden (bv. website maken, muurklimmen), creatieve en expressieve methodieken (bv. tekenen, voorlezen van verhalen), stimuleren van vrijetijdsbesteding (bv. samen zoeken naar va-

kantieactiviteiten, sportclub, daguitstap plannen), en interventies in verband met school en/of werk (bv. huiswerkbegeleiding, samen met school werken aan spijbelprobleem).

In cluster twee staan de interventies die zich richten tot het gezin centraal. Het gaat om gespreksvoering (gesprekken kennen een ondersteunende, verkennende, inzichtverhogende, motiverende en veranderingsinitiërende functie), pedagogische hulp (bv. video's en brochures voorstellen en meegeven over opvoeden, terugkeer van jongere naar huis na plaatsing begeleiden), praktische hulp (bv. opvang organiseren, tips geven over voeding, verzorging en hygiëne, zoeken naar gepaste woonst), vaardigheidstraining (bv. communicatietraining, leren conflicten hanteren, 'STOP'-programma, 'Hink Stap Sprong'-programma), aanpak van gedrag (bv. dagstructuur inbouwen/herstellen in gezin, installeren van een plan rond veiligheid, video-home training methodiek), psycho-educatie (bv. bespreken van thema's zoals 'puberteit', 'hechting', informatie geven over hechting) en uitklaren van de gezinsgeschiedenis en -relaties (bv. via duploppen- of genogrammethodiek).

De derde cluster bevat interventies die zich rechtstreeks tot de ouder(s) richten. Het gaat dan over gespreksvoering (ondersteunende, verkennende, inzichtverhogende, motiverende en informatieve gesprekken).

De vierde cluster groepeert de interventies ten aanzien van de context van de minderjarige en zijn gezin. Er zijn interventies die tot doel hebben het familiale netwerk te verbinden of te verbreden (bv. contacten met andere familieleden op gang brengen of herstellen, draagkracht versterken door steunfiguren uit het familiale netwerk aan te spreken, mantelzorg installeren) en andere die zich richten op verbinden en verbreden van het sociale (bv. contacten zoeken met verenigingen of steunfiguren van buiten de familie) en het professionele netwerk (bv. overleg met vroegere hulpverleners, OCMW, contacten onderhouden met rechtbank, begeleidingstrajecten uitwerken).

De vijfde cluster heeft betrekking op interventies waarbij externe hulpverleners worden ingeschakeld. Dit kan zijn voor psychotherapeutische begeleiding of consultatie (bv. melding bij het Vertrouwenscentrum voor Kindermishandeling bij verwaarlozing, verwijzing naar psychiater of psychotherapeut) of voor medische begeleiding (bv. bezoek aan huisarts, opvolgen van medicamenteuze behandeling).

Cluster zes tenslotte, groepeert de voorwaardelijke en afsluitende interventies. Het gaat om het bieden van informatie over de bedoeling en werking van thuisbegeleiding, het onderzoeken van de haalbaarheid van thuisbegeleiding (in feite gaat het hier om indicatiestelling) en het voorstellen en initiëren van vervolghulpverlening.

Ook hier werden soms interventies genoemd die strikt genomen onder de noemer 'diagnostische activiteiten' vallen (bv. observatie, gebruik van bepaalde diagnostische instrumenten, bijvoorbeeld de Familie Relatie Test om meer te weten te komen over de gezinsrelaties, enz.). Deze hebben we niet in de clusters opgenomen.

4.4 GIT-projecten

4.4.1 Interventiekader

De omkadering, de manier waarop extra middelen worden omgezet in personeel en de caseload verschillen sterk van project tot project en worden van 'draaglijk' tot 'zwaar' beleefd. Tijdens de interviews met sleutelfiguren en verwijzers beklemtoond men dat de caseload zeker niet te zwaar mag worden en dat men nood heeft aan ruimte, omwille van de ernst van de problematieken, het flexibele karakter van GIT en de nood aan het uitwerken van een nazorgtraject.

De bezettingsgraad in de GIT-projecten is hoog. Alle plaatsen zijn nagenoeg steeds bezet. Dit is mede te wijten aan de strikte opvolging van en samenwerking met het regioteam dat instaat voor de toewijzing. Door de beperkte plaatsen houdt men de wachtlijst beperkt.

De duur van GIT is vastgelegd op zes maanden. Over het algemeen vindt men dit toereikend, hoewel er in de praktijk soms wel begeleidingen korter of langer duren dan de aangewezen periode (mits grondige motivering hiervoor). Toch is men van mening dat de begeleiding ook niet te lang mag/kan duren vanwege de grote intensiteit ervan. Zeer belangrijk in functie van het welslagen van GIT is dat na zes maanden een vervolgtraject (bv. thuisbegeleiding, begeleid zelfstandig wonen) kan worden uitgewerkt.

Er wordt in alle GIT-projecten aandacht besteed aan de professionalisering van de hulpverleners. Omwille van de zware en complexe problematiek is dat een 'must'. Helaas is de budgettaire ruimte beperkt. Belangrijke aandachtspunten in de professionalisering zijn aandacht voor het contextgericht werken en denken (bv. opleidingen contextuele therapie) en intervisie vanuit de geestelijke gezondheidszorg en de kinder- en jeugdpsychiatrie.

4.4.2 Interventiedoelen

Een overzicht van de interventiedoelen in de GIT-projecten is te vinden in Tabel 4.5. De intensiteit en de complexiteit van deze werkvorm blijken uit de vaststelling dat in alle dossiers individuele doelstellingen ten aanzien van het functioneren van de jongere en zijn sociale omgeving worden gesteld en in nagenoeg alle dossiers (96.6%) ten aanzien van de school. Wat betreft de interventiedoelen inzake het functioneren van de jongere noteren we een zeer hoog percentage van doelen ter verandering van de emotionele en gedragsproblemen (respectievelijk 81% en 72.4%) en de persoonlijkheid (77.6%). Tevens merken we hoge percentages van doelen met het oog op de aanpak van middelenmisbruik en –verslaving (43.1%) en psychiatrische klachten (25.9%). Bij de doelen in verband met de sociale omgeving van de jongere en de school ligt de klemtoon op alle domeinen (bv. wat de school betreft zien we dat er in bijna twee op drie dossiers (65.5%) doelen worden vooropgesteld inzake het schoolse presteren en het leren. Ook ten aanzien van het functioneren van het gezin worden vele veranderingen nagestreefd, vooral dan met de focus op de opvoedingsproblemen met de verwezen jongere. Tenslotte worden in bijna eenderde van de dossiers doelen genoemd over het maatschappelijk functioneren van het gezin (32.8%) en in bijna vier op tien dossiers over het functioneren van de ouder(s) (39.7%).

Om de doelen te concretiseren en verder uit te werken in het handelingsplan, dient een evenwicht te worden gezocht tussen de prioriteiten die de verwijzer stelt, het team waarbinnen GIT is ingebed en de uitgangspunten van het project (bv. terug perspectief bieden op reguliere hulpverlening, vervolghulp uitbouwen, contextondersteunend en –initieënd werken). Tevens worden de doelen met de jongere doorgesproken. In alle projecten worden de doelen systematisch opgevolgd, geëvalueerd en, indien nodig, aangepast.

Tabel 4.5 Overzicht van de interventiedoelen in de GIT-projecten

Doeldomein	Percentage dossiers met doelen in dit domein
<u>Functioneren jongere</u>	100.0%
- emotioneel functioneren	81.0%
- gedragsproblemen	72.4%
- middelenmisbruik en -verslaving	43.1%
- persoonlijkheid versterken	77.6%
- psychosomatische klachten	17.2%
- psychiatrische klachten	25.9%
- gezondheidsproblemen	13.8%
<u>Sociale omgeving jongere</u>	100.0%
- omgang met leeftijdgenoten	63.8%
- omgang met volwassenen	63.8%
- zinvolle vrijetijdsbesteding	87.9%
- zelfstandigheid	63.8%
<u>School/werk van de jongere</u>	96.6%
- schoolsituatie	93.1%
- leren en schoolprestaties	65.5%
<u>Functioneren gezin</u>	74.5%
- opvoedingsproblemen (algemeen)	32.8%
- opvoedingsproblemen minderjarige	77.6%
- materiële problemen	17.2%
- huishoudelijke problemen	13.8%
<u>Sociale omgeving gezin</u>	32.8%
- maatschappelijk functioneren	32.8%
<u>Functioneren ouders</u>	44.8%
- persoonlijk functioneren	39.7%

4.4.3 Methodieken en interventiemiddelen

In de antwoorden van de sleutelfiguren van de GIT-projecten op de vragen rond methodieken en interventiemiddelen konden zeven clusters worden onderscheiden (Figuur 4.6).

Cluster één heeft betrekking op interventies in de leefgroep. Ze focussen op het scheppen en instand houden van een positief klimaat (bv. via positieve bekrachtiging, geven van positieve feedback, zoeken naar een balans tussen vrijheid en verantwoordelijkheid), structuur bieden (bv. duidelijke dagstructuur installeren, regels afspreken, urinecontroles) en het verschaffen van een groepsaanbod (bv. groepsactiviteiten organiseren om zelfstandigheid te bevorderen).

Cluster twee omvat interventies die rechtstreeks gericht zijn op de jongere. We onderscheiden gespreksvoering (ondersteunende, verkennende, motiverende, veranderingsinitieërende, inzichtverhogende gesprekken), vaardigheidstraining (bv. kamertraining, zelfstandigheidstraining, woedebeheersing), aanpak van gedrag (bv. gedragskaarten, agressiethermometer), activiteitenaanbod (bv. koken, museabezoek, verkeersles), time-out (bv. staptochten, zorgboerderij), ervaringsgerichte projecten en methodieken (bv. onthemende projecten, outdoor kamp), creatieve en expressieve methodieken (bv. schilderen, film), stimuleren van de vrijetijdsbesteding (bv. deelname aan sportclub, weekend- of vakantiewerk zoeken) en interventies in verband met school/werk (bv. huiswerkbegeleiding, studiekeuzebegeleiding, spijbelprojecten, oudercontacten opvolgen).

I. Interventies in de leefgoep

- Klimaat
- Structuur
- Groepsaanbod

II. Directe interventies ten aanzien van de jongere

- Gespreksvoering
- Vaardigheidstraining
- Aanpak van gedrag
- Activiteitsaanbod
- Time-out
- Ervaringsgericht leren
- Creatieve en expressieve methodieken
- Vrijtijdsbesteding
- School/werk

III. Interventies in het gezin

- Gespreksvoering
- Uitklaren van gezinsgeschiedenis en -relaties
- Pedagogische hulp
- Praktische hulp
- Aanpak van gedrag

IV. Directe interventies ten aanzien van de ouder(s)

- Gespreksvoering

V. Interventies ten aanzien van de bredere context van de jongere

- Verbinden en verbreden van het familiale netwerk
- Verbinden en verbreden van het sociale netwerk
- Verbinden en verbreden van het professionele netwerk

VI. Inschakelen van externe hulpverlening

- Psychotherapeutische begeleiding en consultatie
- Medische consultatie

VII. Voorwaardelijke en afsluitende interventies

Figuur 4.6 Overzicht van methodieken en interventies in GIT-projecten

In cluster drie groeperen we interventies die zich richten op het gezin. Deze bestaan uit gespreksvoering (ondersteunende, verkennende, inzichtgevende, motiverende gesprekken), pedagogische hulp (bv. pedagogische thuisbegeleiding, ondersteuning van het gezin op piekmomenten), praktische hulp (bv. materiële ondersteuning, opvolging van de financiële situatie), aanpak van gedrag (bv. grenzen aanbrengen in het gezin, activiteiten samen met brussen organiseren) en uitklaren van de gezinsgeschiedenis en –relaties (bv. via genogrammethodiek).

Cluster vier groepeert de interventies die zich rechtstreeks tot de ouder(s) richten, met name gespreksvoering (ondersteunende, inzichtverhogende, informatieve, motiverende gesprekken).

Cluster vijf bestaat uit interventies die focussen op de context van de minderjarige. Er zijn interventies die een verbinden en verbreden beogen van het familiale (bv. rondetafelgesprekken organiseren met alle familieleden, contacten tussen jongere en familieleden herstellen),

het sociale (bv. zoeken naar een vereniging voor de minderjarige, steunfiguren aanspreken) of het professionele netwerk (bv. contacten leggen met andere voorzieningen, OCMW, overleg en rondetafelgeprekken met hulpverleners en betrokkenen organiseren, aanspreken van Ondersteuningsteam Allochtonen).

In cluster zes groeperen we alle initiatieven inzake externe hulpverlening. Deze vallen uiteen in initiatieven die betrekking hebben op psychotherapeutische begeleiding en consultatie (bv. een psychiatrisch spoedconsult, inschakeling van een therapeut) en op medische consultatie (bv. opvolging van medicatie door arts).

Cluster zeven tenslotte bevat de voorwaardelijke en afsluitende interventies (bv. het project uitleggen aan de jongere en het gezin, vervolghulp concretiseren en bespreken).

Evenals bij de andere werkvormen worden soms zuiver diagnostische activiteiten (bv. observatie met als doel meer te weten te komen over de jongere of zijn gezin) genoemd. Deze werden niet opgenomen in de genoemde clusters.

HOOFDSTUK 5: DE UITSTROOM

In dit hoofdstuk bespreken we de bevindingen en resultaten over de uitstroom in de begeleidingstehuizen categorie 1bis, de thuisbegeleidingsdiensten en de GIT-projecten. In de inleidende paragraaf (5.1) geven we een overzicht van de vragen inzake de uitstroom die we willen beantwoorden en leggen we uit hoe we deze hebben onderzocht. Vervolgens geven we een overzicht van de voortijdige uitval, de probleemreductie, de doelrealisatie en de relevante 'outcome'-indicatoren (zoals gerapporteerd door sleutelfiguren en verwijzers) in de begeleidingstehuizen categorie 1bis (5.2), de thuisbegeleidingsdiensten (5.3) en de GIT-projecten (5.4). Tenslotte bespreken we welke relevante indicatoren van 'outcome' tijdens de interviews met sleutelfiguren en verwijzers werden vermeld (5.5).

5.1 Inleiding

Resultaten over de 'output' van de zorg en hulpverlening sluiten wellicht het nauwst aan bij wat gewoonlijk onder de noemer 'outcome'-onderzoek in enge zin wordt verstaan. We kijken met andere woorden naar het succes van de zorg en hulpverlening en stellen ons de vraag of na begeleiding een verandering ten gunste werd bekomen. Toch mag 'outcome'-onderzoek zoals gezegd niet met 'output'-onderzoek worden vereenzelvigd en kunnen de resultaten die in dit hoofdstuk worden besproken niet worden begrepen wanneer ze niet worden gelinkt aan de gegevens over instroom (zie hoofdstuk 3) en hulpverleningsproces (zie hoofdstuk 4).

Gewoonlijk wordt de 'output' in de jeugdzorg bestudeerd aan de hand van vier criteria, namelijk het voorkomen van voortijdige uitval, probleemreductie bij de minderjarige en/of zijn gezin, doelrealisatie en cliënttevredenheid (zie bv. Van Yperen, 2003). In dit project werden drie van deze criteria bestudeerd, met name het voorkomen van voortijdige uitval, probleemreductie bij de minderjarige en/of zijn gezin en doelrealisatie. Het nagaan van de cliënttevredenheid (bv. met behulp van zelfrapportage van de jongere, of ouderrapportage) behoorde niet tot de opdracht. Volgende vragen komen dus aan bod in dit hoofdstuk:

- Wat is de mate van voortijdige uitval, dit wil zeggen voortijdig stopgezette begeleidingen in de verschillende werkvormen (begeleidingstehuizen categorie 1bis, thuisbegeleidingsdiensten, GIT-projecten) en kunnen we bijzondere kenmerken onderscheiden in de groep uitvallers (in vergelijking met de groep van niet-uitvallers)?
- Doet er zich bij uitstroom een probleemreductie voor bij de minderjarige en/of zijn gezin? Zo ja, is deze statistisch betekenisvol? Op welke domeinen van persoonlijk en gezinsfunctioneren doet zich een reductie van problemen voor?
- Worden de doelen die men zich aan het begin van het hulpverleningsproces heeft gesteld, bereikt? In welke mate?

Deze vragen werden onderzocht aan de hand van de dossieranalyse en de interviews met sleutelfiguren en verwijzers.

Omdat dit onderzoek een sterk initiërend karakter heeft en de opdracht ook in die termen door de overheid werd uitgetekend, hebben we nog een vraag toegevoegd. Meer bepaald wilden we in de interviews met de sleutelfiguren en verwijzers te weten komen welke indicatoren van effect en effectiviteit zij vanuit hun eigen werkvorm en/of vanuit hun praktijkervaring relevant achten in toekomstig 'outcome'-onderzoek binnen de bijzondere jeugdbijstand. We zijn dus op zoek gegaan naar een inventaris van indicatoren van effect en effectiviteit van hulpverlening in de bijzondere jeugdbijstand, in de hoop op die manier een meer door de praktijk ge-

schraagd ('bottom-up') raamwerk voor 'outcome'-onderzoek in deze sector te kunnen voorstellen.

5.2 De begeleidingstehuizen categorie 1bis

We bespreken eerst de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis, daarna de Cano-projecten en vervolgens de begeleidingstehuizen met categoriale opvang.

5.2.1 De reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis

5.2.1.1 Voortijdige uitval

In 36 dossiers (40.4%) werd aangegeven dat de hulpverlening voortijdig beëindigd werd. Er waren in de groep uitvallers significant meer jongeren van allochtone origine dan in de groep niet-uitvallers ($\chi^2 = 4.2$, $df = 1$)¹. Uitvallers vertoonden bij instroom significant meer antisociale gedragsproblemen dan niet-uitvallers ($F = 9.0$, $df = 1$, 88).

De redenen tot voortijdige stopzetting van de hulpverlening waren divers: ernstige escalatie van de gedragsproblemen (agressie, regelovertreding) ($n = 11$), verzet tegen het hulpaanbod of pertinente weigering door jongere en/of ouder (zich onbegeleidbaar opstellen, volledig gebrek aan motivatie) ($n = 11$), fugues ($n = 10$), escalatie van verslavingsproblematiek ($n = 6$), geen hulpvraag meer bij de jongere en/of de ouder ($n = 3$), bij de ouders gaan wonen ($n = 2$), plegen van als misdadig omschreven feiten waardoor verwijzing naar een Gemeenschapsinstelling van de bijzondere jeugdbijstand werd opgelegd ($n = 2$), een seksuele relatie met een andere jongere in de voorziening ($n = 1$). In sommige dossiers werden meerdere redenen van stopzetting aangegeven. Niet als voortijdige uitval werden beschouwd: het bereiken van de meerderjarigheid, een crisisopname, het toewerken naar een andere maatregel, een tijdelijke onderbreking met een tijdelijke plaatsing (bv. in een Gemeenschapsinstelling) of project (bv. time-out).

5.2.1.2 Probleemreductie

Functioneren van de jongere

In Tabel 5.1 geven we een overzicht van de gerapporteerde problemen bij de jongere bij uitstroom uit de reguliere begeleidingstehuizen categorie 1bis.

Bij vergelijking van in- en uitstroomgegevens vinden we een significante daling van emotionele problemen ($t = 4.8$, $df = 89$), agressieproblemen ($t = 2.9$, $df = 89$), antisociale problemen ($t = 4.3$, $df = 89$), middelengebruik ($t = 2.5$, $df = 89$), school- en leerproblemen ($t = 3.4$, $df = 89$), problemen met vrije tijd ($t = 2.2$, $df = 89$) en seksuele problematiek ($t = 3.1$, $df = 89$). Ondanks deze significante dalingen blijven toch nog heel wat jongeren matige tot ernstige problemen op verschillende domeinen vertonen. Meer dan een kwart bijvoorbeeld vertoonde bij uitstroom nog ernstige emotionele problemen (26.7%) en meer dan één op vijf ernstige agressie (21.1%) of school- of leerproblemen (22.2%).

¹ Voor alle statistische toetsen in dit rapport werd als significantieniveau $\alpha = .05$ vooropgesteld.

Tabel 5.1 *Aanwezigheid van problemen bij jongeren in begeleidingstehuizen categorie Ibis bij uitstroom*

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Emotionele problemen	28.9	15.6	28.9	26.7
Agressieproblemen	41.1	17.8	20.0	21.1
Antisociale problemen	68.9	15.6	7.8	7.8
Middelengebruik	58.9	18.9	13.3	8.9
School- en leerproblemen	46.7	13.3	17.8	22.2
Problemen vrije tijd	43.3	14.4	28.9	13.3
Persoonlijkheidsproblemen	57.8	8.9	16.7	16.7
Psychosomatische problemen	82.2	10.0	2.2	5.6
Psychiatrische problemen	73.3	4.4	14.4	7.8
Gezondheidsproblemen	87.8	4.4	4.4	3.3
Verstandelijke/ontwikkelingsproblemen	91.1	4.4	4.4	-
Seksuele problematiek	81.1	3.3	4.4	11.1

Gezinsfunctioneren

Tabel 5.2 geeft een overzicht van de in het gezin gerapporteerde problemen bij uitstroom.

Een vergelijking tussen in- en uitstroomgegevens leert ons dat er een significante daling is van algemene problemen in de opvoeding ($t = 2.9$, $df = 89$), problemen in de opvoeding van de minderjarige ($t = 5.6$, $df = 89$), mishandeling/verwaarlozing ($t = 4.1$, $df = 89$), huishoudelijke problemen ($t = 2.0$, $df = 89$), problemen bij vader ($t = 2.3$, $df = 89$) en problemen bij moeder ($t = 3.1$, $df = 89$). Ook wat het gezinsfunctioneren betreft zien we dat op verschillende domeinen nog matige tot ernstige problemen blijven bestaan bij uitstroom. Zo werd nog bij meer dan eenderde van de gezinnen (356%) een ernstig opvoedingsprobleem tussen ouder(s) en jongere gemeld.

Tabel 5.2 *Aanwezigheid van gezinsproblemen bij uitstroom uit reguliere begeleidingstehuizen categorie Ibis*

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Opvoedingsproblemen (algemeen)	65.6	7.8	13.3	13.3
Opvoedingsproblemen met jongere	27.8	11.1	25.6	35.6
Mishandeling/verwaarlozing	74.4	6.7	5.6	13.3
Problemen maatschappelijk functioneren	83.3	2.2	6.7	7.8
Materiële problemen	83.3	2.2	6.7	7.8
Huishoudelijke problemen	90.0	1.1	3.3	5.6
Problemen bij vader	70.0	4.4	13.3	12.2
Problemen bij moeder	70.0	1.1	12.2	16.7

5.2.1.3 Doelrealisatie

Voor de meeste domeinen werd bij een meerderheid van de dossiers aangegeven dat de vooropgestelde doelstellingen deels werden bereikt. Het minst werden de doelen bereikt die betrekking hebben op de aanpak van middelenmisbruik (48.5% niet bereikt), psychiatrische klachten (61.9% niet bereikt), zinvolle vrijetijdsbesteding (43.3% niet bereikt), algemene opvoedingsproblemen (50.0% niet bereikt) en huishoudelijke problemen (42.9% niet bereikt). Doelen die verband houden met de aanpak van gezondheidsproblemen en schoolse prestaties/leren worden het vaakst bereikt (respectievelijk 55.6% en 45.2%). Op het domein van vrije tijd bemerken we een discrepantie tussen doelrealisatie en probleemreductie: de proble-

matiek in verband met vrije tijd is significant verminderd bij uitstroom en toch vindt men dat de vooropgestelde doelen niet (43.3%) of slechts gedeeltelijk werden bereikt (30.2%). Doelstellingen in verband met de aanpak van psychiatrische klachten van jongeren daarentegen worden vaak ervaren als niet bereikt (61.9%) en deze problemen blijken ook niet significant afgenomen bij uitstroom.

Tabel 5.3 Doelrealisatie in de reguliere begeleidingstehuizen categorie Ibis

Doel	Niet bereikt	Deels bereikt	Bereikt
<u>Jongere</u>			
- emotioneel functioneren	22.7%	57.6%	19.7%
- gedragsproblemen	25%	53.1%	21.9%
- middelenmisbruik	48.5%	39.4%	12.1%
- persoonlijkheid versterken	17.0%	60.4%	22.6%
- psychosomatische klachten	15.4%	53.8%	30.8%
- psychiatrische klachten	61.9%	14.3%	23.8%
- gezondheidsproblemen*	-	44.4%	55.6%
<u>Sociale omgeving jongere</u>			
- omgang leeftijdgenoten	9.8%	56.1%	34.1%
- omgang volwassenen	13.0%	70.4%	16.7%
- vrije tijd zinvol besteden	43.3%	30.2%	26.4%
- zelfstandigheid	8.3%	53.3%	38.3%
<u>Jongere en school</u>			
- schoolsituatie	34.9%	31.7%	33.3%
- schoolse prestaties en leren	32.2%	22.6%	45.2%
<u>Gezin</u>			
- opvoedingsproblemen algemeen	50.0%	38.5%	11.5%
- opvoedingsproblemen ouder-kind	26.6%	48.4%	25.0%
- materiële problemen*	33.3%	55.6%	11.1%
- huishoudelijke problemen*	42.9%	57.1%	-
<u>Sociale omgeving gezin</u>			
- maatschappelijk functioneren*	18.2%	72.7%	9.1%
<u>Ouders</u>			
- persoonlijk functioneren*	31.6%	52.6%	15.8%

Noot: *: deze percentages werden gebaseerd op zeer kleine aantallen aangezien het gaat om doelen die weinig werden vooropgesteld.

5.2.2 CANO-projecten

5.2.2.1 Voortijdige uitval

In 29 dossiers werd aangegeven dat de hulpverlening voortijdig werd stopgezet. Er waren in de groep uitvallers significant meer -16-jarigen ($\chi^2 = 9.6$, $df = 2$) en meisjes ($\chi^2 = 5.9$, $df = 1$). Verder hadden uitvallers een langere hulpverleningsgeschiedenis dan niet-uitvallers ($F = 55.6$, $df = 1$, 98) en vertoonden ze significant meer school- en leerproblemen ($F = 7.0$, $df = 1$, 98), vrijetijdsproblemen ($F = 9.6$, $df = 1$, 98) persoonlijkheidsproblemen ($F = 7.6$, $df = 1$, 98) en seksuele problematiek ($F = 7.0$, $df = 1$, 98) bij instroom.

De redenen tot voortijdige stopzetting van de hulpverlening waren divers: fugues ($n = 12$), ernstige escalatie van de gedragsproblemen (agressie, regelovertreding, spijbelen) ($n = 12$), verzet tegen het hulpaanbod of pertinente weigering of weerstand van jongere en/of ouder (zich onbegeleidbaar opstellen, geen motivatie) ($n = 7$), escalatie van verslavingsproblematiek ($n = 5$), geen hulpvraag meer bij de jongere en/of de ouder ($n = 1$), een volledig gebrek aan perspectief ($n = 1$), plaatsing in een CIG ($N = 1$), bij de ouder gaan wonen ($n = 1$), een te grote nefaste impact van antisociale leeftijdgenoten ($n = 1$) en een te ernstige psychiatrische pro-

blematiek (bv. identiteitsstoornis, psychotisch gedrag) ($n = 1$). In sommige dossiers werden meerdere redenen van stopzetting aangegeven. Niet als voortijdige uitval werden beschouwd: het bereiken van de meerderjarigheid, een crisisopname, het toewerken naar een andere maatregel, een tijdelijke onderbreking met een tijdelijke plaatsing (bv. in een Gemeenschapsinstelling) of project (bv. time-out).

5.2.2.2 Probleemreductie

Functioneren van de jongere

In Tabel 5.4 geven we een overzicht van de gerapporteerde problemen bij de jongere bij uitstroom uit CANO-projecten.

Bij vergelijking van in- en uitstroomgegevens merken we een significante daling van emotionele problemen ($t = 6.7$, $df = 99$), agressieve problemen ($t = 9.4$, $df = 99$), antisociale problemen ($t = 6.5$, $df = 99$), middelengebruik ($t = 4.4$, $df = 99$), school- en leerproblemen ($t = 7.9$, $df = 99$), vrijetijdsproblemen ($t = 6.0$, $df = 99$), persoonlijkheidsproblemen ($t = 5.4$, $df = 99$), psychosomatische problemen ($t = 2.4$, $df = 99$), psychiatrische problemen ($t = 4.4$, $df = 99$), gezondheidsproblemen ($t = 3.8$, $df = 99$) en seksuele problematiek ($t = 4.6$, $df = 99$). Alleen op het domein van verstandelijke en ontwikkelingsproblemen zien we geen significante daling bij uitstroom.

Tabel 5.4 *Aanwezigheid van problemen bij jongeren in CANO-projecten bij uitstroom*

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Emotionele problemen	260	21.0	30.0	23.0
Agressieproblemen	44.0	21.0	19.0	16.0
Antisociale problemen	57.0	12.0	14.0	17.0
Middelengebruik	63.0	13.0	13.0	11.0
School- en leerproblemen	55.0	13.0	15.0	17.0
Problemen vrije tijd	40.0	14.0	26.0	20.0
Persoonlijkheidsproblemen	53.0	6.0	14.0	27.0
Psychosomatische problemen	83.0	7.0	8.0	2.0
Psychiatrische problemen	74.0	7.0	11.0	8.0
Gezondheidsproblemen	83.0	8.0	7.0	2.0
Verstandelijke/ontwikkelingsproblemen	88.0	5.0	3.0	4.0
Seksuele problematiek	77.0	4.0	8.0	11.0

We zien dus op nagenoeg alle domeinen van functioneren een significante daling van de problemen bij de jongere. We willen hier echter twee kanttekeningen bij maken. Ten eerste waren de problemen van deze jongeren bij instroom in CANO-projecten (zie hoofdstuk 4) zeer groot en massaal. Ten tweede willen we beklemtonen dat de meeste problemen niet verdwijnen, ze nemen af in ernst en extremiteit, maar blijven nog aanwezig. Vooral meer chronische problemen, in het bijzonder persoonlijkheidsproblemen, komen nog bij veel jongeren in ernstige mate voor (27%). Hetzelfde kan worden gezegd over emotionele problemen (23%) en problemen met de invulling van de vrije tijd (20%).

Gezinsfunctioneren

Tabel 5.5 geeft een overzicht van de in het gezin gerapporteerde problemen bij uitstroom.

Bij vergelijking tussen in- en uitstroomgegevens bemerken we een significante daling van algemene opvoedingsproblemen ($t = 5.3$, $df = 99$), problemen in de opvoeding van de verwe-

zen jongere ($t = 8.7$, $df = 99$), situaties van mishandeling of verwaarlozing ($t = 6.9$, $df = 99$), problemen inzake maatschappelijk functioneren ($t = 2.9$, $df = 99$), materiële problemen ($t = 3.8$, $df = 99$), problemen bij vader ($t = 4.9$, $df = 99$) en problemen bij moeder ($t = 4.8$, $df = 99$). We kunnen bij deze dalingen van de gezinsproblemen eenzelfde opmerking maken als ten aanzien van het functioneren van de jongeren: de problemen waren bij instroom vaak extreem hoog en massaal aanwezig en zijn geenszins verdwenen bij uitstroom. Zo zien we dat bij meer dan een kwart van de dossiers nog ernstige opvoedingsproblemen worden gemeld (26%) en dat er nog veel ernstige inidividuele problematieken worden gemeld (19% bij vader, 21% bij moeder).

Tabel 5.5 *Aanwezigheid van gezinsproblemen bij uitstroom uit CANO-projecten*

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Opvoedingsproblemen (algemeen)	63.0	5.0	15.0	17.0
Opvoedingsproblemen met jongere	28.0	20.0	26.0	26.0
Mishandeling/verwaarlozing	76.0	7.0	8.0	9.0
Problemen maatschappelijk functioneren	65.0	9.0	13.0	13.0
Materiële problemen	78.0	7.0	9.0	6.0
Huishoudelijke problemen	90.0	2.0	3.0	5.0
Problemen bij vader	50.0	11.0	20.0	19.0
Problemen bij moeder	46.0	9.0	24.0	21.0

5.2.2.3 Doelrealisatie

De categorie ‘doelen deels bereikt’ kwam het meest voor, behalve voor psychiatrische klachten, zelfstandigheid, schoolsituatie en schoolse prestaties (Tabel 5.6). Hier werd telkens de categorie ‘bereikt’ het vaakst vermeld (respectievelijk in 35.7%, 48.7%, 46.6% en 40.0% van de gevallen). Deze doelen worden, samen met doelen inzake aanpak van psychosomatische klachten, het vaakst bereikt. Doelen ten aanzien van het oplossen van materiële problemen werden in de helft van de gevallen niet bereikt. Er is weinig discrepantie tussen doelrealisatie en probleemreductie, behalve voor materiële problemen en problemen bij vader/moeder. Op deze domeinen doet zich een significante probleemreductie voor maar wordt door de meeste respondenten gemeld dat de vooropgestelde doelen slechts gedeeltelijk of helemaal niet werden bereikt.

5.2.3 Begeleidingstehuizen met categoriale opvang

5.2.3.1 Voortijdige uitval

Niet begeleide buitenlandse minderjarigen

Bij zes jongeren (30%) werd de begeleiding voortijdig stopgezet. Bij de uitvallers waren er meer jongeren die werden verwezen door de sociale dienst bij de jeugdrechtbank ($\chi^2 = 2.9$, $df = 1$). Niet-uitvallers vertoonden significant meer school- en leerproblemen dan uitvallers ($F = 4.7$, $df = 1, 18$).

Fugues ($n = 8$) of geen hulpvraag meer ($n = 1$) zijn de belangrijkste redenen voor uitval. In sommige dossiers werden meerdere redenen voor stopzetting aangegeven. Niet als voortijdige uitval werden beschouwd: het bereiken van de meerderjarigheid, een crisisopname, het toewerken naar een andere maatregel, een tijdelijke onderbreking met een tijdelijke plaatsing (bv. in een Gemeenschapsinstelling) of project (bv. time-out).

Drugverslaafde jongeren

Bij vijf jongeren, dit is de helft van het aantal onderzochte dossiers, werd de behandeling voortijdig gestopt. Het was omwille van het kleine aantal dossiers niet mogelijk om via statistische vergelijking kenmerken van uitvallers af te leiden. Dit cijfer over voortijdige uitval correspondeert met wat sleutelfiguren tijdens de interviews meldden over het vroegtijdig afhaken van vele jongeren (zie hoofdstuk 4). Niettemin moeten we hier rekening houden dat het om een momentopname gaat en over een klein aantal betrokken.

Tabel 5.6 Doelrealisatie in CANO-projecten

Doel	Niet bereikt	Deels bereikt	Bereikt
<u>Jongere</u>			
- emotioneel functioneren	16.2%	52.5%	31.2%
- gedragsproblemen	28.7%	37.9%	33.3%
- middelenmisbruik	25.5%	46.8%	27.7%
- persoonlijkheid versterken	25.3%	50.6%	24.1%
- psychosomatische klachten*	-	52.9%	47.1%
- psychiatrische klachten*	32.1%	32.1%	35.7%
- gezondheidsproblemen*	-	76.5%	23.5%
<u>Sociale omgeving jongere</u>			
- omgang leeftijdgenoten	18.5%	55.4%	26.2%
- omgang volwassenen	18.5%	49.4%	32.1%
- vrije tijd zinvol besteden	29.3%	44.0%	26.7%
- zelfstandigheid	10.3%	41.0%	48.7%
<u>Jongere en school</u>			
- schoolsituatie	22.7%	30.7%	46.6%
- schoolse prestaties	26.7%	33.3%	40.0%
<u>Gezin</u>			
- opvoedingsproblemen algemeen	34.1%	43.9%	22.0%
- opvoedingsproblemen ouder-kind	17.9%	58.3%	23.8%
- materiële problemen*	50.0%	40.0%	10.0%
- huishoudelijke problemen*	36.4%	45.5%	18.2%
<u>Sociale omgeving gezin</u>			
- maatschappelijk functioneren*	31.0%	55.2%	13.8%
<u>Ouders</u>			
- persoonlijk functioneren	22.7%	54.5%	22.7%

Noot: *: deze percentages werden gebaseerd op zeer kleine aantallen aangezien het gaat om doelen die weinig werden vooropgesteld.

5.2.3.2 Probleemreductie

Niet begeleide buitenlandse minderjarigen

Wanneer we in- en uitstroomgegevens met elkaar vergelijken merken we een significante daling van emotionele problemen ($t = 2.0$, $df = 19$), antisociale problemen ($t = 1.8$, $df = 19$), school- en leerproblemen ($t = 3.1$, $df = 19$), vrijetijdsproblemen ($t = 2.9$, $df = 19$), gezondheidsproblemen ($t = 2.0$, $df = 19$) en seksuele problematiek ($t = 2.7$, $df = 19$)². Vooral emotionele problemen blijven ook bij uitstroom vaak nog aanwezig: 35% van de niet begeleide buitenlandse minderjarigen heeft bij uitstroom matige tot ernstige emotionele problemen. Ernstige agressieve problemen komen nog voor bij 10% van de jongeren.

² Omwille van het kleine aantal dossiers, hebben we hier als significantieniveau $\alpha = .10$ vooropgesteld.

Drugverslaafde jongeren

Omwille van het kleine aantal dossiers kon niet worden getoetst of zich significante verschillen voordeden tussen in- en uitstroomgegevens. Wanneer we de absolute cijfers bekijken, merken we dat problemen milderer in ernst maar niet geheel verdwenen zijn bij uitstroom. Emotionele problemen bijvoorbeeld komen nog in lichte of matige vorm voor bij acht van de tien jongeren, agressie nog bij zeven jongeren (van licht tot ernstig), problemen in school en/of vrij tijd nog bij zes jongeren (van licht tot ernstig). Middelenmisbruik is volledig afwezig bij vier jongeren. Bij vier jongeren echter is er nog matig misbruik en blijft de situatie dus erg precair en risicovol. Veel minder groot is de reductie van opvoedingsproblemen. In de meeste gezinnen is bij uitstroom nog sprake van matige tot ernstige opvoedingsproblemen. Wellicht heeft dit te maken met het gegeven dat het aanbod van deze voorziening eerder therapeutisch en op de jongere zelf is gericht, en minder pedagogisch. Tenslotte merken we bij uitstroom dat individuele problemen bij de moeder blijven voortduren bij meer dan de helft van de dossiers. Deze problemen variëren van licht tot ernstig.

5.2.3.3 Doelrealisatie

Niet begeleide buitenlandse minderjarigen

Tabel 5.7 toont een overzicht van de doelsrealisatie in begeleidingstehuizen categorie 1bis voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen. We hebben omwille van de kleine aantallen geen percentages berekend maar geven de frequenties weer.

Tabel 5.7 Doelrealisatie in begeleidingstehuizen categorie 1bis voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen

Doel	Niet bereikt	Deels bereikt	Bereikt
<u>Jongere</u>			
- emotioneel functioneren (n = 15)	1	5	9
- gedragsproblemen (n = 8)	1	2	5
- persoonlijkheid versterken (n = 7)	-	1	6
- psychosomatische klachten (n = 2)	-	-	2
- psychiatrische klachten (n = 1)	-	1	-
- gezondheidsproblemen (n = 6)	-	1	5
<u>Sociale omgeving jongere</u>			
- omgang leeftijdgenoten (n = 12)	-	2	10
- omgang volwassenen (n = 10)	-	3	7
- vrije tijd zinvol besteden (n = 16)	2	3	11
- zelfstandigheid (n = 10)	-	2	8
<u>Jongere en school</u>			
- schoolsituatie (n = 10)	-	2	10
- schoolse prestaties (n = 5)	-	1	4

Op de meeste domeinen wordt aangegeven dat de doelen voldoende werden bereikt. We zien hier een duidelijke correspondentie tussen probleemreductie en doelrealisatie. Op het domein van emotioneel functioneren wordt bij meer dan eenderde van de jongeren het doel niet (n = 1) of slechts gedeeltelijk (n = 5) bereikt. Ook dit gegeven correspondeert met de gegevens over probleemreductie. Een substantieel aantal jongeren vertoont immers bij uitstroom nog matige tot ernstige emotionele problemen.

Drugverslaafde jongeren

In Tabel 5.8 geven we een overzicht van de doelsrealisatie in het begeleidingstehuis categorie 1bis voor drugverslaafde jongeren. We vermelden omwille van het beperkte aantal dossiers enkel de frequenties.

We merken dat in de meerderheid van de dossiers doelen als ‘deels bereikt’ of ‘bereikt’ worden gepercipieerd. Dit geldt niet enkel voor de doelen die rechtstreeks betrekking hebben op de jongere zelf, maar ook voor doelen inzake de opvoedingssituatie. Dit laatste strookt niet helemaal met de gerapporteerde opvoedingsproblemen bij uitstroom. We zien hier met andere woorden een discrepantie tussen doelsrealisatie en probleemreductie. Tenslotte melden we dat doelen in verband met de behandeling van de middelenverslaving slechts bij één jongere niet werden bereikt, bij zes jongeren werden deze doelen deels bereikt, bij drie jongeren volledig.

Tabel 5.8 *Doelsrealisatie in begeleidingstehuizen categorie 1bis voor drugverslaafde jongeren*

Doel	Niet bereikt	Deels bereikt	Bereikt
<u>Jongere</u>			
- emotioneel functioneren (n = 9)	1	6	2
- gedragsproblemen (n = 10)	1	4	5
- middelenmisbruik (n = 10)	1	6	3
- persoonlijkheid versterken (n = 7)	1	3	3
- psychosomatische klachten (n = 5)	1	1	3
- psychiatrische klachten (n = 3)	2	1	-
- gezondheidsproblemen (n = 5)	-	1	4
<u>Sociale omgeving jongere</u>			
- omgang leeftijdgenoten (n = 10)	1	6	3
- omgang volwassenen (n = 10)	2	3	5
- vrije tijd zinvol besteden (n = 10)	1	4	5
- zelfstandigheid (n = 9)	1	3	5
<u>Jongere en school</u>			
- schoolsituatie (n = 10)	2	4	4
- schoolse prestaties (n = 8)	1	3	4
<u>Gezin</u>			
- opvoedingsproblemen algemeen (n = 5)	2	2	1
- opvoedingsproblemen ouder-kind (n = 10)	2	6	2
- huishoudelijke problemen (n = 1)	-	1	-
<u>Sociale omgeving gezin</u>			
- maatschappelijk functioneren (n = 2)	-	1	1
<u>Ouders</u>			
- persoonlijk functioneren (n = 3)	3	-	-

5.3 Thuisbegeleidingsdiensten

5.3.1 Voortijdige uitval

In 55 dossiers (25%) wordt gemeld dat de hulpverlening voortijdig werd stopgezet. De groep uitvallers telt significant meer meisjes ($\chi^2 = 4.5$, $df = 1$) dan de groep niet-uitvallers. In gezinnen waar de begeleiding voortijdig werd stopgezet deden zich bij instroom meer materiële ($F = 11.7$, $df = 1$, 218) en huishoudelijke problemen ($F = 7.6$, $df = 1$, 218) voor. In mindere mate significant (slechts op 10%-niveau) maar toch interessant om te vermelden, is de vaststelling dat bij de groep uitvallers bij instroom meer situaties van mishandeling/verwaarlozing voorkwamen ($F = 3.8$, $df = 1$, 218) en meer problemen bij de moeder ($F = 5.6$, $df = 1$, 218).

De redenen tot voortijdige stopzetting van de hulpverlening zijn divers. De voornaamste waren weerstand, geen medewerking of motivatie (n = 16), een situatie van onveiligheid waardoor de fysieke integriteit van de gezinsleden niet kon worden gegarandeerd (bv. bij kindermishandeling) en thuisbegeleiding minder aangewezen was (n = 11), geen hulpvraag van het gezin (n = 10), geen bereidheid tot verandering (n = 5), interne personeelwisselingen (i.c. verandering van thuisbegeleider) (n = 2), fugues (n = 2) en een zeer ernstige, en daarom niet via deze werkvorm aan te pakken, problematiek bij de ouders (n = 1). In sommige dossiers werden meerdere redenen voor stopzetting aangegeven. Niet als voortijdige uitval werden beschouwd: het bereiken van de meerderjarigheid, een crisisopname, het toewerken naar een andere maatregel, een positieve evolutie in het gezin, een opname van een ouder (bv. in psychiatrie), een tijdelijke onderbreking met een tijdelijke plaatsing (bv. in een Gemeenschapsinstelling) of project (bv. time-out).

5.3.2 Probleemreductie

Functioneren van de minderjarige

In Tabel 5.9 geven we een overzicht van de gerapporteerde problemen bij de jongere bij uitstroom uit de thuisbegeleidingsdiensten.

Een vergelijking tussen in- en uitstroomgegevens toont een significante daling in emotionele problemen (t = 3.3, df = 219), agressieve problemen (t = 6.2, df = 218), middelengebruik (t = 2.8, df = 219), school- en leerproblemen (t = 7.3, df = 218), vrijetijdsproblemen (t = 5.4, df = 219), persoonlijkheidsproblemen (t = 3.2, df = 218), psychosomatische problemen (t = 2.9, df = 218) en gezondheidsproblemen (t = 2.7, df = 218). Er zijn geen significante dalingen van antisociale problemen, psychiatrische problemen, verstandelijke en ontwikkelingsproblemen en seksuele problematiek. We stellen vast dat vooral emotionele problemen, agressie en school- en leerproblemen in min of meer ernstige mate blijven voorkomen bij uitstroom, ondanks de significante daling (respectievelijk 19.1%, 13.6% en 10.9% van de dossiers maakt melding dat deze problemen nog in ernstige vorm aanwezig zijn bij uitstroom). Hetzelfde geldt voor persoonlijkheidsproblemen (11.4%).

Tabel 5.9 Aanwezigheid van problemen bij kinderen en jongeren in thuisbegeleidingsdiensten bij uitstroom

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Emotionele problemen	36.8	17.7	26.4	19.1
Agressieproblemen	44.5	21.8	20.0	13.6
Antisociale problemen	82.7	3.6	8.2	5.5
Middelengebruik	90.0	3.2	4.5	2.3
School- en leerproblemen	57.3	15.5	16.4	10.9
Problemen vrije tijd	62.7	13.2	15.9	8.2
Persoonlijkheidsproblemen	64.5	9.1	15.0	11.4
Psychosomatische problemen	89.1	3.6	3.2	4.1
Psychiatrische problemen	86.4	2.3	5.5	5.9
Gezondheidsproblemen	92.2	2.7	3.7	1.4
Verstandelijke/ontwikkelingsproblemen	83.6	6.4	5.9	4.1
Seksuele problematiek	91.4	1.4	4.1	3.2

Gezinsfunctioneren

Tabel 5.10 geeft een overzicht van de in het gezin gerapporteerde problemen bij uitstroom.

Bij vergelijking van in- en uitstroomgegevens merken we een significante daling van algemene opvoedingsproblemen ($t = 6.9$, $df = 218$), opvoedingsproblemen met de verwezen minderjarige ($t = 8.8$, $df = 218$), situaties van mishandeling of verwaarlozing ($t = 4.7$, $df = 218$), problemen inzake maatschappelijk functioneren ($t = 5.1$, $df = 218$), materiële problemen ($t = 5.5$, $df = 218$), huishoudelijke problemen ($t = 3.1$, $df = 218$), problemen bij vader ($t = 6.5$, $df = 218$) en problemen bij moeder ($t = 7.9$, $df = 218$). Ondanks deze significante probleemreductie die zich manifesteert in het gezin (zowel wat betreft interactionele als materiële/huishoudelijke problemen) en in het ouderlijk functioneren, blijven toch op meerdere domeinen nog ernstige problemen bestaan bij uitstroom. In meer dan een kwart van de dossiers wordt melding gemaakt van ernstige opvoedingsproblemen met de verwezen jongere (27.7%) of ernstige problemen bij de moeder (25.9%). Ook hier moet men beseffen dat de problemen bij instroom groot en massaal waren.

Tabel 5.10 Aanwezigheid van gezinsproblemen bij uitstroom uit thuisbegeleidingsdiensten

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Opvoedingsproblemen (algemeen)	45.5	15.0	20.0	19.5
Opvoedingsproblemen met jongere	19.5	21.4	31.4	27.7
Mishandeling/verwaarlozing	75.5	6.4	9.1	9.1
Problemen maatschappelijk functioneren	61.8	10.5	14.5	13.2
Materiële problemen	63.6	8.6	14.5	13.2
Huishoudelijke problemen	77.6	5.9	10.0	6.4
Problemen bij vader	61.8	4.5	15.9	17.7
Problemen bij moeder	41.8	10.9	21.4	25.9

5.3.3 Doelrealisatie

De antwoordcategorie ‘deels bereikt’ wordt bij quasi alle problemen het meest aangegeven (zie Tabel 5.11). Alleen voor psychiatrische problemen wordt de categorie ‘niet bereikt’ het vaakst vermeld (50%). In absolute cijfers worden het vaakst doelen die verband houden met de school als bereikt vermeld, en dit in ongeveer eenderde van de gevallen. Wanneer we de doelrealisatie- en de probleemreductiegegevens met elkaar vergelijken, merken we een vrij grote discrepantie behalve voor doelen die verband houden met school, aanpak van psychiatrische klachten en gedragsproblemen (i.h.b. antisociale problemen).

5.4 GIT-projecten

5.4.1 Voortijdige uitval

In 19 dossiers (32.8%) wordt aangegeven dat de hulpverlening voortijdig werd stopgezet. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de uitvallers en de niet-uitvallers, behalve voor gezondheidsproblemen bij instroom. Deze deden zich significant meer voor in de groep niet-uitvallers ($F = 9.8$, $df = 1$, 56).

De redenen voor voortijdige stopzetting van de hulpverlening zijn erg uiteenlopend. De voornaamste motieven waren fugues ($n = 3$), ernstige escalatie van de gedragsproblemen (bv. agressie) of zich systematisch niet houden aan regels en afspraken (bv. spijbelen) ($n = 10$), verzet tegen het hulpaanbod of pertinente weigering of weerstand van jongere en/of ouder (zich onbegeleidbaar opstellen, geen motivatie) ($n = 2$), nieuwe criminele feiten ($n = 4$), escalatie van verslavingsproblematiek ($n = 1$), seksuele contacten in de leefgroep ($n = 1$), te ernstige problematiek voor begeleiding door de voorziening vanwaaruit GIT werd opgestart ($n =$

1). In meerdere dossiers werden verschillende redenen van stopzetting aangegeven. Niet als voortijdige uitval werden beschouwd: het bereiken van de meerderjarigheid, een crisisopname, het toewerken naar een andere maatregel, een tijdelijke onderbreking met een tijdelijke plaatsing (bv. in een Gemeenschapsinstelling) of project (bv. time-out).

Tabel 5.11 Doelrealisatie in de thuisbegeleidingsdiensten

Doel	Niet bereikt	Deels bereikt	Bereikt
<u>Jongere</u>			
- emotioneel functioneren	19.5%	61.0%	19.5%
- gedragsproblemen	21.4%	57.2%	21.4%
- middelenmisbruik	36.4%	45.5%	18.2%
- persoonlijkheid versterken	21.8%	56.4%	21.8%
- psychosomatische klachten*	29.7%	59.5%	10.8%
- psychiatrische klachten*	50.0%	37.5%	12.5%
- gezondheidsproblemen*	24.0%	44.0%	32.0%
<u>Sociale omgeving jongere</u>			
- omgang leeftijdgenoten	15.6%	55.8%	28.6%
- omgang volwassenen	17.9%	66.7%	15.4%
- vrije tijd zinvol besteden	24.5%	55.9%	19.6%
- zelfstandigheid	7.8%	68.7%	23.4%
<u>Jongere en school</u>			
- schoolsituatie	14.7%	47.4%	37.9%
- schoolse prestaties	18.3%	50.5%	31.1%
<u>Gezin</u>			
- opvoedingsproblemen algemeen	31.0%	46.8%	22.2%
- opvoedingsproblemen ouder-kind	22.0%	58.0%	22.0%
- materiële problemen	23.4%	55.8%	20.8%
- huishoudelijke problemen	29.2%	50.0%	20.8%
<u>Sociale omgeving gezin</u>			
- maatschappelijk functioneren	22.2%	64.6%	13.1%
<u>Ouders</u>			
- persoonlijk functioneren	24.2%	56.7%	19.1%

Noot: *: deze percentages werden gebaseerd op zeer kleine aantallen aangezien het gaat om doelen die weinig werden vooropgesteld.

5.4.2 Probleemreductie

Functioneren van de jongere

Tabel 5.12 geeft een overzicht van de aanwezige problemen bij jongeren bij uitstroom uit de GIT-projecten.

Wanneer we in- en uitstroomgegevens met elkaar vergelijken merken we een significante daling van emotionele problemen ($t = 2.9$, $df = 57$), agressieve problemen ($t = 3.7$, $df = 57$), antisociale problemen ($t = 3.6$, $df = 57$), middelengebruik ($t = 2.1$, $df = 57$), school- en leerproblemen ($t = 5.8$, $df = 57$), vrijetijdsproblemen ($t = 5.0$, $df = 57$), persoonlijkheidsproblemen ($t = 2.3$, $df = 57$), psychosomatische problemen ($t = 2.5$, $df = 57$), psychiatrische problemen ($t = 2.1$, $df = 57$) en seksuele problematiek ($t = 2.3$, $df = 57$). Enkel voor gezondheidsproblemen en verstandelijke of ontwikkelingsproblemen worden geen significante dalingen gevonden. Hier gelden dezelfde twee kanttekeningen als bij CANO-projecten. Ten eerste zijn de problemen van jongeren die instromen in GIT-projecten massaal en extreem. Ten tweede zien we dat bij uitstroom nog vele problemen aanwezig zijn, zij het in mildere vorm. Toch komen bij uitstroom nog ernstige agressieproblemen voor bij bijna drie op tien jongeren (29.3%) en emotionele problemen, school- en leerproblemen en vrijetijdsproblemen nog bij ongeveer een

kwart van de jongeren (24.1%). Ook ernstige persoonlijkheidsproblemen en psychiatrische klachten komen nog vaak voor (respectievelijk 20.7% en 17.2%).

Tabel 5.12 *Aanwezigheid van problemen bij jongeren in GIT-projecten bij uitstroom*

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Emotionele problemen	36.2	12.1	27.6	24.1
Agressieproblemen	34.5	22.4	13.8	29.3
Antisociale problemen	46.6	19.0	15.5	19.0
Middelengebruik	58.6	15.5	15.5	10.3
School- en leerproblemen	36.2	13.8	25.9	24.1
Problemen vrije tijd	22.4	25.9	27.6	24.1
Persoonlijkheidsproblemen	50.0	15.5	13.8	20.7
Psycho-somatische problemen	86.2	8.6	3.4	1.7
Psychiatrische problemen	70.7	6.9	5.2	17.2
Gezondheidsproblemen	84.5	8.6	5.2	1.7
Verstandelijke/ontwikkelingsproblemen	82.8	1.7	8.6	6.9
Seksuele problematiek	75.9	8.6	6.9	8.6

Gezinsfunctioneren

Tabel 5.13 geeft een overzicht van de aanwezige gezinsproblemen bij uitstroom uit de GIT-projecten.

Bij vergelijking tussen in- en uitstroomgegevens merken we een significante daling van algemene opvoedingsproblemen ($t = 2.4$, $df = 57$), opvoedingsproblemen met de verwezen jongere ($t = 4.2$, $df = 57$), situaties van mishandeling of verwaarlozing ($t = 3.0$, $df = 57$), materiële problemen ($t = 4.0$, $df = 57$), huishoudelijke problemen ($t = 3.0$, $df = 57$), problemen met vader ($t = 3.6$, $df = 57$) en problemen met moeder ($t = 4.1$, $df = 57$). Ook hier zijn de problemen bij instroom vaak extreem en massaal en blijven bij uitstroom ernstige problemen bestaan in een substantieel deel van de gezinnen: ernstige algemene opvoedingsproblemen (20.7%), ernstige opvoedingsproblemen met de verwezen jongere (32.8%) en ernstige problemen bij de moeder (24.1%).

Tabel 5.13 *Aanwezigheid van gezinsproblemen bij uitstroom uit GIT-projecten*

Probleem	Score 0 (%)	Score 1 (%)	Score 2 (%)	Score 3 (%)
Opvoedingsproblemen (algemeen)	65.5	3.4	10.3	20.7
Opvoedingsproblemen met jongere	29.3	10.3	27.6	32.8
Mishandeling/verwaarlozing	82.8	3.4	6.9	6.9
Problemen maatschappelijk functioneren	65.5	3.4	22.4	8.6
Materiële problemen	74.1	3.4	13.8	8.6
Huishoudelijke problemen	82.8	3.4	10.3	3.4
Problemen van vader	74.1	3.4	13.8	8.6
Problemen van moeder	63.8	3.4	8.6	24.1

5.4.3 Doelrealisatie

De meeste doelen worden 'deels bereikt' of 'bereikt' voor de meerderheid van de onderzochte dossiers (Tabel 5.14). Dat is niet het geval ten aanzien van psychiatrische klachten (in 66.7% van de gevallen werden de doelen niet bereikt; dit correspondeert met de niet-significante probleemreductie) en materiële problemen (50% niet bereikt). Men is echter voorzichtig in de

beoordeling en geeft vaker de categorie ‘deels bereikt’ op dan de categorie ‘bereikt’. Dat geldt niet voor doelen inzake gedragsproblemen (34.1% bereikt), middelenmisbruik (40.0% bereikt), schoolsituatie (40.7% bereikt) en zelfstandigheid (41.1% bereikt). Opvallend is dat de doelen in verband met gezin, sociale omgeving van het gezin en ouderlijk functioneren beduidend minder vaak als gerealiseerd worden gepercipieerd dan de doelen die betrekking hebben op jongeren. Hier zien we dan ook een discrepantie tussen doelrealisatie en probleemreductie.

Tabel 5.14 Doelrealisatie bij GIT-projecten

Doel	Niet bereikt	Deels bereikt	Bereikt
<u>Jongere</u>			
- emotioneel functioneren	26.1%	45.7%	28.3%
- gedragsproblemen	36.6%	29.3%	34.1%
- middelenmisbruik	35.0%	25.0%	40.0%
- persoonlijkheid versterken	16.7%	47.6%	35.7%
- psychosomatische klachten*	37.5%	37.5%	25.0%
- psychiatrische klachten*	66.7%	20.0%	13.3%
- gezondheidsproblemen*	16.7%	50.0%	33.3%
<u>Sociale omgeving jongere</u>			
- omgang leeftijdgenoten	16.7%	58.3%	25.0%
- omgang volwassenen	22.2%	55.6%	22.2%
- vrije tijd zinvol besteden	30.0%	60.0%	10.0%
- zelfstandigheid	11.8%	41.1%	41.1%
<u>Jongere en school</u>			
- schoolsituatie	24.1%	35.2%	40.7%
- schoolse prestaties	44.7%	28.9%	26.3%
<u>Gezin</u>			
- opvoedingsproblemen algemeen*	36.8%	57.9%	5.3%
- opvoedingsproblemen ouder-kind	31.8%	59.1%	9.1%
- materiële problemen*	50.0%	30.0%	20.0%
- huishoudelijke problemen*	37.5%	50.0%	12.5%
<u>Sociale omgeving gezin</u>			
- maatschappelijk functioneren*	47.1%	35.3%	17.6%
<u>Ouders</u>			
- persoonlijk functioneren	28.6%	66.7%	4.8%

Noot: *: deze percentages werden gebaseerd op zeer kleine aantallen aangezien het gaat om doelen die weinig werden vooropgesteld.

5.5 Relevante indicatoren voor ‘outcome’-onderzoek

De sleutelfiguren en verwijzers kregen tijdens de interviews de gelegenheid om te reflecteren over de meerwaarde van ‘outcome’-onderzoek in de bijzondere jeugdzorg en om te vertellen hoe ze zelf het effect en de effectiviteit van begeleidingen proberen te meten en evalueren in hun praktijk. Verder werd gepeild naar relevante indicatoren van effect en effectiviteit in hun werkvorm. We hoopten op deze manier via een ‘bottom-up’ benadering een lijst te krijgen van indicatoren die relevant zou kunnen zijn voor toekomstig ‘outcome’-onderzoek in de sector. We bespreken de voornaamste resultaten van deze bevraging over de werkvormen heen.

We stellen eerst en vooral vast dat deze vragen niet zo gemakkelijk te beantwoorden zijn voor vele sleutelfiguren en verwijzers. Vooral de vraag over relevante indicatoren was moeilijk. De antwoorden die we op deze vragen kregen, zijn dan ook doorgaans minder geëlaboreerd dan deze op andere vragen in het interview (bv. over beoogde en bereikte doelgroep, interventie-middelen) en dus ook in vele gevallen minder informatief. Een ‘lijst’ van relevante indicatoren kon derhalve niet uit de antwoorden worden afgeleid. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat er zo weinig traditie van systematisch ‘outcome’-onderzoek is in de bijzondere jeugd-

zorg in Vlaanderen en dat er relatief weinig over wordt gecommuniceerd door hulpverleners. Niettegenstaande de moeilijkheid van deze vragen en de onbekendheid met het ‘outcome’-debat, bevatten de antwoorden van de geïnterviewden relevante en interessante informatie.

De inhoud van de antwoorden had betrekking op drie thema’s: 1) de nood aan en de zinvolheid van ‘outcome’-onderzoek in de bijzondere jeugdzorg (5.5.1), 2) de methode van ‘outcome’-onderzoek (5.5.2) en 3) parameters en indicatoren van effect- en effectiviteit (5.5.3).

5.5.1 De zinvolheid van ‘outcome’-onderzoek

Ten eerste erkennen vele sleutelfiguren de nood aan ‘outcome’-onderzoek en zien ze de zinvolheid en het belang ervan in. Men is er intern mee bezig in de voorziening, sommige voorzieningen proberen zelf de resultaten van de hulpverlening die ze bieden op een of andere manier in kaart te brengen (bv. via tevredenheidsmetingen, bewonersvergaderingen, kwaliteitshandboek, eindwerken van studenten). Het besef groeit dat hulpverlening de overheid geld kost en informatie over de opbrengsten van hulpverlening noodzakelijk is, wil men de beschikbare middelen eerlijk en in het belang van de cliënt kunnen verdelen. Men is tevens verheugd dat de overheid op dit moment veel aandacht besteedt aan het ‘outcome’-onderzoek in de jeugdzorg. Ten tweede zijn hulpverleners uiteraard ook nieuwsgierig naar de effecten die hun werk sorteert en willen ze weten welke interventies werkzaam zijn en wat het verschil maakt. Ten derde is men ervan overtuigd dat systematisch onderzoek naar de ‘outcome’ van hulpverlening tot verbeteringen zal leiden. Informatie over de instroom zal duidelijkheid bieden over de aanwezige doelgroepen en helpen om beoogde doelgroepen beter te bereiken. Indiciestelling en trajectbegeleiding zullen erdoor worden geoptimaliseerd. Verder zal kennis over welke methodieken werkzaam zijn, leiden tot betere handelingsplanning en uitvoering van handelingsplannen, en meer reflectie over het eigen werk op gang brengen.

We illustreren de bovenstaande synthese met enkele fragmenten uit de interviews:

‘We hebben er wel nood aan en willen onszelf evalueren, soms geloof je zo in je eigen gelijk en zit je in je eigen kijk vast (nu minder: er is veel beweging in de sector).’

‘We zitten trouwens ook in een maatschappelijk gebeuren waar de economische factoren spelen: je krijgt zo veel middelen en toon aan dat je met die middelen en de modellen die je ontwikkelt ook iets bereikt.’

‘We kosten zoveel aan de gemeenschap, we doen zoveel mensen vanalles aan (onze bemoeienis) dus laat ons dat doen. De maatschappij vraagt dat er hulpverlening wordt georganiseerd, de maatschappij moet zeggen wat ze ervan verwacht (op een onderbouwde manier, dat moet uit een dialoog met wetenschappers en praktijkmensen gebeuren, de wetenschap speelt er een belangrijke rol). De wetenschappers moeten vanuit hun domein in dialoog gaan met praktijkmensen vannuit hun ervaring ... Praktijkmensen moeten hun ervaring kunnen naar buiten brengen en daaruit moet je iets maken. In een verantwoorde dialoog met collega's, programmamakers en wetenschappers overeenkomen wat we verantwoorde jeugdhulpverlening vinden, waar we ons mee moeten bezig houden.’

‘We moeten ons ook de vraag stellen of de middelen die we inzetten ook efficiënt waren, we moeten vermijden om meer van hetzelfde te doen als iets niet werkt maar hoe je dat meet daar hebben we geen antwoord op.’

‘We hebben ook een tevredenheidsmeting zodat we weten/een richting krijgen van waarover jongeren al dan niet tevreden zijn. Dat geeft ook een rich-

ting en nemen we mee naar de bewonersvergadering, we gaan het ook met de bewoners bespreken van 'kijk daarover zijn jullie niet tevreden' we gaan het onderzoeken van hoe komt dat dan' en hoe kunnen we het verhelpen/verbeteren we bekijken het ook in team en gaan na of we er iets aan kunnen doen, tot wat zou dat kunnen leiden of moeten we onze werking aanpassen eraan,... [...] Het gaat over vanalles: betrokkenheid bij begeleiding, verloop van begeleiding, informatie, privacy, inrichting van studio, projectwerking,...

'Interessante reflectieoefening zo'n onderzoek. We worden gehoord en dat is fijn.'

Toch worden er ook kritische bedenkingen gemaakt over de zinvolheid van 'outcome'-onderzoek. Voor sommigen is dit vooral een zorg voor de overheid en minder voor de werkvloer. Er is ook angst, niet zozeer om het onderzoek zelf maar wel om wat de gevolgen ervan zouden kunnen zijn voor de praktijk, de tijd en de middelen die het zal kosten (ten koste van de hulpverlening?) en wat de overheid ermee gaat doen. Temeer is er angst omdat het gevaar bestaat dat onderzoek sterk reducerend zal zijn en de hulpverlening in de bijzondere jeugdbijstand een erg complexe materie is.

Ook hier geven we ter illustratie enkele fragmenten uit de interviews:

'...voor de ene cliënt is de doelstelling bereikt als er ocmw is, bij een andere cliënt is dat iets anders en heb je andere/hogere verwachtingen. Eenzelfde resultaat is voor de ene geslaagd en voor de andere nog maar het begin. De normen liggen voor elke cliënt op een andere hoogte.'

'We zijn bezig met mensen en hoe mensen zich voelen en hoe gekwetst ze zijn, maar niet met parameters. We rekken de hulp niet langer dan nodig is, maar we willen wel onze tijd krijgen die we denken dat nodig is, zonder zwart-wit te moeten tonen welk resultaat we hebben behaald. Het is moeilijk op papier te zetten.'

'...we staan soms huiverachtig tegen parameters, we vinden ook wel dat we er naar toe moeten, we moeten naar doelmatige hulpverlening, maar het is moeilijk om ze te objectiveren. i.p.v. instroom en uitsroom van jongere bij begeleiding lijkt het ons interessanter waar staat de vorige generatie en waar staat de huidige generatie na de hulpverlening. Het is een heel complex gegeven en hoe ga je dat nagaan/meten/peilen.'

'...jongeren nog niet het positieve in van de geboden hulp, gevoel van 'we zijn ervan af' overheerst bij onmiddellijke stopzetting, nog wat verbitterd, opmerken dat het momentopnames zijn,...). Zo'n bevraging onmiddellijk aan het einde van de begeleiding kan een vertekend beeld geven'

'...de mate waarin je voorwaardelijk hebt kunnen werken, waarin je opening hebt kunnen creëren om hulpverlening op lange termijn minder risico's te hebben; intergenerationeel werken, in de volgende generatie geeft het mogelijk iets minder risico's op even ernstige problematische situaties als degene waar we nu mee werken. Als we nu een zwanger meisje hebben waarvan moeder speed gebruikte tijdens zwangerschap en die heel haar leven in CKG, vluchthuis, dagcentrum,... heeft gezeten nu kunnen integreren in een CIG of op bzuw kunnen zetten met ondersteuning van K&G en een project en die nu al kan vermijden dat ze haar kind de eerste twee jaar niet in een CKG moet zetten en het kind de eerste twee jaar bij haar moeder kan blijven in een

redelijk stabiele leefomgeving en alle nodige zorgen krijgen: dan heeft het meisje een hele weg afgelegd (maar welke parameters hanteer je hiervoor?)...'

'Wel opletten met een te doorgedreven effectiviteitsmeting: niet omdat een aanbod bij een cliënt werkt, dat het ook werkt bij andere cliënt en omgekeerd. Belang van het kunnen behouden van het werken op maat (nl. het aanbod en de kenmerken geïndividualiseerd vertalen naar de jongere en zijn gezin toe), we moeten op maat moeten kunnen blijven werken.'

We kunnen dus besluiten dat de ondervraagde sleutelfiguren 'outcome'-onderzoek noodzakelijk en zinvol achten, maar er tegelijkertijd kritisch naar kijken. Hun kritische blik heeft onder andere te maken met de manier waarop 'outcome'-onderzoek zal worden uitgevoerd.

5.5.2 De methode van 'outcome'-onderzoek

Ten eerste werd over de werkvormen heen door de sleutelfiguren erkend dat wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten van hulpverlening een ingewikkelde aangelegenheid is. Omwille daarvan en omwille van de belangen die voorzieningen hierbij hebben, wordt zulk onderzoek best uitgevoerd door onafhankelijken, dit wil zeggen organisaties die buiten het praktijkveld staan. Ten tweede werd stilgestaan bij de vorm die onderzoek naar resultaten kan aannemen. Als enkel cijfermateriaal wordt verzameld, vindt men dit wat eng. Cijfers zijn belangrijk voor de overheid, onder andere om een verdeling van middelen op te baseren, maar ze dekken niet het gehele plaatje. Er is ook een kwalitatief element aan de hulpverlening dat dient te worden meegenomen in het 'outcome'-onderzoek. Er is het verhaal van de jongere en zijn gezin en de meervoudige betekenis van dit verhaal. Elk verhaal is verschillend, bij instroom kunnen dezelfde problemen naar hele uiteenlopende achtergronden en noden verwijzen en wat een geslaagde begeleiding is, kan zeer verschillend zijn van geval tot geval. Ten derde werd stilgestaan bij de term 'effect'. Het is duidelijk volgens de sleutelfiguren dat men zich niet mag blind staren op de korte termijneffecten van de hulpverlening. Deze zijn misschien het gemakkelijkst te vatten in onderzoeksprojecten, maar kijken naar lange termijn effecten is voor de overheid minstens even relevant en hulpverleners zijn eveneens bijzonder benieuwd naar hoe situaties op de lange termijn, zelfs over meerdere generaties heen, evolueren. Alleen maakt dit het onderzoek nog complexer, want naar welke indicatoren moet je kijken en hoe kan je deze meten?

We illustreren met enkele fragmenten uit de interviews:

'...cliënt is de parameter...'

'Men moet beginnen met de jongere zelf te bevragen: dat zal de beste effectiviteitsmeting zijn. [...] Ook ouders niet vergeten, men vergeet vaak de vragende partij van de ouders in die zaak: veel van die ouders zullen aangeven hoe blij ze waren dat er een dienst was die het overgenomen heeft/opgenomen heeft, dat er een plaats was, want vaak is dat een aaneenrijging van crisissen thuis, zeker in de huidige context dat men niet snel genoeg kan interveniëren.'

'...de context moet betrokken zijn bij de effectmeting...'

'...objectieve meetinstrumenten zijn moeilijk...'

'...bang dat het geheel verloren gaat gaan...'

'Je mag het verhaal niet missen (dossieranalyse is onvolledig), op dat vlak is het moeilijk. Alle domeinen zijn moeilijk dus wat ga je meten en hoe ga je het meten?'

'...ook het proces moet gemeten worden of in kaart gebracht worden.'

'...de vergelijkingsgroep is niet de leeftijdsgenoten, maar wel welk proces heeft die jongere gedaan?'

'Resultaten en effecten zitten in heel kleine dingen die men vaak over het hoofd ziet.'

We besluiten dat sleutelfiguren vooral geïnteresseerd zijn in wetenschappelijk onderzoek dat de resultaten van hun hulpverlening niet te zeer reduceert in cijfers, maar in onderzoek dat rekening houdt met het 'totaalbeeld', waarin aandacht is voor de verhalen van cliënten en voor hun processen van betekenisgeving.

5.5.3 Indicatoren van effect en effectiviteit

Deze vraag bleek zoals gezegd het moeilijkst te beantwoorden. Vele sleutelfiguren gaven hier slechts zeer algemene antwoorden (bv. 'men moet kijken naar het proces' of 'dat hangt af van de hulpvragen, van het handelingsplan'), die weinig konden worden geconcretiseerd en waaruit weinig nieuwe informatie naar voren kwam.

De antwoorden van de sleutelfiguren die meer concrete informatie bevatten, konden in vier clusters worden ondergebracht: 1) kwaliteit van bestaan, 2) verbondenheid in context, 3) de bejegening of de relationele dimensie van het hulpverleningsproces en 4) hulp na de begeleiding of nazorg. Clusters 1 en 2 verwijzen naar indicatoren die rechtstreeks betrekking hebben op de 'outcome' van de hulpverlening, clusters 3 en 4 zou men kunnen beschouwen als voorwaarden voor een goede 'outcome' of belangrijke stappen op weg naar succes.

Kwaliteit van bestaan (zie Knorth, 2005, voor een omschrijving van dit begrip) omvat zowel objectieve als subjectieve kenmerken van minderjarigen en jongeren. Voorbeelden van indicatoren die verwijzen naar kwaliteit van bestaan, zijn:

'objectieve parameters: kan jongere thuis wonen of wordt hij er buiten gesmeten, kan hij er blijven na 6 m -12 m?, terug aangemeld in bijzondere jeugdzorg?, terug aangemeld in drughulpverleningen?, terug als misdrijf omschreven feiten vastgesteld door politie? gaat hij naar school?'

'objectieve parameters kunnen er zijn en daarnaast moet je de cliënten bevragen: evaluaties van de cliënten van de hulpverlening, tevredenheidsmetingen, moeten meegenomen worden: wat vindt cliënt zelf, zijn ze goed geholpen of niet, zien ze verbetering in hun eigen leven, hoe schatten zij het in (in het licht van cliëntgerichte en rechten van cliënten) uiteindelijk zijn cliënten de key persons van hun eigen leven)?'

'...vertrouwen in volwassen mensen gekregen...'

'...huisvesting: is nog objectief'

'...in welke mate heeft kind haar traumatisch verleden een plaats kunnen geven?'

'Hoe zit het met de geestelijke gezondheid van de jongere?'

'...zelfbeeld...'

'Opleidingsniveau'

'Aantal jaren leerachterstand'

Voorbeelden van indicatoren die verwijzen naar verbondenheid in de context zijn:

'welke netwerkcontacten (aantal, intensiteit) zijn er bij aanvang en bij uitstroom, winst op netwerk en leefomgevingontwikkeling, contact met de context?'

'...hoe ziet het netwerk eruit, terugvalbasis, vrije tijdsbesteding, dagbezigheid: zijn zichtbare dingen.'

'Functioneren binnen de maatschappij: relaties kunnen aangaan, de taal kennen, je in groep kunnen bewegen.'

'Context, jongeren en mensen bevragen: wat hebben ze eraan gehad, zien ze veranderingen?'

Voorbeelden van bejegening of de kwaliteit van de relationele dimensie in het hulpverlenend (zie het zorgevaluatiemodel van Veerman, 2005, cf. Hoofdstuk 1) zijn:

'...relatie therapeut-jongere, vertrouwen, erkenning, empathie, veiligheid, respect...'

'Heel veel hangt af van de persoon van de therapeut/begeleider. En daarmee is heel veel gezegd, vind ik. Het is belangrijk niet wat je doet, maar hoe je het doet.'

Men kan tenslotte volgens de sleutelfiguren het resultaat van een begeleiding in een bepaalde werkvorm niet taxeren zonder na te gaan wat erna komt: is er een vervolgtraject en is de hulp in dit traject minder ingrijpend (en hierbij aansluitend: hoe doet de cliënt het in dit traject)? Of men zou het verdere parcours van de jongere en/of het gezin kunnen bekijken en bijvoorbeeld nagaan of er minder breuken (mislukte plaatsingen, voortijdig gestopte begeleidingen) zijn. Of men zou kunnen nagaan of en in welke mate de doelen in het vervolgtraject worden bereikt. Verwijzende instanties kunnen, aldus de sleutelfiguren, in deze vorm van 'outcome'-onderzoek een belangrijke rol spelen. We geven enkele voorbeelden uit de interviews:

'...kunnen organiseren van een minder ingrijpende vorm van hulpverlening vb. van GIBJ (minimum van verantwoordelijkheid) naar CANO (responsabiliseren).'

'...kijken hoeveel er erna nog in hulpverlening zitten (dat is niet negatief, hangt ervan af wat je als vervolghulp kan aanbieden).'

HOOFDSTUK 6: EEN VERGELIJKENDE BESPREKING OVER DE WERKVORMEN HEEN

In dit hoofdstuk bespreken we de resultaten over instroom (6.1), hulpverleningsproces (6.2) en uitstroom (6.3). We proberen de resultaten te begrijpen vanuit de internationale literatuur over ‘outcome’ in de jeugdzorg. We zoeken naar tendensen over werkvormen heen. Waar nodig, differentiëren we onze bespreking om de eigenheid van de resultaten voor een specifieke werkvorm toe te lichten. Tenslotte trachten we waar mogelijk in de bespreking het perspectief van de verwijzers te betrekken.

6.1 Over de instroom

De doelgroepen van begeleidingstehuizen categorie 1bis en thuisbegeleidingsdiensten worden in de regelgeving breed omschreven. In de praktijk vinden we deze brede omschrijving terug zowel op het niveau van wat voorzieningen beogen (bv. in de manier waarop ze hun doelgroep in folders en op websites omschrijven) als op het niveau van de instroom. We zien zeer uiteenlopende en heterogene problemen bij de minderjarigen, hun gezin en ouders. Er worden zo weinig mogelijk contra-indicaties gesteld om zo weinig mogelijk jongeren en gezinnen op voorhand uit te sluiten. Over sommige doelgroepen twijfelt men: zwakbegaafde of licht verstandelijk gehandicapte jongeren, jongeren met ernstige psychiatrische problemen, een ernstige drugverslaving, ouders met ernstige psychiatrische problemen, een volledig gebrek aan motivatie of bereidheid tot verandering en inspanning bij jongere of ouder. Maar zelfs in deze gevallen zal men vaak nog een begeleiding starten, deels omdat men lichtpuntjes en mogelijkheden tot behandeling blijft zien, deels omdat de sector met een aanbodtekort zit en de jongere of het gezin nergens anders terecht kunnen. De term ‘begeleidbaarheid’ is in de gesprekken met de sleutelfiguren verschillende malen genoemd. Nu is van deze term geen eenduidige omschrijving of operationalisatie te geven – in de literatuur over jeugddelinquentie wordt wel eens gesproken over wat de minimale begeleidingsvoorwaarden bij een jongere moeten zijn – en het zou een studie apart zijn om uit te maken wat er door hulpverleners in de bijzondere jeugdbijstand onder wordt verstaan, maar toch willen we er, vanuit de gegevens van dit onderzoek, enkele kanttekeningen bij maken. Het lijkt wel of in de ogen van hulpverleners begeleidbaarheid een erg rekbaar iets is, anders gezegd, er mogen steeds meer en ernstigere problemen zijn bij een jongere of gezin alvorens men de term ‘niet meer begeleidbaar’ in de mond neemt. Men schuift de grenzen constant op, men wacht af en hoopt nog. Dat is enerzijds een positief punt, het getuigt van idealisme en beroepsernst, en hulpverleners zijn gelukkig nuchter genoeg om hun ‘theory of change’ (‘Wat is er nog veranderbaar?’), hun doelstellingen en handelen hierop af te stemmen en bij te stellen. Zo worden in vele gevallen tussentijdse doelen of voorwaardelijke doelen gesteld. Anderzijds moet men toch aannemen dat er aan elke werkvorm een limiet is – alleen al beperkingen in het interventiekader en praktische problemen in een voorziening definiëren een limiet – en mogen hulpverleners hun eigen draagkracht en die van hun collega’s niet overschatten. Studies in de residentiële zorg wijzen erop dat enthousiasme en jobtevredenheid niet voldoende zijn om een job vol te houden en dat de ernst en complexiteit van de problemen die zich aandienen mee voorspellen of staf en opvoedend personeel voortijdig hun job opgeven (Colton & Roberts, 2006; Savicki, 2002). Begeleidbaarheid wordt in het kader van het contextgericht werken mee gecontextualiseerd. Het gaat niet meer enkel over de begeleidbaarheid van een jongere of een gezin, maar ook die van de context eromheen. Mag men vanuit de wisselwerking tussen jongere/gezin en context stellen dat hoe meer positieve krachten er in de context aanwezig blijken te zijn, hoe meer problemen er bij de jongere of het gezin mogen zijn? Dat lijkt een logische gedachten-gang, maar het gevaar op overbelasting van hulpverleners is groot want contextgericht werken is intensief en veeleisend. Bovendien dreigt het gevaar dat door deze contextualisering het begrip begeleidbaarheid nog verder wordt uitgerekt.

In de begeleidingstehuizen categorie 1bis lijkt het op het eerste zicht logisch te zijn dat er weinig contra-indicaties worden gesteld. Hier komen jongeren terecht met een lange, complexe en discontinue hulpverleningsgeschiedenis. De verwijzers, zowel de comités bijzondere jeugdzorg als de sociale diensten van de jeugdrechtbank, erkennen de doelgroep van de 1bis-voorzieningen. Zij geven aan dat voor hen 1bis soms eerder een negatieve keuze is, die ze maken voor jongeren met ernstige problemen wanneer alternatieven (o.w.v. te weinig plaatsen) ontbreken. De thuisbegeleidingsdiensten lijken ook het begeleidbaarheidsbegrip steeds verder te rekken, maar dat zij steeds minder contra-indicaties stellen is minder vanzelfsprekend en leidt tot problemen. Ten eerste kan het een oneigenlijk gebruik van deze werkvorm in de hand werken. Omwille van het te beperkte residentiële aanbod, wordt er noodgedwongen naar thuisbegeleiding verwezen en komen hier gezinnen terecht met chronische, complexe en moeilijke problemen. Zowel hulpverleners als verwijzers erkennen dit oneigenlijke gebruik (“je denkt tweemaal na alvorens je plaats”, “thuisbegeleiding is vaak in afwachting, tot er plaats in een residentiële voorziening vrij komt”). Ten tweede worden thuisbegeleiders regelmatig geconfronteerd met de veiligheidsthematiek. Wanneer het voor één of meer gezinsleden omwille van situaties van kindermishandeling of gezinsgeweld onveilig is nog thuis te wonen, of wanneer het voor de gezinsbegeleider omwille van geweld(sdreiging) onveilig wordt aan huis te komen, is thuisbegeleiding eigenlijk niet aangewezen. Plaatstekort en te weinig tijd en middelen voor een grondige indicatiestelling maken echter dat hier te weinig rekening mee kan worden gehouden of dat niet tijdig kan worden ingeschat dat de veiligheid onvoldoende is gegarandeerd en dit pas blijkt in de loop van de begeleiding.

In alle werkvormen valt de ernst van de problemen bij minderjarigen en gezinnen op. Op meerdere domeinen zijn er langdurige problemen. Naast ernstige opvoedingsproblemen, emotionele problemen, gedragsproblemen, school- en leerproblemen en vrijetijdsproblemen vallen de hoge frequenties van psychiatrische problemen bij jongeren op. Verder stellen we in alle werkvormen vast dat een aanzienlijk deel van de ouders kampen met individuele problemen. We hebben de psychiatrische problemen van jongeren niet systematisch nagevraagd maar uit onderzoek in binnen- en buitenland (Cocker & Grietens, 2004a, 2004b; Meltzer et al., 2004) weten we dat de prevalentie van bijvoorbeeld hechtingsstoornissen in deze groep vrij hoog is. Men kan zich afvragen of de aanwezigheid van deze stoornis het verbindend werken al niet op voorhand hypothekeert.

Ondanks de hoge ernst van problemen bij jongeren en gezinnen in alle onderzochte werkvormen, kunnen we toch een zekere gradatie van ernst herkennen, hetgeen erop wijst dat de werkvormen een eigen profiel (blijven) bewaren. De residentiële werkvormen onderscheiden zich wat ernst van problemen bij instroom betreft van thuisbegeleiding doordat er meer en ernstigere problemen worden verwezen. Zoals vermeld, meldden de verwijzers dat ze begeleidingstehuizen categorie 1bis als negatieve (laatste?) keuze achter de hand houden. Verder valt op dat verhoudingsgewijs meer cliënten van allochtone afkomst aanwezig waren in de begeleidingstehuizen dan in de thuisbegeleidingsdiensten (24.4% van de dossiers in 1bis, de voorzieningen met categoriale opvang niet meegerekend, versus 11.8% in de thuisbegeleidingsdiensten). We mogen hier niet zomaar uit besluiten dat jongeren van allochtone afkomst meer kans lopen op een residentiële plaatsing, maar het gegeven verdient wel nadere aandacht. Bovendien waren in CANO 20% en in GIT zelfs 36.2% van de jongeren van allochtone afkomst. Tenslotte troffen we meer gezinnen met huishoudelijke en/of materiële problemen aan in de dossiers van de thuisbegeleidingsdiensten dan in de begeleidingstehuizen categorie 1bis. Het ging hier allicht om multiprobleem-gezinnen.

De CANO- en GIT-projecten onderscheidten zich op hun beurt van de begeleidingstehuizen categorie 1bis. Hier ligt de graad van ernst van problemen, zowel bij de jongere als het gezin, nog hoger. De verwijzers erkennen het profiel van deze werkvormen en verwijzen gericht door. Van CANO wordt gezegd dat ze een “grote draagkracht” hebben. Het is voor sommige verwijzers de laatste mogelijkheid (“als er nog ergens iets mogelijk is, dan is het daar”).

De begeleidingstehuizen categorie 1bis met categoriale opvang tenslotte hebben ook te maken met jongeren met zeer ernstige problemen. In de voorziening voor drugbehandeling

staat uiteraard de drugverslaving centraal maar gerelateerd aan deze problematiek zijn er vele andere problemen bij de jongere (o.a. ernstige agressie, psychiatrische problemen) en het gezin. De voorzieningen voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen worden geconfronteerd met jongeren met trauma's en emotionele problemen. De afwezigheid van gezin en context en de onbekende voorgeschiedenis hypotekeren het opstarten van hulpverlening.

We merken op dat er in alle werkvormen een substantieel aantal dossiers was waar geen opvoedingsproblemen bij de verwezen minderjarige werden gemeld. Dat is vreemd, want het zou in de sector bijzondere jeugdzorg toch steeds moeten gaan om problematische opvoedingssituaties. Het zou kunnen dat het in de begeleidingstehuizen categorie 1bis hier om MOF-dossiers gaat, waarbij vooral het problematisch functioneren van de jongere centraal staat. In de thuisbegeleidingsdiensten zou het kunnen gaan om gezinnen waar niet zozeer de opvoeding van het verwezen kind problematisch is, maar wel andere problemen (bv. huishoudelijke, financiële problemen) aan de orde zijn. Het zou ook kunnen gaan om situaties van mishandeling en/of verwaarlozing, maar deze zouden dan toch eveneens als vormen van problematisch opvoeden moeten worden beoordeeld. Men kan zich bij deze resultaten echter nog andere vragen stellen. Gaat het, waar het thuisbegeleiding betreft, misschien om te lichte problematieken voor de jeugdzorg? Of kijken hulpverleners té persoonsgericht en slagen ze er niet voldoende in de voorliggende problematieken te verwoorden in interactionele termen en hier hun handelen op af te stemmen? Tenslotte zou het kunnen dat dit opvallende resultaat te maken heeft met het instrument van de dossierstudie. Misschien moet bij verder gebruik van dit instrument scherper worden verwoord wat onder de term 'opvoedingsproblemen' wordt verstaan.

Over het algemeen kunnen we stellen dat de onderzochte werkvormen de beoogde doelgroepen bereiken. Het duidelijkst is dat bij CANO, de GIT-projecten en de begeleidingstehuizen categorie 1bis voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen. Zij hebben voor de verwijzers een duidelijk afgebakend en herkenbaar profiel en/of doelpubliek. Ook de begeleidingstehuizen categorie 1bis bereiken hun doelgroep, die overigens een steeds complexere zorg vraagt. Van de thuisbegeleidingsdiensten kan hetzelfde worden gezegd, zij bereiken hun brede doelgroep, gezinnen in (ernstige) problematische opvoedingssituaties, inclusief multiproblemegezinnen. Hier moet wel de bedenking worden gemaakt dat het aanbodtekort in de sector een oneigenlijk gebruik van deze werkvorm tot gevolg heeft en de doelgroep bij instroom ernstigere, chronischere en complexere problemen vertoont dan de doelgroep die werd beoogd, hetgeen de vraag doet rijzen of begeleiding van deze cliënten wel altijd haalbaar is binnen de contouren van deze werkvorm. Vooral voor adolescentie jongens die leven in een problematische opvoedingssituatie en ernstige gedragsproblemen vertonen, is het tekort aan geschikte opvang in de sector groot. De overeenkomsten tussen beoogde en bereikte doelgroepen mogen dan al groot zijn, het prangende aanbodtekort en de bemerkingen in de voorgaande paragraaf over de rekbaarheid van de term begeleidbaarheid doen de vraag rijzen of, noodgedwongen, wat men beoogt niet continu wordt aangepast aan wat zich feitelijk aanbiedt. Verder kan men zich de vraag stellen wat, gezien de huidige constellatie van elkaar overlappende werkvormen (inclusief projecten) in de bijzondere jeugdzorg, het gebrek aan tijd en middelen voor grondige indicatiestelling (cf. infra) en de complexiteit van de problematische opvoedingssituaties die zich aandienen, de zin nog kan zijn van 'een doelgroep te beogen'. Is, om werkvormen verder te differentiëren en eventuele nieuwe werkvormen uit te bouwen, de feitelijke instroom niet een betere vertrekbasis dan een veronderstelde doelgroep? Dit vereist uiteraard dat er systematisch informatie over de instroom wordt verzameld en dat deze informatie indicatoren bevat die relevant zijn voor het werkvormen-debat.

De minste overeenkomst tussen beoogde en bereikte doelgroep vonden we in het begeleidingstehuis categorie 1bis voor drugverslaafde jongeren. Hier werd aangegeven dat er enkel nog de hele moeilijke problematieken terecht komen. Dat is een enigszins verrassende vaststelling daar we ook vaststelden dat deze voorziening zelden een bezettingsgraad haalt hoger dan 80%. Heeft dit te maken met een te weinig gegronde indicatiestelling, te weinig profilering, of komt het omdat deze voorziening, die eerder een therapeutische dan een begeleidende functie heeft, ressorteert onder de begeleidingstehuizen categorie 1bis en door ver-

wijzers pas als laatste keuze wordt vooropgesteld? Aan de andere kant vonden we in de dossierstudie dat drugsproblemen vrij frequent voorkwamen, zowel in de begeleidingstehuizen als de thuisbegeleidingsdiensten en de GIT-projecten. Niet al deze problemen kunnen uiteraard worden doorverwezen naar één behandelende voorziening. Een meer gedifferentieerde indicatiestelling en een uitbreiding van gespecialiseerde voorzieningen voor jongeren met drugproblemen dringt zich op.

Sommige sleutelfiguren uit thuisbegeleidingsdiensten stelden de plaats van deze werkvorm in het hulpverleningslandschap ter discussie. Zouden ze, gezien hun positie en de brede omschrijving van de doelgroep, niet een meer oriënterende rol kunnen spelen en dus meer aan diagnostiek en indicatiestelling moeten doen? Deze vraag is niet onterecht om twee redenen. Ten eerste maakt de actuele gang van zaken in de bijzondere jeugdzorg dat de thuisbegeleidingsdiensten deze rol nu reeds vaak toebedeeld krijgen of actief opnemen. Dit is een teken dat er nood is aan een transparante, wetenschappelijke en kwaliteitsvolle diagnostiek en dat de actuele manier van werken ontoereikend is. De analyse van de problematische opvoedingssituatie en de indicatiestelling zijn namelijk in eerste instantie het terrein van de verwijzende instanties, maar deze geven aan dat ze vanwege de zeer grote caseload hier nauwelijks tijd en middelen voor hebben en door het toenemende aantal maatregelen en het chronisch plaatstekort in vele gevallen geen doelgerichte toewijzing en opvolging, toch één van de pijlers van indicatiestelling, meer kunnen doen. Uiteraard kan dit probleem niet worden opgelost door de thuisbegeleidingsdiensten exclusief deze rol te geven – het zou alleen maar het probleem verschuiven – en dienen structurele maatregelen te worden genomen om een diagnostisch en indicatiestellingsproces te garanderen vanuit de verwijzende instanties. Overigens zou eenzelfde bedenking kunnen worden gemaakt over de positie van de OOC's, al werd deze werkvorm niet in deze onderzoeksopdracht betrokken. Ten tweede sluit de module vraagverheldering, een essentiële bouwsteen in de zorgprogrammering van thuisbegeleidingsdiensten (Grietens & Mercken, 2006), heel nauw aan bij indicatiestelling. Vraagverheldering is een pijler van het diagnostisch handelen (De Bruyn e.a., 2003) en de conditio sine qua non voor een gegronde indicatiestelling. Het niet betrekken van thuisbegeleidingsdiensten bij diagnostiek en het proces van indicatiestelling is met andere woorden strijdig met de modulering in de zorg. Bij uitbreiding geldt deze opmerking voor andere werkvormen in de bijzondere jeugdbijstand, ook bijvoorbeeld voor de begeleidingstehuizen categorie 1bis. Indicatiestelling is namelijk een cyclisch proces en dient op geregelde tijdstippen te worden geëvalueerd en, indien nodig, te worden bijgestuurd. Hulpverleners, in welke werkvorm ook, zijn uitstekend geplaatst om aan dit proces een waardevolle bijdrage leveren.

Tenslotte stelden we vast dat ook van de begeleidingstehuizen categorie 1bis voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen wordt gevraagd aan oriëntatie te doen. Dit impliceert dat hier eveneens aan diagnostiek en indicatiestelling wordt gedaan. Het proces is in deze voorzieningen des te moeilijker omwille van de aard van de doelgroep: er is nauwelijks of geen informatie beschikbaar over de jongeren, hun context en achtergrond, en er wordt vaak (te) weinig tijd gegeven om die informatie te verzamelen. Het zou goed zijn mochten deze begeleidingstehuizen deze taken, die meer zijn dan vraagverheldering alleen, expliciet kunnen opnemen in hun modulering en hiervoor een geschikte omkadering krijgen.

6.2 Over het hulpverleningsproces

In de meeste werkvormen wordt de caseload beschreven als 'zwaar, maar nog net te doen'. Vooral de toenemende complexiteit van problemen en nieuwe methodieken, zoals contextgericht werken, waar een grotere flexibilisering van het aanbod wordt verondersteld, zorgen ervoor dat het werk wordt verzwaard. Wanneer zich dan opeenvolgende personeelwissels of andere problemen in een team voordoen, krijgen voorzieningen het moeilijk. Men zou kunnen zeggen dat de huidige omkadering, mede door het enthousiasme van de hulpverleners, nog net toereikend is, op voorwaarde dat er voldoende stabiliteit in het team is. Wanneer deze wordt ondermijnd, loopt het hulpverleningsproces gevaar, omdat belangrijke pijlers ervan zoals bij-

voorbeeld flexibel werken en de positieve krachten in de context aanspreken en maximaliseren dan niet voldoende meer kunnen worden gegarandeerd. Verder moet er rekening mee worden gehouden dat de ernst- en moeilijkheidsgraad van problematieken een steeds grotere kennis en specialisatie vergen en dus meer professionalisering. Hier moet de nodige tijd (en middelen) voor worden vrijgemaakt. Ook omwille hiervan mag de caseload niet worden verzwaaard. CANO-teams en GIT-projecten hebben extra middelen om hun opdracht uit te voeren, ze slagen er daarbij in om op een creatieve manier met deze middelen om te springen ten voordele van de begeleiding, maar veel overschot is er niet. De begeleidingstehuizen categorie 1bis voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen hebben te weinig ruimte voor de diagnostische opdracht die hun (impliciet) wordt gevraagd.

Haast overal zijn er lange tot zeer lange wachtlijsten en behalve in het begeleidingstehuis voor drugverslaafde jongeren wordt overal de maximumcapaciteit bereikt, op vele plaatsen zelfs overschreden. Wanneer we deze informatie van de sleutelfiguren koppelen aan de informatie die de verwijzers ons hebben gegeven over de actuele problemen bij de toewijzing, kunnen we niet anders dan besluiten dat er over de gehele lijn een groot toewijzings- en aanbodprobleem is. Het Globaal Plan Jeugdzorg (Vervotte, 2006) biedt zeker nieuwe en hoopvolle perspectieven onder andere omdat het uitbreiding voorziet van diverse werkvormen en ook de noden aan professionalisering onderschrijft, maar de vraag blijft of het alle problemen in verband met de caseload en de wachtlijsten zal oplossen, of alle doelgroepen voldoende worden belicht en hoe kan worden bewaakt of het aanbod over sectoren heen voldoende wordt gestroomlijnd.

In alle werkvormen worden meervoudige behandeldoelen gesteld. Dat wil zeggen dat ten aanzien van de jongere en het gezin op verschillende domeinen doelen worden geformuleerd, maar we zien dat ook doelen in de omgeving van de jongere (sociale omgeving, school) aanbod komen. Hieruit blijkt dat de focus op de context zeer groot is, zonder dat de jongere zelf wordt vergeten. Nog sterker contextgericht zijn doelen die betrekking op het veranderen van de sociale omgeving van het gezin. Zulke doelen worden in de thuisbegeleidingsdiensten, de CANO- en de GIT-projecten frequent vooropgesteld (in meer dan 30% van de dossiers), in de begeleidingstehuizen categorie 1bis (inclusief het begeleidingstehuis voor drugverslaafde jongeren) vonden we deze doelen wat minder vaak terug, al kunnen we zeker niet zeggen dat ze daar afwezig waren.

De analyse van de kwalitatieve gegevens over doelomschrijving leert ons dat men voorzichtig is in het bepalen van doelen. Er wordt gesproken van tussentijdse en voorwaardelijke doelen en van stapsgewijs te bereiken doelen. Verder is uit de interviews met sleutelfiguren duidelijk dat men probeert doelen helder en concreet te omschrijven, ze opneemt als belangrijke pijlers in het handelingsplan en ze op geregelde tijdstippen evalueert. Althans voor zover we in dit onderzoek konden nagaan (via dossierstudie en interviews) zijn de interventies dus voldoende gestructureerd, wat een voorwaarde tot succesvolle hulpverlening is. Tenslotte stellen we vast dat vele doelen, zowel naar jongeren, gezinnen als ouders individueel toe, te maken hebben met het terug controle krijgen op en reguleren van het eigen leven, nauw aansluiten bij het actuele leven van jongere, gezin en omgeving en sociale netwerken beogen te herstellen, verbeteren of activeren. Dit zijn, in aansluiting met de manier waarop doelen worden geconcretiseerd – in overleg met de cliënt en met respect voor diens achtergrond en mogelijkheden – eveneens garanties voor een succesvolle hulpverlening.

Er wordt gewerkt vanuit verschillende theoretische kaders en modellen, meestal op een eclectische wijze. Kaders en modellen zijn afkomstig uit de orthopedagogiek, de systeemtheorie, het contextuele denken, de sociale leertheorie, narratieve theorieën, de humanistische psychologie of de ontwikkelingspsychopathologie. De eerste vier domineren over werkvormen heen. We kunnen hierbij volgende kanttekeningen maken.

Ten eerste stellen we vast dat deze kaders en modellen soms op een zeer concrete manier worden toegepast, bijvoorbeeld door middel van een uitgewerkt programma (bv. programma's van Patterson, programma's geïnspireerd op de multisysteemtherapie, videohome-

training,...), maar soms ook niet of weinig worden geconcretiseerd. Dan gaat het om een werken ‘in de geest van’ of is de invulling casusspecifiek.

Ten tweede merken we een grote variatie in de manier waarop aan theoretische kaders en modellen wordt gestalte gegeven. Dat geldt momenteel misschien nog het meest voor het in de sector sterk in opmars komende contextuele denken en contextgerichte werken. De filosofie en uitgangspunten mogen dan dezelfde zijn, de manier waarop het vorm krijgt kan niet anders dan verschillen van werkvorm tot werkvorm, van voorziening tot voorziening en van team tot team. Deze maken immers zelf deel uit van de context en bepalen tot hoever ze kunnen gaan in het betrekken van de context in de begeleiding (en vaak wordt dit niet in het minst door organisatorische en praktische factoren als personeelsomkadering, inzetbaarheid van personeel, bereikbaarheid van gezinnen, financiële middelen, enz. bepaald). We vragen ons af of het contextgerichte werken in de sector niet meer dient te worden gestroomlijnd, opdat het beter tot zijn recht zou kunnen komen als pijler van een meer wetenschappelijk verantwoord werken in de jeugdzorg (Grietens & Mercken, 2006; Vervotte, 2006). Daarmee bedoelen we niet dat een volledige uniformiteit in de wijze waarop contextgericht wordt gewerkt dient te worden nagestreefd over werkvormen heen, noch binnen werkvormen – dat zou indruisen tegen de uitgangspunten – maar wel dat vanuit een gezamenlijke en gedeelde visietekst metarichtlijnen worden opgesteld die verder kunnen worden geconcretiseerd en verdiept naar specifieke werkvormen toe. Nu staan vooral CANO en GIT-projecten het sterkst wat uniformiteit van contextgericht denken en werken betreft (al blijven er op de werkvloer verschillen bestaan tussen voorzieningen die CANO aanbieden en tussen GIT-projecten onderling) omdat ze hun visie operationeel hebben gemaakt. Het zou goed zijn mocht in een visietekst ook worden aangegeven welke de grenzen zijn van contextgericht werken in de verschillende werkvormen (bv. mobiel vs. residentieel).

Ten derde kan men zich wanneer men de heterogeniteit aan vermelde theoretische kaders en modellen ziet, de vraag stellen of er in de praktijk wel vanuit zoveel verschillende uitgangspunten tegelijkertijd kan worden gewerkt. Wat is de verenigbaarheid van deze kaders en modellen? Sluiten ze elkaar vanwege tegenstrijdige achterliggende mensvisies of veranderingstheorieën, niet uit? Worden de mogelijkheden tot deugdzaam werken van het ene kader/model niet opgeheven wanneer het in combinatie met een ander kader/model wordt gehanteerd? Moeten er op bepaalde momenten geen keuzes worden gemaakt? We willen niet zeggen dat het actueel zo is dat de bestaande heterogeniteit aan kaders en modellen de resultaten van de hulpverlening in het gedrang brengt – daar zijn in dit onderzoek niet onmiddellijk aanwijzingen voor – maar het gevaar is wel reëel wanneer met die heterogeniteit ondoordacht zou worden omgesprongen. Ze is tot op zekere hoogte goed te legitimeren. Vooreerst getuigt ze – opnieuw – van een open geest en een zoeken bij de hulpverlener. Ten tweede is ze te verantwoorden vanuit de toenemende complexiteit van problemen bij jongeren en gezinnen in de bijzondere jeugdzorg. Deze dwingt tot steeds verder zoeken, temeer daar ieder kader/model zijn beperkingen heeft. We zien hetzelfde gebeuren in de jeugdzorg in andere landen. Zo is men, eerst vanuit praktijkervaring en nadien via wetenschappelijk onderzoek, de laatste jaren tot het besef gekomen dat modellen (bv. geïnspireerd op de sociale leertheorie) waarin te exclusief wordt gefocust op het veranderen van gedrag en aanleren van sociale vaardigheden van jongeren niet voldoende zijn voor een langdurige positieve verandering, maar dat daarnaast vele jongeren, vooral jongeren met een traumatische achtergrond of uit mishandelingssituaties, of geplaatste jongeren met psychiatrische problemen of hechtingsstoornissen, nood hebben aan interventies op affectief vlak (bv. individuele therapie, ‘life story work’ door een individuele begeleider in de voorziening) en dat dit bijdraagt tot langdurige positieve veranderingen (Rapp-Paglicci, 2005; Rose & Philpot, 2005; Webb, 2006). De nood aan bruikbare integrale hulpverleningsmodellen in de jeugdzorg is groot. De kaders en modellen die momenteel de sector domineren bieden hier zeker mogelijkheden toe, maar ze zijn niet eindeloos te gebruiken naast elkaar. Opnieuw is dus meer stroomlijning wenselijk wil dit tot resultaten ‘in the best interests of children and families’ leiden. Onderzoekers en beleidsmakers hebben de taak om deze zoektocht naar integrale modellen mee vorm te geven in dialoog met het praktijkveld.

Wat de gehanteerde methodieken en interventiemiddelen betreft, wijzen we vooreerst op de zeer grote heterogeniteit en dat in alle werkvormen. Er wordt werkelijk een hele waaier aan methodieken en interventies genoemd. Net als Harder, Knorth en Zandberg (2006) in hun meta-analyse van studies naar ‘outcome’ van residentiële jeugdzorg kunnen we deze veelheid op een positieve manier duiden. Omwille van de complexe problematieken en geschiedenissen wordt hulpverleners een zoeken en kan men niet bij één theoretisch model, één methodiek of één interventiemiddel zweren. Men zou de geconstateerde veelheid zelfs kunnen duiden als het resultaat van een hulpverlening op maat. Hulpverleners geven ermee te kennen dat geen twee casussen dezelfde zijn en dat een ‘one size fits all’ benadering niet mogelijk is in de jeugdzorg. Het is nu eenmaal zo dat er geen gemakkelijke antwoorden zijn in de jeugdzorg (Kolen, 2005). Tegelijkertijd zou men de veelheid ook op een meer negatieve manier kunnen duiden, als een teken van onzekerheid of een gebrek aan methodiektrouw. Uit de interviews komt wel vooral het zoekende van de hulpverleners naar voren, zoeken naar hoe de dialoog met de cliënten op gang kan worden gehouden, hoe cliënten kunnen worden gemotiveerd, hoe cliënten niet te verliezen, enz. Dat zoekende heeft vaak nog een diagnostisch karakter. Het sluit in de thuisbegeleidingsdiensten bijvoorbeeld sterk aan bij vraagverheldering (via gesprekken, observatie, gebruik van diagnostische instrumenten) of bij indicatiestelling en het opzetten van nazorg en vervolgtrajecten. Maar ook in de andere werkvormen zien we diagnostische activiteiten terugkomen, in de vorm van zoeken en uitproberen welke aanpak best bij een jongere of gezin past. Indicatiestelling dus. Wanneer het gaat om toetsende indicatiestellingsdiagnostiek, is dat een logisch proces, gezien de vele factoren die de problemen die voorliggen bepalen en instand houden en het gegeven dat in de loop van de begeleiding nieuwe problemen of elementen in het verhaal van de jongere en het gezin kunnen opduiken. Het mag echter niet zo zijn dat de gehele indicatiestellingsprocedure in de handen komt te liggen van de voorzieningen, dat zij post factum moeten gaan uitzoeken wat ze met de verwezen jongeren en gezinnen aan moeten. Binnen de huidige structuren ligt de kern van het indicatiestellingsproces bij de verwijzers. Voorzieningen kunnen wel een indicatie toetsen en bijstellen waar wenselijk en in samenspraak met de verwijzers. De hoge caseload van de verwijzers en het te krappe aanbod doen echter vermoeden dat het indicatiestellingsproces anders verloopt en dat er na verwijzing nog teveel onduidelijkheid is over wat het beste is voor een jongere of gezin en er dus tijd voor gerichte begeleiding verloren gaat. Het chronische karakter van deze problemen in de sector maakt wellicht dat hulpverleners zich met de tijd zijn gaan verzoenen met deze manier van werken – het is vaak de enige die ze kennen – en dat het handelen wordt aangepast in functie van het verwijzings- en aanbodprobleem.

Wat kunnen we zeggen over de werkzaamheid van de genoemde methodieken en interventiemiddelen? Sporen zij met wat in de literatuur over ‘good practices’ in de jeugdzorg wordt vermeld? Om deze vragen te beantwoorden, herbekijken we over de werkvormen heen de clusters van methodieken en interventiemiddelen (zie Hoofdstuk 4) en leggen we ze naast enkele relevante kaders om ‘good practices’ te beoordelen.

In voorzieningen of afdelingen die residentiële opvang aanbieden, werd telkens een cluster ‘interventies in de leefgroep’ onderscheiden. Werken aan structuur en klimaat en het aanbieden van een groepsaanbod waren in de meeste werkvormen de basispijlers van deze interventies. Wanneer we de concrete interventies nader bekijken, zien we dat ze zich richten op twee dimensies: monitoren van het gedrag en ondersteunen van de jongere. Beide dimensies zijn herkenbaar en worden in overzichtswerken over leefgroepwerk en interventies in de residentiële jeugdzorg aangetroffen (Fulcher & Ainsworth, 2007; Harder, Knorth, & Zandberg, 2006). Beide komen meestal samen voor (bv. regels en structuur opleggen en tegelijkertijd een klimaat van rust en veiligheid garanderen) en naargelang de setting kan de ene dan wel de andere dimensie wat meer gewicht krijgen (bv. veiligheid creëren is voor minderjarige slachtoffers van mensenhandel een zeer belangrijke eerste fase in de opvang, terwijl het opleggen van een duidelijk dagritme en vaste regels heel belangrijk zijn bij de opvang van jongeren met een gedragsstoornis). Verder zien we in het leefgroepwerk verschillende werkzame aspecten van het primaire proces tussen jeugdige en hulpverlener terugkomen (Harder, Knorth, & Zand-

berg, 2006), met name de door Anglin (2003) beschreven basisprocessen ‘creëren van een extrafamiliale leefomgeving’, ‘antwoorden op pijn en door pijn gestuurd acting-out gedrag’ en ‘herstel of ontwikkeling van een gevoel van normaliteit’. Deze drie dimensies beheersen het samenleven in de leefgroep. Ze krijgen vorm in de dagelijkse interacties tussen jeugdige en hulpverlener. Anglin omschrijft elf interactionele processen die de basis vormen van een leven en werken in de leefgroep:

- luisteren en met respect reageren,
- overbrengen van een basisfilosofie en methodieken van waaruit wordt gewerkt;
- opbouwen van een werkovereenkomst en werkrelatie;
- tot stand brengen van structuur, routine en verwachtingen;
- stimuleren en tonen van betrokkenheid;
- bieden van steun bij (emotionele) ontwikkeling;
- uitdagen van denken en doen;
- delen van macht en besluitvorming;
- respecteren van persoonlijke ruimte en tijd;
- ontdekken en onthullen van iemands mogelijkheden;
- zorgen voor noodzakelijke hulpmiddelen.

(Harder, Knorth, & Zandberg, 2006, p. 60-61; zie ook Anglin, 2003).

Deze processen zou men kunnen beschouwen als de bouwstenen van een orthopedagogische basiszorg in de leefgroep. In alle voorzieningen die we hebben bevraagd, zijn deze processen in min of meerdere mate zichtbaar, met zoals gezegd structuur en steun als twee basispijlers. We wijzen er hierbij wel op dat het in dit onderzoek ging om interviews en schriftelijke bevraging en niet om observatie. Sommige observatiestudies (zie Knorth, 2005, voor een voorbeeld) tonen aan dat de tweedeling structuur-steun minder duidelijk is terug te vinden in het feitelijke gedrag van opvoeders dan kan worden verondersteld op basis van hun zelfrapportage.

Gezins- en bij uitbreiding contextgericht werken is een andere basispijler in de verschillende werkvormen uit dit onderzoek. Dit is terecht één van de hoofdactiviteiten van de hulpverlening in de bijzondere jeugdbijstand. Het is al lang geweten dat de hulpverlening in de jeugdzorg niet werkzaam kan zijn zonder gezinsbegeleiding. Amerikaanse onderzoekers (zie Whitaker, 2001, voor een recenter overzicht) stelden in de jaren negentig vast dat gezinsgericht werken naast het aanbieden van nazorg (cf. infra) de grootste voorspeller van een succesvolle hulpverlening was en ook vandaag hebben de meest ‘evidence based’ programma’s in de jeugdzorg, bijvoorbeeld multisysteemtherapie (Henggeler e.a., 1998), een sterke gezinsgerichte component. Ook het contextgericht werken wordt door deze en andere werkzame programma’s (Harder, Knorth, & Zandberg, 2006) beklemtoond. De vraag die men kan stellen is hoever de toepassing van gezins- en contextgericht werken in de bijzondere jeugdbijstand momenteel kan gaan. We zien bijvoorbeeld dat zowel de thuisbegeleidingsdiensten als de verschillende residentiële werkvormen het uitklaren van de gezinsgeschiedenis en –relaties als interventie vooropstellen (bv. vanuit een narratief of systemisch kader). Dergelijke interventies zullen alleen werkzaam zijn als er tijd voor kan worden uitgetrokken, het gaat om een proces waarbij vaak meerdere generaties zijn betrokken. Gegeven de caseload, de druk vanuit de wachtlijsten, de beladen en ingewikkelde gezinsgeschiedenissen en de vele andere doelstellingen en interventies die men omwille van de complexe problematieken in de handelingsplanning vooropstelt, rijst de vraag of aan deze en andere interventies in het gezin voldoende tijd kan worden besteed. Hetzelfde geldt, misschien zelfs nog meer, voor het contextgerichte werken. Verbindend werken in contexten en nieuwe mogelijkheden in contexten aanspreken vraagt investering van tijd en middelen. Momenteel kunnen in de verschillende werkvormen ons inziens om de hoger vermelde redenen te weinig tijd en middelen worden ingezet voor contextgericht werken om een goed resultaat te garanderen. CANO en GIT-projecten zijn hierop misschien een uitzondering, maar ook hier is de vraag hoelang zonder structurele maat-

regelen deze intensieve methodieken zullen kunnen standhouden (Grietens & Mercken, 2006).

Ook de directe interventies ten aanzien van de jongere nemen een belangrijk deel van het geheel aan interventies in. Eerst en vooral merken we dat in elke onderzochte werkvorm noodzakelijkerwijs meer dan eens moet worden doorverwezen naar externe hulpverlening voor problemen bij de jongere. Het betreft dan hoofdzakelijk psychiatrische en/of psychotherapeutische hulp. Het gaat om jongeren of ouders met complexe voorgeschiedenissen en traumatische achtergronden, hetgeen tot ernstige psychosociale problemen, acute psychiatrische klachten, of (chronische) stoornissen heeft geleid. Hoewel het aanbod aan interventies in de jeugdzorg erg groot is, tegenwoordig veel verder gaat dan enkel een herstel van het gewone leven of een normalisatie van de opvoedingssituatie (Ward, 2006) – dit blijft natuurlijk een basisdoelstelling – en eigenlijk al op sommige vlakken vrij specialistisch is, kan de sector niet meer zonder de inbreng van specialisten uit de geestelijke gezondheidszorg en de kinderen jeugdpsychiatrie. Uit de klachten bij instroom blijkt dat in elke werkvorm een substantieel aantal cliënten geestelijke gezondheidsproblemen vertonen. Op korte termijn reeds zal moeten worden nagedacht hoe de samenwerking tussen beide sectoren via structurele maatregelen op gang te brengen. Tegelijkertijd kan niet alle heil van de sectoren geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie worden verwacht, deze kampen zelf met wachtlijsten en tekort aan specialisten, maar dient te worden nagedacht hoe de verdere professionalisering in de bijzondere jeugdbijstand kan worden vorm gegeven, bijvoorbeeld door tijd en middelen vrij te maken om hulpverleners de gelegenheid te geven om therapie-opleidingen te volgen. Daarbij moet er zowel oog zijn voor gezins- en contextuele therapie, maar ook voor individuele therapie en dit vanuit een congruente handelingsplanning (Kok, 1997). Uiteraard vereist dit dat de noden en mogelijkheden van cliënten goed en tijdig kunnen worden geïdentificeerd, hetgeen op zijn beurt tijd en middelen voor handelingsgerichte diagnostiek impliceert. Ten tweede merken we dat veel interventies gericht zijn op het veranderen van gedrag en/of het aanleren en stimuleren van vaardigheden bij de jongere. We weten dat er werkzame programma's en methodieken zijn om dit te realiseren (o.a. vanuit het competentiegericht denken, Slot & Spanjaard, 2003, werden voor residentiële voorzieningen interventies ontwikkeld en ook bv. het programma van Patterson, Reid en Dishion, 1992, richt zich hierop), maar we konden uit het materiaal niet altijd opmaken of deze of andere programma's en methodieken werden gebruikt. Waarschijnlijk inspireert men zich vaak op bestaande 'evidence-based' methodieken en interventies zonder ze daarom volledig te implementeren of te volgen, allicht omdat dit om praktisch-organisatorische redenen niet steeds mogelijk is, de implementatie niet wordt gestimuleerd of opgevolgd of kennis over de methodieken en programma's te fragmentair is vanwege tijdsgebrek. Men kan zich afvragen of gedeeltelijk geïmplementeerde programma's nog wel effectief zijn en of het wel altijd de meest werkzame elementen zijn die men implementeert en niet die elementen die het nauwst aansluiten bij de eigen visie en methodiek. Het zou goed zijn mocht de overheid een meer gestroomlijnde implementatie van methodieken en programma's waarvan uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat ze tot substantiële gedragsveranderingen leiden bij jongeren, bevorderen in de voorzieningen en deze implementatie ook opvolgen. Dit wil niet zeggen dat men meteen in een al te dwingend keurslijf van protocollering van de hulpverlening moet vervallen. Verder zal steeds voldoende rekening moeten worden gehouden met de comorbiditeit van externaliserende en internaliserende stoornissen bij jongeren.

Zowel in de residentiële werkvormen als in thuisbegeleiding wordt werk gemaakt van het opzetten van vervolgotrajecten en het aanbieden van nazorg. In vele gevallen wordt dit ook gerealiseerd en dat is een succesbevorderende ingreep (Whittaker, 2001). Het is echter in de gegeven omstandigheden in de bijzondere jeugdzorg niet vanzelfsprekend dat er gepaste vervolghulp en/of nazorg kan worden gevonden. De interviews met de verwijzers, maar ook de gegevens over de lange wachtlijsten en het dichtgeslibde aanbod bevestigen dit. Hier dreigt een probleem. Kortdurende plaatsingen (bv. in GIT-projecten) kunnen niet zonder een gegarandeerd vervolgotraject en thuisbegeleiding kan niet steeds maar worden verlengd. Het blijft verwonderen hoe creatief de hulpverleners zijn in het vinden van oplossingen voor het na-

zorgprobleem, maar dit kan niet eindeloos duren. Momenteel belemmeren het chronische aanbodtekort in de sector, de hoge caseload en de te beperkte mogelijkheden tot grondige indicatiestelling dat een belangrijke pijler van een succesvol hulpverleningsproces ten volle kan worden gerealiseerd. Uiteraard speelt in dit alles ook de motivatie van jongere of gezin een rol. Zij moeten worden aangestuurd om in te gaan op het aanbod dat hen wordt gedaan. Hier wordt in de verschillende werkvormen tijd voor uitgetrokken, onder andere in motivatiegesprekken met jongeren en ouders, maar de motivatie van cliënten uit de jeugdzorg beïnvloeden en hen blijven stimuleren tot actief meewerken aan de hulpverlening, is een moeilijke, intense en vaak precaire onderneming (van Binsbergen, 2003, van Binsbergen e.a., 2004).

We stelden vast dat er in haast elke ondervraagde voorziening of afdeling aandacht was voor de continue professionalisering van het personeel. Dat kan uiteraard niet anders dan de resultaten van de hulpverlening ten goede komen. Tijd en middelen zijn echter beperkt, nog meer in de kleinere voorzieningen, en de noden zijn overal groeiend. Het blijft een grote uitdaging voor sleutelfiguren in het werkveld om deze beperkingen en noden met elkaar te rijmen in het belang van de cliënten. Maar zoals hoger geschetst betekent professionalisering ook het toelaten van verdere specialismen in de voorziening (bv. psychotherapeuten) en dit vraagt om structurele maatregelen, in casu een uitbreiding van het personeelskader en het opzetten van structurele samenwerkingsverbanden met de geestelijke gezondheidszorg en de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Tenslotte leggen we de resultaten van de bevraging naar methodieken en interventies naast de vier werkprincipes over methodieken en noodzakelijke voorwaarden voor de hulpverlening (Grietens & Mercken, 2006; zie Hoofdstuk 1, Figuur 1.1) zoals deze staan omschreven in het Globaal Plan (Vervotte, 2006). We vinden over werkvormen en interventies heen vooral aspecten terug van contextgericht en multimodaal werken, emancipatorisch en responsabiliserend werken en competentieverhogend werken. Het laatste principe, de aanwezigheid van voldoende veiligheid bij cliënt en hulpverlener, is daarentegen niet altijd gegarandeerd en kan, bijvoorbeeld in de thuisbegeleiding, een negatieve invloed hebben op het proces en de uitkomsten van de hulpverlening.

6.3 Over de uitstroom

Wat de uitval of voortijdige stopzetting van de begeleiding in de verschillende werkvormen betreft, zijn ons inziens niet zozeer het weergegeven percentage van belang, dat is weliswaar indicatief maar dient zeker te worden gecontextualiseerd, maar wel de redenen van stopzetting en de kenmerken van de groep uitvallers. In de residentiële werkvormen gaat het vooral om minderjarigen met een problematisch verloop van de hulpverlening, ernstige gedragsstoornissen, een verleden van weglopen en een geringe motivatie of wil tot verandering. In de thuisbegeleidingsdiensten gaat het om gedemotiveerde ouders of situaties waarin onvoldoende de veiligheid van de gezinsleden kon worden gegarandeerd. Dit zijn redenen die men ook terugvindt in de literatuur (Harder, Knorth, & Zandberg, 2006; Spanjaard & Haspels, 2005). Ook een verkeerde indicatiestelling of de afwezigheid van een indicatiestelling kan tot voortijdige stopzetting leiden. Deze redenen wijzen op het belang van motiverende gesprekken met jongeren en ouders, en dit niet alleen bij het begin van de hulpverlening maar doorheen het gehele proces. Ook dwingt voortijdige stopzetting hulpverleners ertoe te gaan kijken hoe ze hun doelstellingen en interventies nog meer kunnen afstemmen op de noden van cliënten.

De kenmerken van de groep uitvallers kwamen sterk overeen met wat doorgaans in de literatuur wordt gerapporteerd (Biehal, 2005; Harder, Knorth, & Zandberg, 2006; Van den Bergh, 2006) maar verschilde enigszins van werkvorm tot werkvorm. In de begeleidingstehuizen categorie 1bis werd uitval voorspeld door de etnische afkomst (meer uitval bij allochtone jongeren) en antisociaal gedrag bij instroom. In CANO waren het vooral de lange hulpverleningsgeschiedenis en de aanwezigheid van school- en leerproblemen vrijetijdsproblemen, persoon-

lijkheidsproblemen en seksuele problematiek die een voortijdige stopzetting voorspelden. In de thuisbegeleidingsdiensten waren vooral materiële en huishoudelijke problemen voorspelers van uitval en in mindere mate mishandeling of verwaarlozing. De kenmerken van uitvallers in de GIT-projecten en de begeleidingstehuizen categorie 1bis met categoriale opvang waren minder duidelijk en over het algemeen kwamen in deze werkvormen minder kenmerken naar voren.

In de begeleidingstehuizen categorie 1bis is de groep jongeren van etnische minderheden relatief groot (24.4%). Zij blijken dus vaker voortijdig de begeleiding stop te zetten dan niet-allochtone jongeren. Van den Bergh (2006) deed een gelijkaardige vaststelling. Dit gegeven is niet nieuw, ook in andere landen rapporteert men over de moeilijkheden van jongeren uit etnische minderheden in de (residentiële) hulpverlening (Dwivedi, 2004; Eldering, 2006), maar dient zeker verder te worden bestudeerd om te kunnen uitzoeken welke specifieke risico's bij deze jongeren en hun gezinnen aanwezig zijn en hoe de hulpverlening beter op deze groepen kan worden afgestemd.

In de CANO-projecten gaat het bij instroom om hele ernstige problemen en dit op meerdere domeinen van functioneren. Het is niet te verwonderen dat een aantal begeleidingen vroegtijdig worden stopgezet. Maar ook hier is een analyse van de risico's gewenst, het gaat immers dikwijls om jongeren voor wie dit aanbod als laatste mogelijkheid wordt gezien. Gaat het hier om jongeren en gezinnen die 'te moeilijk' zijn voor de hulpverlening zoals we die op dit moment kunnen aanbieden? Worden met andere woorden de limieten van de actuele mogelijkheden tot hulp bereikt of kan het aanbod toch nog beter op deze groep worden afgestemd?

In de thuisbegeleidingsdiensten tenslotte is het (vaak niet gekende) veiligheidsrisico bij instroom een belemmerende factor in de hulpverlening. Screening van het risico (op bv. kindermishandeling, gezinsgeweld) en een grondigere indicatiestelling zouden dit euvel kunnen verhelpen. Er bestaan hiervoor bruikbare instrumenten (Grietens & Mercken, 2006; Hellinckx e.a., 2001) en het zou zinvol zijn deze op een meer systematische manier te gebruiken tijdens het toewijzings- en indicatiestellingsproces en wellicht ook tijdens de eerste fase van het begeleidingsproces zelf. Verder maken materiële en huishoudelijke problemen soms dat de begeleiding voortijdig wordt stopgezet. Het betreft waarschijnlijk multiprobleem-gezinnen. Hier is eveneens een grondige analyse van de risico's op zijn plaats om noden en aanbod beter op elkaar te kunnen afstemmen. Kan er voor de begeleiding van deze groep bijvoorbeeld op een meer structurele basis worden samengewerkt met OCMW's? Moeten begeleidingen voor deze kwetsbare gezinnen langer kunnen duren of intensiever worden?

In alle werkvormen werd een significante probleemreductie vastgesteld bij uitstroom en dit op vele domeinen van het functioneren van de jongere, het gezin en de ouder. We kunnen hier dus zeker spreken over een verandering ten gunste, maar mogen we ook spreken over een effect? Dit zou impliceren dat hetgeen er veranderd is kan worden toegeschreven aan de geboden hulpverlening. Het onderzoeksdesign dat in deze studie werd gebruikt – een analyse van kenmerken bij in- en uitstroom en interviews met sleutelfiguren – laat strikt genomen zulke uitspraken niet toe. Of de probleemreductie die we vaststelden komt door de hulpverlening kunnen we niet uit de resultaten opmaken. Daarvoor had een ander, meer gecontroleerd, onderzoeksdesign moeten worden gebruikt, bijvoorbeeld met een controlegroep van jongeren die andere (of geen) hulpverlening kregen. Toch kunnen we veronderstellen dat de probleemreductie verband houdt met de hulpverlening en kunnen we spreken over 'veronderstelde effecten'. Deze zijn dus in alle werkvormen aanwezig en dit is zonder meer positief te noemen. Toch willen we hier enkele nuancerende kanttekeningen bij maken.

Ten eerste meldden we reeds dat de problemen bij instroom vrij groot en pervasief waren. Dit gold voor de begeleidingstehuizen categorie 1bis, de CANO-projecten, de GIT-projecten én de thuisbegeleidingsdiensten. Bij een tweede meting kan er alleen omwille van deze reden - een extreme beginsituatie – reeds een verandering zijn, een zogenaamde 'regressie naar het gemiddelde'. Dat is op zich een statistisch fenomeen, dat we niet mogen verwarren met succes van behandeling. Hoe groot de regressie is, is moeilijk te zeggen, maar de kans

dat zulk fenomeen zich voordoet wordt groter naarmate de scores bij de eerste meting extremer waren. Niet elke daling van probleemgedrag is dus even klinisch betekenisvol.

Een tweede kanttekening is van methodologische aard. Ze gaat over de manier waarop in de dossierstudie de data werden verzameld. Er is hier sprake van een retrospectieve bevraging over afgesloten dossiers. De studie zou er helemaal anders hebben uitgezien wanneer prospectief een aantal begeleidingen zouden gevolgd zijn, maar dat was in deze opdracht niet haalbaar. Retrospectieve data hoeven op zich niet minder betrouwbaar te zijn, alleen dient men zich bewust te zijn van mogelijke vertekening omwille van de tijdsfactor. Hoe groot een eventuele vertekening zou kunnen zijn, is opnieuw zeer moeilijk uit te maken.

Ten derde weten we niets over de stabiliteit of de duurzaamheid van de veranderingen. Dit werd niet bevestigd en zou opnieuw een ander design (met meerdere meetmomenten) en dus een langerlopend onderzoek vereisen. Men mag ervan uitgaan dat effecten van hulpverlening veranderen doorheen de tijd. Belangrijk om stabiliteit doorheen de tijd te garanderen zijn natuurlijk de aanwezigheid van nazorg, vervolghulp en trajectbegeleiding.

Tenslotte wijzen we erop dat er ook bij uitstroom nog vele problemen aanwezig waren, dit zowel bij minderjarigen, gezinnen als ouders en in alle werkvormen, en dat psychiatrische problemen en persoonlijkheidsproblemen, allicht door hun ernst, hun chronisch karakter en de intensieve behandeling die ze vergen, niet altijd significant waren verminderd bij uitstroom (bv. in de begeleidingstehuizen categorie 1bis).

Wat de doelrealisatie betreft, zien we over het algemeen een voorzichtigheid bij de hulpverleners. De antwoordcategorie die over de werkvormen heen het vaakst wordt gebruikt om aan te geven of een doel al of niet werd bereikt is 'deels bereikt'. Dit terwijl in alle werkvormen significante probleemreducties worden vermeld. Doelrealisatie en probleemreductie zijn dus niet altijd met elkaar in overeenstemming. De gepercipieerde probleemreductie is doorgaans groter dan de gepercipieerde doelrealisatie. Hoe kunnen we dit begrijpen? Deels kunnen we aannemen dat het om realistische inschattingen door de hulpverleners gaat, zowel wat betreft doelrealisatie als probleemreductie. Beide staan ook enigszins los van elkaar. Het is goed mogelijk dat de problemen van de minderjarigen, gezinnen of ouders afnemen bij uitstroom – bij de instroom waren ze vaak zeer extreem – zonder dat de doelstellingen volledig werden bereikt. Er zijn dan wel tussentijdse (of voorwaardelijke) doelen bereikt en dat is natuurlijk niet onbelangrijk, gezien de ernst en moeilijkheidsgraad van de problematieken die zich voordoen. Men zou zich echter vanuit deze resultaten – discrepanties en onvolledige realisatie – kunnen afvragen of de lat niet te hoog werd gelegd én of men niet te streng voor zichzelf is bij het beoordelen ervan. Zijn de doelen voldoende realistisch en dus haalbaar? Werden ze voldoende geoperationaliseerd in kleine 'steps on the way to success' (Berry e.a., 2006)? Waren ze voor de jongere en de ouders voldoende duidelijk? Werden ze systematisch geëvalueerd? Opnieuw duikt hier het belang van een doorgedreven indicatiestelling (m.i.v. evolutiemetingen) op. Het gegeven dat doelen niet volledig worden bereikt, is niet nieuw en onze bevindingen sluiten vrij goed aan bij deze van buitenlands onderzoek (Harder, Knorth & Zandberg, 2006). Vraag is wat we eruit kunnen leren en hoe er (nog) doelgericht kan worden gewerkt in de sector.

De vraag aan sleutelfiguren naar welke indicatoren zij belangrijk en relevant achten in toekomstig 'outcome'-onderzoek in de bijzondere jeugdbijstand bleek moeilijker te zijn dan verwacht. Misschien kwam dit omdat de sleutelfiguren op een dergelijke metavraag niet voldoende waren voorbereid – de vraag werd wel in de voorbereidende sessie aangekondigd, maar wellicht ging het belang ervan verloren in het geheel van de presentatie – of omdat ze kwam aan het einde van het interview. Onze oorspronkelijke betrachting, het opstellen van een via een 'bottom up' benadering verkregen lijst van indicatoren die in toekomstig onderzoek zouden kunnen worden geoperationaliseerd om de resultaten van de hulpverlening te bestuderen, kon dus niet worden gerealiseerd. Dat neemt niet weg dat de bevindingen die uit de bevraging naar voren kwamen om diverse redenen interessant en relevant mogen worden genoemd.

Op inhoudelijk vlak verwijzen de antwoorden van de sleutelfiguren op de complexiteit van 'outcome'-onderzoek in de bijzondere jeugdbijstand. Dergelijk onderzoek mag niet louter op een kwantitatieve wijze worden gevoerd en kan niet enkel leiden tot cijfers over de opbrengsten van de hulpverlening, het moet evenzeer het kwalitatieve aspect van de hulpverlening vatten. De sleutelfiguren beklemtonen dit nogal en spreken over 'het verhaal' achter de zorg of de ervaringsdimensie. Wanneer we de clusters die we konden afleiden uit hun antwoorden van naderbij bekijken, zien we duidelijker wat ze bedoelen. Dimensies als 'kwaliteit van bestaan' en 'verbondenheid' komen er naar voren als pijlers van de ervaringsdimensie. Het proces van de hulpverlening en de aandacht voor een kwaliteitsvolle nazorg worden gezien als belangrijke voorwaarden en voorspellers van een goede 'outcome'. We herkennen in deze antwoorden elementen uit modellen over 'outcome'-onderzoek, onder andere het zorgevaluatiemodel van Veerman (2005) met zijn aandacht voor de relationele dimensie, modellen uit de zorgethiek (voor een vertaling naar het domein van de jeugdzorg, zie Kolen, 2001 en 2005) waar bijvoorbeeld dimensies als 'betrokkenheid' en 'autonomie' worden beklemtoond en recente modellen uit het meer kwalitatieve 'outcome'-onderzoek in de jeugdzorg, bijvoorbeeld het model van Lightburn en Warren-Adamson (2006) waar wordt gesproken over het mesoniveau van de zorg ('zorgcultuur' en 'containment' in een voorziening). De sleutelfiguren veronachtzamen niet het belang van een evaluatief-economisch discours over de resultaten van de hulpverlening, maar geven aan dat het debat hiertoe niet mag worden gereduceerd, omdat het gaat om een te complexe materie. Men zou kunnen zeggen dat ze pleiten voor een meer relationeel en narratief discours over 'outcome' in de jeugdzorg. Ze vermelden, zonder dat als zodanig te benoemen en soms eerder impliciet, 'sensitive outcomes' (Berry e.a., 2006) van de hulpverlening aan minderjarigen en gezinnen, bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorgrelatie of het vertrouwen dat men opbouwt in de relatie. De relationele dimensie is zonder meer belangrijk in de hulpverlening. Toch willen we er op wijzen dat ze moet worden gezien als een voorwaarde tot een goede 'outcome' en een stap op weg naar succes en niet als een doel op zich. Er moet ruim aandacht aan deze dimensie worden besteed, maar dit mag geenszins een programmatorisch of meer gesystematiseerd werken in de weg staan. Het gevaar bestaat dat men zich achter deze dimensie blijft verschuilen en dat dit op de duur de uitkomsten van de hulpverlening compromitteert (Kemper, 2004; Roelofs, 1996).

Verder laten de sleutelfiguren in hun antwoorden zien dat er nood is aan onderzoek over de resultaten van hun handelen, niet alleen van beleidswege om een betere verdeling van middelen en een optimalere hulpverlening te garanderen, maar ook bij henzelf, bijvoorbeeld om de hulpverlening in de eigen voorziening te verbeteren of reflectieve processen op gang te brengen. Ze appreciëren dat er naar hen wordt geluisterd als het over resultaten van hulpverlening gaat en dat er gepoogd wordt hen actief in het onderzoek hierover te betrekken.

Het is duidelijk dat het laatste woord over het onderzoek naar de resultaten van de hulpverlening in de bijzondere jeugdzorg nog niet is gezegd. De sleutelfiguren uit de betrokken werkvormen kregen in deze studie een stem en lijken belangrijke aanvullingen te kunnen doen in het debat over 'outcome'. Nadenken over deze complexe thematiek vergt echter tijd en de resultaten van onze bevraging kunnen niet anders dan als een eerste aanzet worden beschouwd. Het werk is niet af. We hopen dat we met deze studie een proces hebben geïnitieerd dat kan worden verdergezet (bv. in focusgroepen) en dat alle relevante partijen (hulpverleners, beleidsmakers, minderjarigen, ouders, onderzoekers) actief aan deze dialoog zullen kunnen participeren en hun stem mogen laten gelden.

HOOFDSTUK 7: CONCLUSIES EN BELEIDSAANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk geven we de voornaamste algemene conclusies van het onderzoek (7.1) en formuleren we beleidsaanbevelingen (7.2).

7.1 Algemene conclusies

Ondanks het initiërende karakter van deze studie en haar methodologische beperkingen kunnen we toch enkele algemene conclusies geven over de ‘outcome’ van de hulpverlening in de onderzochte werkvormen in de bijzondere jeugdbijstand. We formuleren conclusies over instroom, hulpverleningsproces en uitstroom.

- 1) De problemen bij de instroom in de begeleidingstehuizen categorie 1bis, de thuisbegeleidingsdiensten en de GIT-projecten kunnen worden samengevat als heteroog, moeilijk en complex. Er zijn alleen maar ernstgradatieverschillen tussen de verschillende werkvormen onderling. De meest ernstige problemen treffen we aan in de CA-NO- en de GIT-projecten. Er wordt soms een oneigenlijk gebruik gemaakt van thuisbegeleiding – uit noodzaak of omwille van een verkeerde invulling van het subsidiariteitsprincipe – en hulpverleners formuleren slechts weinig contra-indicaties. Slechts zelden wordt een begeleiding niet opgenomen omdat ze te moeilijk of complex wordt geacht. In alle werkvormen komen de beoogde en de bereikte doelgroepen vrij goed met elkaar overeen.
- 2) Over het hulpverleningsproces kunnen we besluiten dat het interventiekader in de begeleidingstehuizen categorie 1bis, de thuisbegeleidingsdiensten en de GIT-projecten globaal als voldoende wordt ervaren, evenwel is de caseload zwaar en het aantal personeelsleden vaak te beperkt. Het huidige interventiekader is dus niet zonder risico's voor de kwaliteit van de hulpverlening. De doelen van de hulpverlening zijn veelzijdig, worden veelal stapsgewijs ingeplant, in samenspraak met de verwijzende instanties en de cliënten besproken en zoveel mogelijk getoetst. Er wordt nogal eclectisch gewerkt. De dominerende modellen komen uit de orthopedagogiek, het contextuele denken, de systeemtheorie en de sociale leertheorie. Er is een zeer grote waaier aan methodieken en interventiemiddelen beschikbaar, die nogal door of naast elkaar lijken te worden gebruikt. We vinden vele ‘good practices’ terug, maar de wetenschappelijke waarde van sommige methodieken of interventies is moeilijk te beoordelen. Welke de invloed van het gebruik van niet of onvoldoende wetenschappelijk getoetste methodieken en interventies is op de kwaliteit van het hulpverleningsproces, is zeer moeilijk in te schatten, daar steeds verschillende methodieken en interventies worden gebruikt in eenzelfde begeleiding. Tenslotte wordt in alle werkvormen (impliciete) diagnostiek verricht, dit om de vraagstelling te verhelderen en/of indicaties te stellen, bij te schaven of te toetsen.
- 3) Wat de uitstroom betreft noteren we dat in alle onderzochte werkvormen een aantal begeleidingen voortijdig worden stopgezet. Dit heeft vooral te maken met het gebrek aan motivatie van de cliënten, de aard van hun problematiek (bv. weglooptgedrag) of de ernst van de problemen bij de instroom. We zien in alle werkvormen significante probleemreducties bij de uitstroom en dit bij de jongeren, hun ouders én hun gezin. Evenwel blijven er bij vele cliënten nog matige tot ernstige problemen op verschillende domeinen van functioneren bestaan bij uitstroom en nemen chronische (bv. persoonlijkheidsproblemen) of complexe problemen (bv. psychiatrische klachten) niet altijd significant af in ernst. Van de meerderheid van de doelstellingen wordt gezegd dat ze slechts gedeeltelijk werden bereikt bij uitstroom. Men beoordeelt het hulpver-

lenend handelen en de evolutie van de minderjarige en gezinnen dus weliswaar globaal genomen op een positieve manier, maar niet altijd in die mate als de gerapporteerde probleemreductie doet vermoeden. Tenslotte bleek dat de sleutelfiguren uit de voorzieningen relatief weinig relevante indicatoren voor toekomstig ‘outcome’-onderzoek konden opnoemen. Wellicht heeft dit te maken met het gebrek aan traditie en communicatie hierover in Vlaanderen en met de complexiteit van de vraag. De sleutelfiguren uiten hun bezorgdheid dat in het ‘outcome’-onderzoek ook het verhaal van de cliënt en de kwalitatieve dimensie van het hulpverleningsproces dienen te worden bestudeerd. De genoemde indicatoren hebben te maken met het functioneren van de minderjarige en zijn gezin, in het bijzonder met de dimensies ‘kwaliteit van bestaan’ en ‘verbondenheid in context’. Het proces van de hulpverlening, de relationele dimensie, wordt beschouwd als een voorwaarde en een belangrijke voorspeller van een goede ‘outcome’.

7.2 Beleidsaanbevelingen

In Hoofdstuk 6 bij de bespreking van de resultaten inzake instroom, hulpverleningsproces en uitstroom over de werkvormen heen gaven we reeds verschillende beleidsaanbevelingen. In deze paragraaf zetten we de voornaamste aanbevelingen op een rijtje.

- 1) Het effect en de effectiviteit van hulpverlening kunnen niet worden los gedacht van de instroom en het hulpverleningsproces. Deze bepalen tot op grote hoogte wat de uitstroom en de opbrengsten zullen zijn. In alle modellen over ‘outcome’-onderzoek en programma-evaluatie komt dit terug (bv. Rossi, Freeman, & Lipsey, 1999; Veerman, 2005). De resultaten van de hulp staan of vallen met andere woorden met de kwaliteit van de toewijzing, stroomlijning, planning en uitvoering. Een belangrijke factor in deze is de kwaliteit van de indicatiestelling. Zij is een speerpunt in de klinische cyclus omdat ze staat aan het einde van het diagnostische proces en het begin van de behandelingscyclus (De Bruyn e.a., 2003). Hier stelt zich momenteel een groot probleem in de bijzondere jeugdbijstand. Omwille van het dichtgeslibde aanbod, het tekort aan plaatsen, de lange wachtlijsten en de grote caseload van zowel verwijzende instanties als hulpverleners, kan de indicatiestelling niet naar behoren verlopen. In vele gevallen is het zelfs zeer de vraag of men überhaupt aan een indicatiestelling toekomt, laat staan dat men zich zou kunnen buigen over de eventuele kwaliteit ervan. Bovendien stellen we vast dat nu het indicatiestellingsproces zeer versnipperd wordt, de verwijzers zouden zich erom moeten bekommeren maar hebben onvoldoende tijd, de voorzieningen (i.h.b. de thuisbegeleidingsdiensten, maar ook de begeleidingstehuizen categorie 1bis) doen aan diagnostiek die eigenlijk onder de noemer indicatiestelling valt, maar ze doen dat niet allemaal en wellicht ook niet op een gesystematiseerde manier, en de indicatie wordt niet of nauwelijks expliciet geëvalueerd of opgevolgd. Wij pleiten ervoor om de indicatiestelling de plaats te geven die haar toekomt, om zo de kwaliteit van de hulpverlening beter te garanderen. De systematische uitbreiding van de capaciteit in verschillende werkvormen zoals deze werd uitgetekend in het Globaal Plan Jeugdzorg (Vervotte, 2006) is impliciet een goede zaak voor de indicatiestelling, maar ons inziens is dat niet voldoende. Meer aanbod garandeert geen betere toewijzing en indicatie. Er zijn andere structurele maatregelen nodig om de indicatie (m.i.v. evaluatie en opvolging) te bewaken, bijvoorbeeld duidelijke indicatiestellingscriteria per werkvorm of indicatiestellingscommissies (regionaal en gelinkt aan de intersectorale toegangspoorten integrale jeugdhulp). Ook is hier misschien een rol weggelegd voor de thuisbegeleidingsdiensten en de onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra. Deze doen nu reeds aan indicatiestelling maar worden hiervoor niet altijd expliciet erkend. Ook de experimenten met de multifunctionele centra zouden belangrijk kunnen zijn met het oog op de verbetering van de indicatiestelling. Systematische aandacht en optimalisering van de indica-

tiestelling zal op termijn leiden tot een duidelijker zicht op de instroom in de hulpverlening, de instroom zal beter in banen kunnen worden geleid, hetgeen een positieve invloed zal hebben op de kwaliteit van de geleverde hulpverlening. In de huidige context van de bijzondere jeugdzorg kan dit alles theorie lijken en zijn er op het eerste zicht misschien andere en dringendere problemen op te lossen. Men moet er zich echter terdege van bewust zijn dat het huidige debat over 'evidence based' werken in de bijzondere jeugdbijstand niet serieus kan worden gevoerd zonder de problematiek van de indicatiestelling grondig onder ogen te zien en te zoeken naar oplossingen. Overigens is indicatiestelling geen eenmalige kwestie en zal ze telkens ter sprake komen wanneer hulpverlening wordt beëindigd en vervolgtrajecten dienen te worden uitgewerkt voor minderjarigen en gezinnen. In feite is de indicatiestelling dus een zaak van alle betrokken hulpverleners en kan haar belang niet genoeg worden beklemtoond.

- 2) De kwaliteit van het hulpverleningsproces in de werkvormen die wij onderzochten is vrij behoorlijk. Hulpverleners doen grote inspanningen om planmatig te werken, doelen te formuleren op een concrete manier en deze te evalueren en dit in samenspraak met de cliënten. Ze werken vanuit verschillende modellen, kijken naar de problematiek in al zijn facetten en proberen met een eclectische bril het beste uit de verschillende modellen te halen. Ze zoeken naar methodieken en interventies die werkzaam gebleken zijn en dit vanuit een open geest, en ze hebben in de mate van het mogelijke aandacht voor professionalisering via interne en externe vorming, training, opleiding, enz. Toch kan het hulpverleningsproces nog worden geoptimaliseerd en de overheid kan hierin ons inziens een belangrijke rol spelen. Ten eerste door het interventiekader te versterken en blijvende aandacht te hebben voor de toenemende caseload (deze neemt niet zozeer in aantal toe, maar de cases worden zwaarder en complexer en de manier van werken impliceert een enorme flexibiliteit bij het personeel). Tevens zou de overheid het hulpverleningsproces meer kunnen stroomlijnen en kwaliteitsgaranties inbouwen door hulpverleners te stimuleren wetenschappelijk verantwoorde methodieken en interventies te gebruiken. De werkprincipes uit het Globaal Plan bieden hiervoor een raamwerk (Grietens & Mercken, 2006). Contextgericht, multimodaal, empowerend, responsabiliserend en competentieverhogend werken, het komt allemaal voor in de werkvormen die in onze studie werden betrokken, maar het aanbod aan methodieken en interventies die onder deze noemers vallen is zeer groot en heeft niet altijd de toets van het wetenschappelijk onderzoek doorstaan. Hulpverleners zijn nu teveel zoekende. Een kanalisering van het aanbod dringt zich op. De overheid heeft hier een belangrijke rol. Ze kan helpen, bijvoorbeeld via de Ondersteuningsstructuur Bijzondere Jeugdzorg, om de werkzame methodieken naar het veld te brengen, haalbaarheidsstudies uit te besteden om de implementatiemogelijkheden van 'evidence based' methodieken en interventies (bv. multisysteemtherapie, eigen kracht conferenties) na te gaan in de Vlaamse context, en de implementatie van methodieken en interventies mee te bewaken. Dit hoeft niet noodzakelijk tot een (volledige) protocollering van de jeugdzorg te leiden. We zijn het met Kolen (2005) eens dat er geen gemakkelijke antwoorden zijn in de jeugdzorg. Protocollering garandeert niet dat de zo belangrijke relationele dimensie (de 'bejegening') van een goede kwaliteit zal zijn. Verder wijzen we er nogmaals (zie ook Grietens & Mercken, 2006) op dat niet alle heil van buitenaf dient te worden gezocht, maar dat ook moet worden gekeken naar wat er aan 'practice-based evidence' in de sector voorhanden is. De CANO- en de GIT-projecten, twee werkvormen die zich toeleggen op zeer moeilijk begeleidbare jongeren en gezinnen, zijn hier mooie voorbeelden van. Deze werkvormen bewijzen dat wanneer men vanuit een geconcretiseerde visie vertrekt ook met deze doelgroepen positieve resultaten te behalen zijn. Ons inziens dienen deze werkvormen daarom te worden gecontinueerd. Een voorwaarde om deze intensieve werkvormen verdere slaagkansen te geven is wel dat het interventiekader wordt uitgebreid. Dat is nu eerder beperkt. De motivatie en het enthousiasme van de hulpverleners in deze dynamische

sche werkvormen zijn momenteel zeer groot maar men kan zich afvragen hoelang dit zonder verdere uitbreiding van het kader nog zal duren.

- 3) Uit onze studie blijkt dat de onderzochte werkvormen niet alle doelgroepen bereiken en dat sommige doelgroepen kwetsbaar zijn voor voortijdige stopzetting van de hulpverlening. In het bijzonder gaat het om jongeren met een drugproblematiek, jongeren uit etnische minderheden, niet begeleide buitenlandse minderjarigen, jongeren met psychiatrische problemen, jongeren met weglooptgedrag en gezinnen waar de veiligheid van de gezinsleden (o.w.v. geweld) bedreigd is. We mogen niet zeggen dat er voor deze groepen geen aanbod is en pleiten niet noodzakelijk voor nieuwe werkvormen, maar wijzen erop dat de kansen van deze jongeren in het bestaande aanbod worden gehypothekeerd en dat moet worden gezocht naar wegen om het bestaande hulpaanbod beter op hun noden af te stemmen. Voor jongeren met drugverslaving is er slechts één gespecialiseerde voorziening. Deze krijgt alleen nog de hele moeilijke casussen doorverwezen. Uitbreiding is hier een mogelijkheid, maar meer nog zouden we willen pleiten voor gespecialiseerde hulpverlening aan drugverslaafde jongeren in de bestaande voorzieningen. Hetzelfde kan worden gezegd over jongeren met psychiatrische problematiek. Momenteel wordt er in Vlaanderen in diverse provincies gezocht naar mogelijkheden om samenwerking tussen de bijzondere jeugdbijstand en de geestelijke gezondheidszorg of de kinder- en jeugdpsychiatrie op te zetten. De nood is echter heel groot en ons lijken op korte termijn substantiële maatregelen (o.a. uitbouw van het interventiekader in de voorzieningen zelf) wenselijk evenals systematische screening naar de aanwezigheid van psychiatrische problematiek bij instroom of doorverwijzing. Is het bijvoorbeeld niet mogelijk de sector uit te rusten met goede screeningsinstrumenten om tijdig psychiatrische problemen bij minderjarigen te kunnen identificeren? Ook de veiligheid in gezinnen dient meer systematisch te worden gescreend. We zien hier weer het belang van een grondige indicatiestellingsprocedure naar voren komen. Tenslotte zijn er de jongeren van allochtone afkomst en de niet begeleide buitenlandse minderjarigen. Eerstgenoemde groep is oververtegenwoordigd in de begeleidingstehuizen categorie 1bis, zeker als men dit vergelijkt met de instroom in de thuisbegeleidingsdiensten. Bovendien lopen zij in de begeleidingstehuizen meer kans op uitval dan autochtone jongeren. Longitudinaal onderzoek naar de instroom en de hulpverleningsgeschiedenis van deze jongeren is wenselijk. Tevens moet worden gezocht naar manieren om de jeugdzorg meer cultuursensitief te maken, de hulpverlening beter op de noden van allochtone jongeren en gezinnen af te stemmen, de motivatie van deze groepen aan te spreken en dus de kwaliteit van de hulp te optimaliseren. Er zou hier een rol kunnen weggelegd zijn voor interculturele medewerkers of OTA's, maar de noden van hulpverleners op dit vlak zijn vaak onduidelijk en worden te weinig geëxpliciteerd (Dejonghe, 2006). Tenslotte zouden de begeleidingstehuizen categorie 1bis voor niet begeleide buitenlandse minderjarigen meer mogelijkheden moeten krijgen om aan observatie en oriëntatie te kunnen doen en moeten ook andere residentiële voorzieningen beter worden voorbereid op de komst van niet begeleide buitenlandse minderjarigen. Er is over het algemeen nog te weinig expertise in de sector om deze groep van jongeren een aan hun noden aangepaste begeleiding te kunnen garanderen.
- 4) Nazorg en trajectbegeleiding moeten alle aandacht krijgen. Ze vormen mee de sleutel tot een succesvolle hulpverlening. Helaas kunnen ze nu niet voldoende worden gegarandeerd omwille van het aanbodprobleem (trajecten dreigen hierdoor vaak eerder aanbod- dan vraaggestuurd te worden) en het voortijdig afhaken door demotivatie van de jongere of het gezin. Van bij de indicatiestelling dient er rekening te worden gehouden met het feit dat de begeleiding op een gegeven moment zal moeten worden beëindigd en dat een traject moet worden uitgebouwd. Monitoring van het traject dient in elke begeleiding centraal te staan, doelstellingen en interventies dienen mee te worden gestuurd door het vooropgestelde traject. Grote voorzieningen die diverse

werkvormen aanbieden (bv. thuisbegeleiding, begeleid zelfstandig wonen, begeleidingstehuis) hebben, althans op papier, een zekere voorsprong op kleinere voorzieningen, maar een regionale inbedding van de trajectbegeleiding moet op termijn voor alle cliënten een passende continuering van de hulp garanderen. De multifunctionele centra zouden in de trajectbegeleiding eveneens een zinvolle rol kunnen spelen, op voorwaarde dat ze voldoende rekening houden met en toegang krijgen tot het aanbod in hun context. Verder moet worden blijven gezocht naar nazorg op maat van de cliënt en moet er via motiverende gesprekken voor worden gezorgd dat minderjarigen en gezinnen er de zin van (blijven) inzien. Nazorg kan vele vormen aannemen (bv. via onthemende projecten, individuele psychotherapie, mantelzorg vanuit de context,...). Wanneer samen met de cliënten kan worden uitgezocht welke nazorg het meest passend is en dit aanbod samen met de cliënt in een traject wordt gegoten (kan dit een functie zijn van eigen kracht conferenties?), zal de kans op succes verhogen. Uiteraard zijn we er ons van bewust dat bepaalde kwetsbare groepen weinig gemotiveerd zullen zijn voor verdere nazorg omwille van hun lange en discontinue hulpverleningsgeschiedenis. Toch moeten ook deze groepen blijven worden aangesproken, rechtstreeks en via hun context.

- 5) Er dient verder te worden gereflecteerd over de positionering en de profilering van de verschillende werkvormen in de bijzondere jeugdbijstand. Wanneer de instroom in de thuisbegeleidingsdiensten kan worden uitgezuiverd van oneigenlijk gebruik en verkeerde invulling van het subsidiariteitsbeginsel, zal het brede profiel van deze werkvorm beter ten gunste kunnen worden gesteld van de mobiele diagnostiek en de indicatiestelling. Vanwege haar brede profiel leent deze werkvorm zich er immers toe om een actor te zijn in het diagnostisch en indicatiestellingsproces dat wordt aangestuurd vanuit de verwijzende instanties. Dat neemt niet weg dat sommige thuisbegeleidingsdiensten zich zouden kunnen specialiseren in de begeleiding van bepaalde doelgroepen, daar waar de noden het hoogst zijn en de competenties van de hulpverleners toereikend. We denken aan de uitbouw van thuisbegeleiding voor minderjarige jongens met ernstige gedragsproblemen en hun gezinnen. Deze uitbouw mag echter geen substituuat worden voor het plaatsgebrek in de residentiële voorzieningen en niet leiden tot een eenzijdige profilering. De begeleidingstehuizen categorie 1bis hebben eveneens een heterogeen profiel, zowel qua instroom als methodieken en interventies, en dat dient te blijven behouden. Men kan niet eindeloos werkvormen creëren voor afzonderlijke doelgroepen. De CANO- en de GIT-projecten richten zich op jongeren en gezinnen in extreem moeilijke situaties. Hun visie, hun transparante werking, hun aansluiting bij de bestaande werkvormen en de resultaten die ze in deze doelgroep boeken, legitimeren hun bestaan. Toch zijn de indicaties om naar CANO en GIT te worden doorverwezen niet van die aard dat het om een hele duidelijke afgebakende of specifieke doelgroep gaat en werd er door de sleutelfiguren op gewezen dat wel meer jongeren van deze mogelijkheden zouden moeten kunnen genieten. Ons inziens lijkt, naast het behoud van de CANO- en GIT-projecten, een bredere investering wenselijk in de begeleidingstehuizen 1bis (en bij uitbreiding in alle begeleidingstehuizen), met name een uitbreiding van het kader en de mogelijkheden tot professionalisering met het oog op een meer kwaliteitsvolle begeleiding van doelgroepen met ernstige en complexe problematieken (bv. jongeren met psychiatrische problemen, druggebruikende jongeren, jongeren met ernstig antisociaal gedrag, enz.). Deze meer generalistische aanpak zal aan deze werkvorm een stevigere basis verlenen. Waar wenselijk kan het aanbod dan nog worden verfijnd naar specifieke doelgroepen toe.
- 6) Tot slot willen we ervoor pleiten om het 'outcome'-onderzoek in de bijzondere jeugdzorg te continueren. We menen dat, wil Vlaanderen hier een traditie in opbouwen, langdurig onderzoek op meerdere vlakken dient te worden verricht. Uit deze studie, die slechts een initiërend karakter had, werd duidelijk dat het in de bijzondere jeugdzorg om complexe materies gaat. De uitkomsten van de hulpverlening in deze

sector laten zich niet vatten in eenvoudige modellen die werden geoperationaliseerd vanuit één enkel discours. Er moet onderzoek vanuit verschillende disciplines en denkkaders kunnen worden gevoerd (economisch, pedagogisch, sociologisch, juridisch, ethisch,...) en liefst in een interdisciplinair perspectief. Steeds moet daarbij voldoende aandacht zijn voor de Vlaamse context, de gevoeligheden in die context (is de bijzondere jeugdzorg niet een spiegel van onze samenleving?) en de tradities van waaruit de jeugdzorg is ontstaan. Het is begrijpelijk dat het beleid soms over bepaalde aspecten van de hulpverlening (bv. projecten) snel duidelijke resultaten wil, maar tevens moet er ruimte en tijd worden gemaakt om tot een gezamenlijke visie en een integratief kader te komen, degelijke (registratie-) instrumenten te ontwikkelen en te leren gebruiken en alle betrokkenen, inclusief de cliënten te sensibiliseren. Hulpverleners moeten de tijd krijgen om weerstanden tegen 'outcome'-onderzoek te overwinnen, na te denken over hun praktijken en de mogelijke 'sensitive outcomes' betreffende hun handelen. Ze moeten hierover met hun collega's van gedachten kunnen wisselen, zodat ze zich kunnen laten inspireren en eenzelfde taal leren spreken. Ze moeten feedback krijgen over de resultaten van het onderzoek waaraan ze hebben meegewerkt, opdat ze er iets aan zouden hebben en over zouden kunnen reflecteren. Het 'outcome'-onderzoek verkrijgt zo een andere finaliteit en zal niet meer worden verengd tot een kijken in de 'black box' ter evaluatie van het handelen. Onderzoekers moeten de mogelijkheid krijgen instrumenten te ontwikkelen en te valideren, de verschillende onderzoeksmodellen op elkaar af te stemmen en een participatieve dialoog met hulpverleners, beleid en gebruikers op te bouwen. Het bleek bij het opzetten van deze studie bijvoorbeeld dat er weinig of geen instrumenten voorhanden waren om de instroom in de jeugdzorg op een goede manier in kaart te brengen, noch om begeleidingen te taxeren op hun vorm en inhoud. Het instrument dat wij samenstelden en gebruikten bij de dossieranalyse van deze studie biedt mogelijkheden in andere effect- en effectiviteitsonderzoeken, maar kan op een aantal punten zeker nog worden verfijnd (bv. wat betreft de meting van de realisatie van doelstellingen, de ernsttaxatie van problemen). Cliënten tenslotte moeten in het 'outcome'-onderzoek eveneens een stem krijgen. Zij zijn wellicht het best geplaatst om de nuances aan te geven van wat hulpverlening met hen doet en te wijzen op de sterke en zwakke punten in het systeem. Maar eerst zal hen voldoende mogelijkheid tot spreken moeten worden geboden. Het actief participeren aan dergelijk onderzoek kan hen helpen om vanuit hun kwetsbare positie met de steun van velen opnieuw verbinding te maken met zichzelf en hun omgeving.

REFERENTIELIJST

- Anglin, J.P. (2003). Understanding processes of residential group care for children and youth: Constructing a theoretical framework. *International Journal of Child & Family Welfare*, 6, 141-150.
- Berry, M., Brandon, M., Chaskin, R., Fernandez, E., Grietens, H., Lightburn, A., McNamara, P., Munford, R., Palacio-Quintin, E., Sanders, J., Warren-Adamson, C., & Zeira, A. (2006). Identifying sensitive outcomes of interventions in community-based centres. *International Journal of Child & Family Welfare*, 9, 2-10. (Special issue).
- Biehal, N. (2005). *Working with adolescents. Supporting families, preventing breakdown*. London: British Association for Adoption & Fostering.
- Bijl, B., Beenker, L.G.M., & van Baardewijk, Y. (2005). *Individuele Traject Begeleiding op papier en in e praktijk. Een onderzoek naar de programmatheorie en de –uitvoering van ITB harde kern en ITB-CRIEM*. Duivendrecht: PI Research.
- Boendermaker, L., van der Veldt, M.-C., & Booy, Y. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Cocker, C., & Grietens, H. (Eds.) (2004a). Mental health of children in public care: European perspectives (I). *International Journal of Child & Family Welfare*, 7(2-3), Special issue.
- Cocker, C., & Grietens, H. (Eds.) (2004b). Mental health of children in public care: European perspectives (II). *International Journal of Child & Family Welfare*, 7(4), Special issue.
- Colton, M., & Roberts, S. (2006). The retention of residential group care workers. *International Journal of Child & Family Welfare*, 9, 160-177.
- De Boer, C., & Coady, N. (2007). Good helping relationships in child welfare: Learning from stories of success. *Child & Family Social Work*, 12, 32-42.
- De Bruyn, E.E.J., Ruijssenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., & van Aarle, E.J.M. (2003). *De diagnostische cyclus. Een praktijkleer*. Leuven/Leusden: Acco.
- Dejonghe, E. (2006). *Omgang met allochtone adolscenenten in residentiële voorzieningen (begeleidingstehuizen) van de bijzondere jeugdbijstand in Vlaanderen*. (licentiaatsverhandeling). Leuven: Centrum voor Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven.
- Dwivedi, K.N. (Ed.) (2004). *Meeting the needs of ethnic minority children. Including refugee, black and mixed parentage children. (Third edition)*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Eldering, L. (2006). *Cultuur en opvoeding. (Vierde druk)*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Fulcher, L.C., & Ainsworth, F. (Eds.) (2007). *Group care practice with children and young people revisited*. New York: The Haworth Press.
- Grietens, H., & Hellinckx, W. (2004). Mental health of children in counselling institutions: Empirical findings from Flanders. *International Journal of Child & Family Welfare*, 7, 116-133.
- Grietens, H., & Hellinckx, W. (2005). Kinderen en jongeren met gedragsproblemen. In H. Grietens, J. Vanderfaeillie, W. Hellinckx, & W. Ruijssenaars (Red.), *Handboek orthopedagogische hulpverlening - 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen* (pp. 19-63). Leuven/Voorburg: Acco.
- Grietens, H., & Mercken, I. (2006). *De werkprincipes bij het Globaal Plan Jeugdzorg: Een aanzet tot uitdieping. (Een opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)*. Leuven: Centrum voor Orthopedagogiek.
- Harder, A.T., Knorth, E.J., & Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Utrecht: SWP.
- Hellinckx, W., Grietens, H., Geeraert, L., Moors, G., & Van Assche, V. (2001). *Risico op kindermishandeling? Een preventieve aanpak*. Leuven/Leusden: Acco.
- Henggeler, S.W., Scoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic treatment for antisocial behavior in youth*. New York: Guilford Press.
- Hermanns, J., van Nijnatten, C., Verheij, F., & Reuling, M. (Red.) (2005). *Handboek jeugdzorg. Deel 2. Methodieken en programma's*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Kemper (2004). *Intensieve vormen van thuisbehandeling*. (Dissertatie). Nijmegen: Rabot Universiteit.
- Knorth, E.J. (2005). Wat maakt het verschil? Over intensieve orthopedagogische zorg voor jeugdigen met probleemgedrag. *Kind en Adolescent*, 26, 334-351.
- Kok, J.F.W. (1997). *Specifiek opvoeden. Orthopedagogische theorie en praktijk* (11de herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kolen, M. (2001). *Zingeving en ethiek in de jeugdzorg: Omgaan met levensvragen, ethische vragen en cultuurverschillen*. Maarssen: Elsevier.
- Kolen, M. (2005). *Slagroom op de koffie? Ethische reflectie en discussie over uitgangspunten in de jeugdzorg*. Utrecht: SWP.
- Lightburn, A., & Warren-Adamson, C. (2006). Evaluating family centres: The importance of sensitive outcomes in cross-national studies. *International Journal of Child & Family Welfare*, 9, 11-25. (Special issue).
- Maluccio, A.N., Canali, C., & Vecchiato, T. (Eds. (2002). *Assessing outcomes in child and family services – Comparative design and policy issues*. New York: Aldine de Gruyter.
- Meltzer, H., Gatward, R., Corbin, T., Goodman, R., & Ford, T. (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in England*. London: TSO.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (2004). *Hulpvraag en hulpaanbod in de bijzondere jeugdbijstand*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, afdeling Bijzondere Jeugdbijstand.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene: Castelia Publishing Company.
- Put, J. (2005). *Jeugdrecht*. Antwerpen: MAKLU-uitgevers nv.
- Rapp-Paglicci, L.A. (Ed.) (2005). *Juvenile offenders and mental illness. I know why the caged bird cries*. New York: Haworth Press.
- Roelofs, M. (1996). *Kindermishandeling en hulpverlening*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Rose, R., & Philpot, T. (2005). *The child's own story. Life story work with traumatized children*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rossi, P.H., Lipsey, M.W., & Freeman, H.E. (2004). *Evaluation: A systematic approach (7th edition)*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Savicki, V. (2002). Cultural factors related to burnout in children and youth care workers in thirteen cultures. In E.J. Knorth, P.M. van den Bergh, & F. Verheij (Eds.), *Professionalization and participation in child and youth care* (pp. 135-158). Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- Slot, N.W., & Spanjaard, H. (2003). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HB Uitgevers.
- Spanjaard, H., & Haspels, M. (2005). *Families First. Handleiding voor gezinsmedewerkers*. Utrecht: NIZW.
- Van Binsbergen, M.H. (2003). *Motivatie voor behandeling: Ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële instelling*. (proefschrift). Leiden: Universiteit Leiden.
- Van Binsbergen, M.H., Knorth, E.J., Klomp, M., Ruijsenaars, A.J.J.M., & Meulman, J.J. (2004). Motivatie voor behandeling in justitiële jeugdinrichtingen. In A. Vyt, M.A.G. van Aken, J.D. Bosch, R.J. van der Gaag, & A.J.J.M. Ruijsenaars (Red.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 6 (2004-2005)* (pp. 35-61). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van den Bergh, V. (2006). *Té moeilijk voor de hulpverlening? (licentiaatsverhandeling)*. Leuven: Centrum voor Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven.
- Van der Ploeg, J.D., & Scholte, E.M. (2003). *Effecten van behandelingsprogramma's voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in residentiële settings. Eindrapport*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Pedagogisch en Psychologisch Onderzoek.
- Van Puyenbroeck, B., Loots, G., Grietens, H., & Jacquet, W. (2007). Crisishulp aan Huis Vlaanderen: Een uitkomstonderzoek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 46, 94-106.
- Van Yperen, T. (2003). *Resultaten in de jeugdzorg. Begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.

- Vanfraechem, I. (2002). *Een wetenschappelijk onderzoek over de toepassing van Family Group Conferences (Herstelgericht Groepsoverleg) in Vlaanderen. Eindrapport.* (Onuitgegeven onderzoeksrapport). Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Onderzoeksgroep Jeugdcriminologie.
- Veerman, J.W. (2005). Wetenschappelijk onderzoek. In J. Hermans, C. Van Nijnatten, F. Verheij, & M. Reuling (Red.), *Handboek jeugdzorg. Deel 1. Stromingen en specifieke doelgroepen* (pp. 75-93). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vervotte, I. (2006). *Globaal Plan Jeugdzorg. De kwetsbaarheid voorbij...Opnieuw verbinding maken.* Brussel: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Ward, A. (2006). Models of 'ordinary' and 'special' daily living: Matching residential care to the mental-health needs of looked after children. *Child & Family Social Work, 11*, 336-346.
- Webb, N.B. (2006) (Ed.). *Working with traumatized youth in child welfare.* New York: The Guilford Press.
- Whittaker, J.K. (2001). Repenser la suppléance familiale en internats et en foyers de groupes: Enjeux scientifiques et professionnels. In M. Corbillon (Ed.), *Suppléance familiale: Nouvelles approches, nouvelles pratiques* (pp. 171-180). Vigneux sur Seine: Matrice.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Steekproef begeleidingsteuizen categorie 1bis

Piloot

Leefgroep Wingerdbloei te Berchem

Klassiek begeleidingstehuis categorie 1bis

Afdeling Kort Verblijf Wingerdbloei te Ekeren

Studiosysteem te Heffen

De Hefboom te Heffen

De Kastelein te Turnhout

De Passage te Antwerpen

De Dam te Leuven

De Kantel te Sint-Andries

Huis Zeventien te Wimmertingen

Jongenstehuis Don Bosco te Genk

CANO

De Kerhoek te Zomergem

De Betsberg te Oosterzele

Stappen te Sint-Amandsberg

Cirkant - Neerhof te Turnhout

De Wissel te Leuven

De Pas te Leuven

De Living te Heverlee

Oranjehuis te Heule

Home Maria Goretti te Brugge

Jongerenwerking Pieter Simenon te Lommel

Categoriale opvang

Minor-Ndako te Anderlecht

't Huis te Aalst

RKJ De Sleutel te Eeklo

Bijlage 2 Steekproef thuisbegeleidingsdiensten

Piloot

Thuisbegeleidingsdienst Oost-Brabant te Scherpenheuvel

't Kompas te Dendermonde

Mee-ander te Geraardsbergen

Gezinsproject Waasland te Beveren-Waas

Centrum voor Ambulante Begeleiding te Gent

Mobilé te Sint-Amandsberg

Binnenstad te Brugge

De Kerseboom te Brugge

De Balans te Koolkerke

De Meerkant te Sint-Andries

Oikonde te Tielt

Trasée te Berchem

Joba te Hoboken

De Klink te 's Gravenwezel

De Aanzet te Heffen

Cirkant te Turnhout

Aandacht te Geel

De Brug te Bilzen

De Kering te Wimmertingen

De Loper - Brussel te Anderlecht

De Loper - Halle-Vilvoorde te Anderlecht

Amber te Wilsele

DTL te Lovenjoel

Radar te Ternat

Bijlage 3 Steekproef GIT-projecten

Zelfstandig Woonproject Amok te Antwerpen

De Touter te Berchem

Diensten- en Begeleidingscentrum Openluchtopvoeding te Brasschaat

Wingerdbloei te Borgerhout

De Waaiburg te Geel

De Griffioen te Mechelen

De Haven te Antwerpen

Bijlage 4 Steekproef verwijzende instanties

Piloot

Comité voor Bijzondere Jeugdzorg Turnhout
Sociale Dienst bij de Jeugdrechtbank Tongeren

Comité voor Bijzondere Jeugdzorg Antwerpen
Comité voor Bijzondere Jeugdzorg Hasselt
Comité voor Bijzondere Jeugdzorg Dendermonde
Comité voor Bijzondere Jeugdzorg Leuven
Comité voor Bijzondere Jeugdzorg Brugge
Sociale Dienst bij de Jeugdrechtbank Antwerpen
Sociale Dienst bij de Jeugdrechtbank Hasselt
Sociale Dienst bij de Jeugdrechtbank Dendermonde
Sociale Dienst bij de Jeugdrechtbank Leuven
Sociale Dienst bij de Jeugdrechtbank Brugge

INTERVIEWLEIDRAAD
voor de
BEGELEIDINGSTEHUIZEN CATEGORIE 1BIS

THEMA 1: INSTROOM (Doelgroep)

- Wat is de beoogde doelgroep?
- Zijn er indicaties of tegenindicaties om jongeren op te nemen? Leg uit.
- Wat is de bereikte doelgroep?
- Komt de bereikte doelgroep overeen met de beoogde of zijn er discrepanties? Leg uit.
- Wat zijn mogelijke factoren/oorzaken/verklaringen die ervoor zorgen dat de bereikte doelgroep wel of niet overeenkomt met de beoogde doelgroep? Wat zou deze discrepantie kunnen voorkomen en/of oplossen?

THEMA 2: PROCES (Methodieken)

2.1. Werkingsprincipes

- Zijn er bepaalde fasen te onderscheiden in het hulpverleningsproces dat jongeren doorlopen? Leg uit.
- Wordt er aan diagnostiek gedaan? Leg uit.
- Is het hulpverleningsaanbod geïndividualiseerd/op maat of eenvormig/algemeen? Leg uit.
- Worden de ouders betrokken bij de hulpverlening? Leg uit.
- Wordt de context betrokken bij de hulpverlening? Leg uit.
- Wordt er samengewerkt met andere diensten tijdens de hulpverlening? Leg uit.
- Worden jongeren voorbereid op de stopzetting van de hulpverlening? Is er nazorg? Leg uit.
- Wordt er aandacht besteed aan de professionalisering van het personeel? Leg uit.

2.2. Interventiekader

- Hoeveel en welke personeelsleden werken er hier?
- Wat is de caseload? Wat is de bezettingsgraad? Is er een wachtlijst?
- Door wie worden de meeste jongeren doorverwezen?
- Wat is de vooropgestelde hulpverleningsduur?
- Wat is de gemiddelde duur van de hulpverlening in de praktijk?
- Komt de vooropgestelde duur overeen met de daadwerkelijke duur of is er een discrepantie? Leg uit.
- Wordt de hulpverlening soms voortijdige stopgezet? Leg uit.

2.3. Interventiedoelen

- Wat zijn de doelen van deze Ibis-afdeling?
- Worden er expliciet doelen opgesteld en neergeschreven voor elke jongere?
- Door wie worden de doelen opgesteld?
- Wat is de inhoud van de doelen?
- Wanneer worden de doelen geëvalueerd? Welke parameters/indicatoren worden er gehanteerd bij het evalueren van de doelen?
- In welke mate worden de beoogde doelstellingen bereikt?

2.4. Interventiemiddelen

- Waaruit bestaat het hulpverleningsaanbod?
- Komt het uitgevoerde aanbod overeen met het beoogde aanbod of is er een discrepantie? Leg uit.
- Wat zijn mogelijke factoren/oorzaken/verklaringen die ervoor zorgen dat het beoogde aanbod wel of niet overeenkomt met het uitgevoerde aanbod? Wat zou deze discrepantie kunnen voorkomen en/of oplossen?
- Zijn er indicaties dat het hulpverleningsaanbod effectief is? Leg uit.
- Wat zijn de meest werkzame elementen in uw aanbod?
- Welke theoretische kaders liggen aan de basis van het hulpverleningsaanbod?

THEMA 3: UITSTROOM (Resultaten)

- Wat zijn de effecten of resultaten van de hulpverlening?
- Wat gebeurt er met de meeste jongeren na het beëindigen van de hulpverlening?
- Welke (positieve en negatieve) factoren beïnvloeden in sterke mate de resultaten van de hulpverlening?
- Wat zou de effecten of resultaten van de hulpverlening kunnen vergroten?
- Met welke indicatoren/criteria/parameters houdt men best rekening als men op een systematische wijze aan effectonderzoek wil doen en de effecten in kaart wil brengen? Welke informanten en materialen kan men gebruiken bij het doen van effectmeting?
- Is er een meerwaarde in het doen van systematisch effectonderzoek volgens u? Leg uit.

INTERVIEWLEIDRAAD
voor de
THUISBEGELEIDINGSDIENSTEN

THEMA 1: INSTROOM (Doelgroep)

- Wat is de beoogde doelgroep?
- Zijn er indicaties of tegenindicaties om kinderen/jongeren en hun gezin te begeleiden? Leg uit.
- Wat is de bereikte doelgroep?
- Komt de bereikte doelgroep overeen met de beoogde of zijn er discrepanties? Leg uit.
- Wat zijn mogelijke factoren/oorzaken/verklaringen die ervoor zorgen dat de bereikte doelgroep wel of niet overeenkomt met de beoogde doelgroep? Wat zou deze discrepantie kunnen voorkomen en/of oplossen?

THEMA 2: PROCES (Methodieken)

2.1. Werkingsprincipes

- Zijn er bepaalde fasen te onderscheiden in het hulpverleningsproces dat kinderen/jongeren en hun gezin doorlopen? Leg uit.
- Wordt er aan diagnostiek gedaan? Leg uit.
- Is het hulpverleningsaanbod geïndividualiseerd/op maat of eenvormig/algemeen? Leg uit.
- Wordt de context betrokken bij de hulpverlening? Leg uit.
- Wordt er samengewerkt met andere diensten tijdens de hulpverlening? Leg uit.
- Worden kinderen/jongeren en hun gezin voorbereid op de stopzetting van de hulpverlening? Is er nazorg? Leg uit.
- Wordt er aandacht besteed aan de professionalisering van het personeel? Leg uit.

2.2. Interventiekader

- Door wie worden de meeste kinderen/jongeren en hun gezin doorverwezen?
- Hoeveel en welke personeelsleden werken er hier?
- Wat is de caseload? Wat is de bezettingsgraad? Is er een wachtlijst?
- Wat is de vooropgestelde hulpverleningsduur?
- Wat is de gemiddelde duur van de hulpverlening in de praktijk?
- Komt de vooropgestelde duur overeen met de daadwerkelijke duur of is er een discrepantie? Leg uit.
- Wordt de hulpverlening soms voortijdige stopgezet? Leg uit.

2.3. Interventiedoelen

- Wat zijn de doelen van deze thuisbegeleidingsafdeling?
- Worden er expliciet doelen opgesteld en neergeschreven voor elk kind/jongere en zijn gezin?
- Door wie worden de doelen opgesteld?
- Wat is de inhoud van de doelen?
- Wanneer worden de doelen geëvalueerd? Welke parameters/indicatoren worden er gehanteerd bij het evalueren van de doelen?
- In welke mate worden de beoogde doelstellingen bereikt?

2.4. Interventiemiddelen

- Waaruit bestaat het hulpverleningsaanbod?
- Komt het uitgevoerde aanbod overeen met het beoogde aanbod of is er een discrepantie? Leg uit.
- Wat zijn mogelijke factoren/oorzaken/verklaringen die ervoor zorgen dat het beoogde aanbod wel of niet overeenkomt met het uitgevoerde aanbod? Wat zou deze discrepantie kunnen voorkomen en/of oplossen?
- Welke theoretische kaders liggen aan de basis van het hulpverleningsaanbod?
- Zijn er indicaties dat het hulpverleningsaanbod effectief is? Leg uit.
- Wat zijn de meest werkzame elementen in uw aanbod?

THEMA 3: UITSTROOM (Resultaten)

- Wat zijn de effecten of resultaten van de hulpverlening?
- Wat gebeurt er met de meeste kinderen/jongeren en hun gezin na het beëindigen van de begeleiding?
- Welke (positieve en negatieve) factoren beïnvloeden in sterke mate de resultaten van de hulpverlening?
- Wat zou de effecten of resultaten van de hulpverlening in deze thuisbegeleidingsafdeling kunnen vergroten?
- Met welke indicatoren/criteria/parameters houdt men best rekening als men op een systematische wijze aan effectonderzoek wil doen en de effecten in kaart wil brengen? Welke informanten en materialen kan men gebruiken bij het doen van effectmeting?
- Is er een meerwaarde in het doen van systematisch effectonderzoek volgens u? Leg uit.

INTERVIEWLEIDRAAD
voor de
GIT-PROJECTEN

THEMA 1: INSTROOM (Doelgroep)

- Wat is de beoogde doelgroep?
- Zijn er indicaties of tegenindicaties om jongeren tot deze projecten toe te laten? Leg uit.
- Wat is de bereikte doelgroep?
- Komt de bereikte doelgroep overeen met de beoogde of zijn er discrepanties? Leg uit.
- Wat zijn mogelijke factoren/oorzaken/verklaringen die ervoor zorgen dat de bereikte doelgroep wel of niet overeenkomt met de beoogde doelgroep? Wat zou deze discrepantie kunnen voorkomen en/of oplossen?
- Is de doelgroep van deze GIT-projecten specifiek en onderscheidt ze zich van de doelgroep van andere werkvormen? Leg uit.

THEMA 2: PROCES (Methodieken)

2.1. Werkingsprincipes

- Zijn er bepaalde fasen te onderscheiden in het hulpverleningsproces dat jongeren doorlopen? Leg uit.
- Wordt er aan diagnostiek gedaan? Leg uit.
- Is het hulpverleningsaanbod geïndividualiseerd/op maat of eenvormig/algemeen? Leg uit.
- Worden de ouders betrokken bij de hulpverlening? Leg uit.
- Wordt de context betrokken bij de hulpverlening? Leg uit.
- Wordt er samengewerkt met andere diensten tijdens de hulpverlening? Leg uit.
- Worden jongeren voorbereid op de stopzetting van de hulpverlening? Is er nazorg? Leg uit.
- Wordt er aandacht besteed aan de professionalisering van het personeel? Leg uit.

2.2. Interventiekader

- Door wie worden de meeste jongeren doorverwezen?
- Hoeveel en welke personeelsleden werken er hier?
- Wat is de caseload? Is er een wachtlijst?
- Wat is de vooropgestelde hulpverleningsduur?
- Wat is de gemiddelde duur van de hulpverlening in de praktijk?
- Komt de vooropgestelde duur overeen met de daadwerkelijke duur of is er een discrepantie? Leg uit.
- Wordt het project soms voortijdige stopgezet? Leg uit.

2.3. Interventiedoelen

- Wat zijn de doelen van deze GIT-projecten?
- Worden er expliciet doelen opgesteld en neergeschreven voor elke jongere?
- Door wie worden de doelen opgesteld?
- Wat is de inhoud van de doelen?
- Wanneer worden de doelen geëvalueerd? Welke parameters/indicatoren worden er gehanteerd bij het evalueren van de doelen?
- In welke mate worden de beoogde doelstellingen bereikt?

2.4. Interventiemiddelen

- Waaruit bestaat het hulpverleningsaanbod?
- Komt het uitgevoerde aanbod overeen met het beoogde aanbod of is er een discrepantie? Leg uit.
- Wat zijn mogelijke factoren/oorzaken/verklaringen die ervoor zorgen dat het beoogde aanbod wel of niet overeenkomt met het uitgevoerde aanbod? Wat zou deze discrepantie kunnen voorkomen en/of oplossen?
- Welke theoretische kaders liggen aan de basis van het hulpverleningsaanbod?
- Zijn er indicaties dat het hulpverleningsaanbod effectief is? Leg uit.
- Wat zijn de meest werkzame elementen in uw aanbod?
- Wat is volgens u de meerwaarde van deze werkvorm?

THEMA 3: UITSTROOM (Resultaten)

- Wat zijn de effecten of resultaten van de hulpverlening?
- Wat gebeurt er met de meeste jongeren na het beëindigen van het project?
- Welke (positieve en negatieve) factoren beïnvloeden in sterke mate de resultaten van de hulpverlening?
- Wat zou de effecten of resultaten van de hulpverlening kunnen vergroten?
- Met welke indicatoren/criteria/parameters houdt men best rekening als men op een systematische wijze aan effectonderzoek wil doen en de effecten in kaart wil brengen? Welke informanten en materialen kan men gebruiken bij het doen van effectmeting?
- Is er een meerwaarde in het doen van systematisch effectonderzoek volgens u? Leg uit.

Voorziening:.....
.....
Dossiernummer:.....

I. INSTROOM: Doelgroep

1. Persoonskenmerken

Leeftijd bij instroom:

- ≤ 11;11 jaar
- 12;0 jaar - 13;11 jaar
- 14;0 jaar - 15;11 jaar
- 16;0 jaar - 17;11 jaar
- ≥ 18;0 jaar

Geslacht:

- Mannelijk
- Vrouwelijk

Onderwijsvorm bij instroom:

- LO
- BuLO
- ASO
- TSO
- BSO
- BuSO
- Deeltijds onderwijs
- Leercontract
- Werk
- Geen school of werk (gedurende een periode van minstens 3 weken vóór instroom)

Reden?.....

- Andere:.....

Nationaliteit:

- Belg
- Andere:.....

Etniciteit:

- Autochtoon
- Allochtoon

Verblijfplaats bij instroom:

- In gezinsverband
 - In natuurlijk kerngezin bij biologische vader en biologische moeder
 - Bij biologische vader
 - Bij biologische moeder
 - Bij biologische vader met partner
 - Bij biologische moeder met partner
 - Co-ouderschap: Afwisselend bij biologische vader en biologische moeder
 - Bij familie
 - In pleeggezin

- In hulpverleningssetting

Welke?.....

- Andere:.....

2. Gezinskenmerken

Relatie ouders bij instroom:

- Gehuwd
- Samenwonend
- Gescheiden
- Overleden moeder
- Overleden vader
- Andere:.....

Gezinssamenstelling bij instroom:

- Natuurlijk kerngezin
- Gebroken kerngezin
 - Vader*
 - Eenoudergezin
 - Nieuw samengesteld gezin
 - Niet van toepassing (vb. overleden)
 - Onbekend
 - Moeder*
 - Eenoudergezin
 - Nieuw samengesteld gezin
 - Niet van toepassing (vb. overleden)
 - Onbekend
- Pleeggezin
- Andere:.....

Aantal kinderen in natuurlijk kerngezin bij instroom:

- 1
- 2
- 3
- 4
- > 4:.....
- Niet van toepassing
- Onbekend

Aantal kinderen in gezin van vader bij instroom:

- 1
- 2
- 3
- 4
- > 4:.....
- Niet van toepassing
- Onbekend

Aantal kinderen in gezin van moeder bij instroom:

- 1
- 2
- 3
- 4
- > 4:.....
- Niet van toepassing
- Onbekend

Aantal kinderen in pleeggezin bij instroom:

- 1
- 2
- 3
- 4
- > 4:.....
- Niet van toepassing
- Onbekend

3. Hulpverleningsgeschiedenis

Hulpverleningsgeschiedenis:

- Nee
- Ja
 - Welke (type én periode)?.....
 -
 -
 -
 -
 -

4. Problematiek

Problematiek bij instroom:

Ernst van de problemen:

	<u>Ernstig</u>	<u>Matig</u>	<u>Licht</u>
<input type="checkbox"/> Bij de jongere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Emotionele problemen (internaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agressieve of oppositionele gedragsproblemen (externaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antisociale of (pre)delinquente gedragsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gebruik van middelen en/of verslaving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> School- en/of leerproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen met vrije tijd en/of sociale contacten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychosomatische problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychiatrisch getinte problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichamelijke problemen en/of gezondheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verstandelijke ontwikkelingsproblemen of ontwikkelingsachterstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seksuele problematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
<input type="checkbox"/> In het gezin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gezinsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Affectieve verwaarlozing/mishandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen in maatschappelijk functioneren (sociaal netwerk,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Materiële problemen (financiën, huisvesting,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke problemen (hygiëne, verzorging, kleding,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen vaderfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen moederfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			

II. PROCES: Methodieken

1. Interventiekader

Hulpverleningsduur:

- < 3 maanden
- 3 maanden - 6 maanden
- 6 maanden - 9 maanden
- 9 maanden - 12 maanden
- 1 jaar - 1,5 jaar
- 1,5 jaar - 2 jaar
- 2 jaar - 2,5 jaar
- 2,5 jaar - 3 jaar
- > 3 jaar

Verwijzende instantie:

- Comité voor Bijzondere Jeugdzorg
- Jeugdrechtbank
- Andere:.....

Voortijdige stopzetting van de hulp:

- Nee
- Ja

Reden?.....
.....

2. Interventiedoelen

Interventiedoelen tijdens hulpverleningsproces:

Gerealiseerd **bij uitstroom**:

	Ja	Deels	Nee	Onduidelijk	Niet aan gewerkt
<input type="checkbox"/> Gericht op het functioneren van de jongere					
<input type="checkbox"/> Emotioneel functioneren verbeteren:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gedragsproblemen verminderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Misbruik en/of verslaving bestrijden:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Persoonlijkheid versterken:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychosomatische klachten verminderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychiatrische klachten verminderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichamelijke en/of gezondheidsproblemen verminderen:....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op de sociale omgeving van de jongere					
<input type="checkbox"/> Leren omgaan met leeftijdsgenoten:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leren omgaan met volwassenen en gezagsfiguren:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leren de vrije tijd zinvol te besteden:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zelfstandigheid bevorderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op school en/of werk van de jongere					
<input type="checkbox"/> School- en werksituatie verbeteren (motivatie,...):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schoolprestaties verbeteren en leerproblemen verminderen:..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op het functioneren van het gezin					
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren verminderen:....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen ouderfiguren - kind verminderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Materiële problemen verminderen (financiën,...):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke problemen verminderen (hygiëne,...):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op de sociale omgeving van het gezin					
<input type="checkbox"/> Maatschappelijk functioneren bevorderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op de ouder(s)					
<input type="checkbox"/> Persoonlijk functioneren van de ouder(s) verbeteren:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op derden					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Interventiemiddelen: interventies, activiteiten, programma's en methodieken

- Gericht op het **functioneren van de jongere**

Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op de **sociale omgeving van de jongere**

Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op **school en/of werk van de jongere**

Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op het **functioneren van het gezin**

Welke (type én inhoud)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op de **sociale omgeving van het gezin**

Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op de **ouder(s)**

Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op **derden**

Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Andere**

Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

III. UITSTROOM: Resultaten

Onderwijsvorm bij uitstroom:

- LO
- BuLO
- ASO
- TSO
- BSO
- BuSO
- Deeltijds onderwijs
- Leercontract
- Werk
- Geen school of werk
- Reden?.....
- Andere:.....

Problemen bij uitstroom:

Ernst van de problemen:

	<u>Ernstig</u>	<u>Matig</u>	<u>Licht</u>
<input type="checkbox"/> Bij de jongere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Emotionele problemen (internaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agressieve of oppositionele gedragsproblemen (externaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antisociale of (pre)delinquente gedragsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gebruik van middelen en/of verslaving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> School- en/of leerproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen met vrije tijd en/of sociale contacten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychosomatische problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychiatrisch getinte problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichamelijke problemen en/of gezondheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verstandelijke ontwikkelingsproblemen of ontwikkelingsachterstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seksuele problematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
<input type="checkbox"/> In het gezin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gezinsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Affectieve verwaarlozing/mishandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen in maatschappelijk functioneren (sociaal netwerk,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Materiële problemen (financiën, huisvesting,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke problemen (hygiëne, verzorging, kleding,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen vaderfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen moederfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			

(Advies voor) verdere hulpverlening:

- Nee
- Ja
- Welke?.....
-
-
-
-
-

Thuisbegeleidingsafdeling:.....

Dossiernummer:.....

INTERVENTIEKADER

Begeleidingsduur:

- < 3 maanden
- 3 maanden - 6 maanden
- 6 maanden - 9 maanden
- 9 maanden - 12 maanden
- 1 jaar - 1,5 jaar
- 1,5 jaar - 2 jaar
- 2 jaar - 2,5 jaar
- 2,5 jaar - 3 jaar
- > 3 jaar

Verwijzende instantie:

- Comité voor Bijzondere Jeugdzorg
- Jeugdrechtbank
- Andere:.....

Voortijdige stopzetting van de thuisbegeleiding:

- Nee
- Ja
- Reden?.....
-

Locatie van de thuisbegeleiding:

	<u>Permanent</u>	<u>Tijdelijk</u>	<u>Periode</u>	<u>Reden van tijdelijkheid</u>
Thuisbegeleiding in kerngezin bij biologische vader en biologische moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuisbegeleiding bij vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuisbegeleiding bij moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuisbegeleiding bij vader en partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuisbegeleiding bij moeder en partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuisbegeleiding in pleeggezin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. INSTROOM: Doelgroep

1. Kenmerken van het gezin

Relatie ouders bij instroom:

- Gehuwd
- Samenwonend
- Gescheiden
- Overleden moeder
- Overleden vader
- Andere:.....

Gezinssamenstelling bij instroom:

- Natuurlijk kerngezin
- Gebroken kerngezin
 - Vader*
 - Eenoudergezin
 - Nieuw samengesteld gezin
 - Niet van toepassing (vb. overleden)
 - Onbekend
 - Moeder*
 - Eenoudergezin
 - Nieuw samengesteld gezin
 - Niet van toepassing (vb. overleden)
 - Onbekend
- Pleeggezin
- Andere:.....

Aantal kinderen in gezin(nen) waar de thuisbegeleiding plaatsvindt bij instroom:

- | | |
|------------------------------------|--|
| Gezin 1:..... | Gezin 2:..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> > 4:..... | <input type="checkbox"/> > 4:..... |
| <input type="checkbox"/> Onbekend | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| | <input type="checkbox"/> Niet van toepassing |

2. Kenmerken van de kinderen in het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt

Gezin:.....

	<u>Kind 1</u>	<u>Kind 2</u>	<u>Kind 3</u>	<u>Kind 4</u>	<u>Kind 5</u>
<u>Aangemeld kind/jongere (1 antwoord):</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Leeftijd bij instroom:</u>					
≤ 2;11 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3;0 jaar - 5;11 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6;0 jaar - 8;11 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9;0 jaar - 11;11 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12;0 jaar - 13;11 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14;0 jaar - 15;11 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16;0 jaar - 17;11 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
≥ 18;0 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Geslacht:</u>					
Mannelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vrouwelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Onderwijsvorm bij instroom:</u>					
KLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BuKLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BuLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BuSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deeltijds onderwijs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geen school of werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Reden?</u>					
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niet van toepassing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Nationaliteit:</u>					
Belg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Etniciteit:</u>					
Autochtoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allochtoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Verblijfplaats bij instroom:</u>					
In oorspronkelijk kerngezin bij biologische vader en biologische moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij biologische vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij biologische moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij biologische vader met partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij biologische moeder met partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Co-ouderschap: Afwisselend bij biologische vader en biologische moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In hulpverleningssetting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Welke?</u>					
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Problematiek

Problemen bij instroom:

Ernst van de problemen:

	<u>Ernstig</u>	<u>Matig</u>	<u>Licht</u>
<input type="checkbox"/> Bij aangemeld kind/jongere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Emotionele problemen (internaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agressieve of oppositionele gedragsproblemen (externaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antisociale of (pre)delinquente gedragsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gebruik van middelen en/of verslaving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> School- en/of leerproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen met vrije tijd en/of sociale contacten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychosomatische problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychiatrisch getinte problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichamelijke problemen en/of gezondheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verstandelijke ontwikkelingsproblemen of ontwikkelingsachterstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seksuele problematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
<input type="checkbox"/> In het gezin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gezinsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Affectieve verwaarlozing/mishandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen in maatschappelijk functioneren (sociaal netwerk,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Materiële problemen (financiën, huisvesting,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke problemen (hygiëne, verzorging, kleding,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen vaderfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen moederfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			

Problemen met andere kinderen in het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt:

- Nee
- Ja:
 - Met nog 1 ander kind (naast aangemeld kind/jongere)
 - Met nog 2 andere kinderen (naast aangemeld kind/jongere)
 - Met nog 3 andere kinderen (naast aangemeld kind/jongere)
 - Met nog 4 andere kinderen (naast aangemeld kind/jongere)
 - Met nog andere kinderen (naast aangemeld kind/jongere)

Gewerkt met andere kinderen in het gezin tijdens de thuisbegeleiding:

- Nee
- Ja:
 - Met nog 1 ander kind (naast aangemeld kind/jongere)
 - Met nog 2 andere kinderen (naast aangemeld kind/jongere)
 - Met nog 3 andere kinderen (naast aangemeld kind/jongere)
 - Met nog 4 andere kinderen (naast aangemeld kind/jongere)
 - Met nog andere kinderen (naast aangemeld kind/jongere)

4. Hulpverleningsgeschiedenis van alle leden van het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt

Hulpverleningsgeschiedenis:

- Nee
- Ja

Welke (aan wie én type én periode)?.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Interventiemiddelen: interventies, activiteiten, programma's

- Gericht op het **functioneren van kind(eren)/jongere(n)**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op de **sociale omgeving van kind(eren)/jongere(n)**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op **school en/of werk van kind(eren)/jongere(n)**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op het **functioneren van het gezin**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op de **sociale omgeving van het gezin**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op de **ouder(s)**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op **derden**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Andere**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

III. UITSTROOM: Resultaten

Problemen of aandachtspunten **bij uitstroom**:

Ernst van de problemen:

	<u>Ernstig</u>	<u>Matig</u>	<u>Licht</u>
<input type="checkbox"/> Bij aangemeld kind/jongere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Emotionele problemen (internaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agressieve of oppositionele gedragsproblemen (externaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antisociale of (pre)delinquente gedragsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gebruik van middelen en/of verslaving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> School- en/of leerproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen met vrije tijd en/of sociale contacten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychosomatische problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychiatrisch getinte problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichamelijke problemen en/of gezondheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verstandelijke ontwikkelingsproblemen of ontwikkelingsachterstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seksuele problematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
<input type="checkbox"/> In het gezin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gezinsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Affectieve verwaarlozing/mishandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen in maatschappelijk functioneren (sociaal netwerk,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Materiële problemen (financiën, huisvesting,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke problemen (hygiëne, verzorging, kleding,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen vaderfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen moederfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			

(Advies voor) verdere hulpverlening:

Nee

Ja

Welke (aan wie én type)?.....

GIT-project:.....
.....
Dossiernummer:.....

I. INSTROOM: Doelgroep

1. Persoonskenmerken

Leeftijd bij instroom:

- ≤ 11;11 jaar
- 12;0 jaar - 13;11 jaar
- 14;0 jaar - 15;11 jaar
- 16;0 jaar - 17;11 jaar
- ≥ 18;0 jaar

Geslacht:

- Mannelijk
- Vrouwelijk

Onderwijsvorm bij instroom:

- LO
- BuLO
- ASO
- TSO
- BSO
- BuSO
- Deeltijds onderwijs
- Leercontract
- Werk
- Geen school of werk (gedurende een periode van minstens 3 weken vóór instroom)

Reden?.....

Andere:.....

Nationaliteit:

- Belg
- Andere:.....

Etniciteit:

- Autochtoon
- Allochtoon

Verblijfplaats bij instroom:

- In gezinsverband
 - In natuurlijk kerngezin bij biologische vader en biologische moeder
 - Bij biologische vader
 - Bij biologische moeder
 - Bij biologische vader met partner
 - Bij biologische moeder met partner
 - Co-ouderschap: Afwisselend bij biologische vader en biologische moeder
 - Bij familie
 - In pleeggezin

- In hulpverleningssetting

Welke?.....

Andere:.....

2. Gezinskenmerken

Relatie ouders bij instroom:

- Gehuwd
- Samenwonend
- Gescheiden
- Overleden moeder
- Overleden vader
- Andere:.....

Gezinssamenstelling bij instroom:

- Natuurlijk kerngezin
- Gebroken kerngezin
 - Vader*
 - Eenoudergezin
 - Nieuw samengesteld gezin
 - Niet van toepassing (vb. overleden)
 - Onbekend
 - Moeder*
 - Eenoudergezin
 - Nieuw samengesteld gezin
 - Niet van toepassing (vb. overleden)
 - Onbekend
- Andere:.....

Aantal kinderen in natuurlijk kerngezin bij instroom:

- 1
- 2
- 3
- 4
- > 4:.....
- Niet van toepassing
- Onbekend

Aantal kinderen in gezin van vader bij instroom:

- 1
- 2
- 3
- 4
- > 4:.....
- Niet van toepassing
- Onbekend

Aantal kinderen in gezin van moeder bij instroom:

- 1
- 2
- 3
- 4
- > 4:.....
- Niet van toepassing
- Onbekend

Aantal kinderen in pleeggezin bij instroom:

- 1
- 2
- 3
- 4
- > 4:.....
- Niet van toepassing
- Onbekend

3. Hulpverleningsgeschiedenis

Hulpverleningsgeschiedenis:

- Nee
- Ja
 - Welke (type én periode)?.....
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -

4. Problematiek

Problematiek bij instroom:

Ernst van de problemen:

	<u>Ernstig</u>	<u>Matig</u>	<u>Licht</u>
<input type="checkbox"/> Bij de jongere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Emotionele problemen (internaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agressieve of oppositionele gedragsproblemen (externaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antisociale of (pre)delinquente gedragsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gebruik van middelen en/of verslaving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> School- en/of leerproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen met vrije tijd en/of sociale contacten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychosomatische problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychiatrisch getinte problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichamelijke problemen en/of gezondheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verstandelijke ontwikkelingsproblemen of ontwikkelingsachterstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seksuele problematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
<input type="checkbox"/> In het gezin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gezinsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Affectieve verwaarlozing/mishandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen in maatschappelijk functioneren (sociaal netwerk,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Materiële problemen (financiën, huisvesting,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke problemen (hygiëne, verzorging, kleding,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen vaderfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen moederfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			

II. PROCES: Methodieken

1. Interventiekader

Hulpverleningsduur:

- < 3 maanden
- 3 maanden - 6 maanden
- 6 maanden - 9 maanden
- 9 maanden - 12 maanden
- > 1 jaar

Locatie:

- Residentiële instelling
- Semi-residentiële instelling
- Ambulante dienst
- Thuis in kerngezin (bij biologische vader en moeder)
- Thuis bij moeder
- Thuis bij moeder en partner
- Thuis bij vader
- Thuis bij vader en partner
- In pleeggezin
- Andere:.....

Verwijzende instantie:

- Comité voor Bijzondere Jeugdzorg
- Jeugdrechtbank
- Andere:.....

Voortijdige stopzetting van het project:

- Nee
- Ja

Reden?.....

2. Interventiedoelen

Interventiedoelen tijdens hulpverleningsproces:

Gerealiseerd **bij uitstroom:**

	<u>Ja</u>	<u>Deels</u>	<u>Nee</u>	<u>Onduidelijk</u>	<u>Niet aan gewerkt</u>
<input type="checkbox"/> Gericht op het functioneren van de jongere					
<input type="checkbox"/> Emotioneel functioneren verbeteren:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gedragsproblemen verminderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Misbruik en/of verslaving bestrijden:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Persoonlijkheid versterken:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychosomatische klachten verminderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychiatrische klachten verminderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichamelijke en/of gezondheidsproblemen verminderen:....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op de sociale omgeving van de jongere					
<input type="checkbox"/> Leren omgaan met leeftijdsgenoten:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leren omgaan met volwassenen en gezagsfiguren:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leren de vrije tijd zinvol te besteden:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zelfstandigheid bevorderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op school en/of werk van de jongere					
<input type="checkbox"/> School- en werksituatie verbeteren (motivatie,...):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schoolprestaties verbeteren en leerproblemen verminderen:..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op het functioneren van het gezin					
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren verminderen:....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen ouderfiguren - kind verminderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Materiële problemen verminderen (financiën,...):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke problemen verminderen (hygiëne,...):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op de sociale omgeving van het gezin					
<input type="checkbox"/> Maatschappelijk functioneren bevorderen:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op de ouder(s)					
<input type="checkbox"/> Persoonlijk functioneren van de ouder(s) verbeteren:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gericht op derden					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Interventiemiddelen: interventies, activiteiten, programma's en methodieken

- Gericht op het **functioneren van de jongere**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op de **sociale omgeving van de jongere**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op **school en/of werk van de jongere**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op het **functioneren van het gezin**
Welke (type én inhoud)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op de **sociale omgeving van het gezin**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op de **ouder(s)**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Gericht op **derden**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

- Andere**
Welke (type én inhoud én kader)?.....
.....
.....
.....
.....

III. UITSTROOM: Resultaten

Onderwijsvorm bij uitstroom:

- LO
- BuLO
- ASO
- TSO
- BSO
- BuSO
- Deeltijds onderwijs
- Leercontract
- Werk
- Geen school of werk
- Reden?*.....
- Andere:.....

Problemen bij uitstroom:

Ernst van de problemen:

	<u>Ernstig</u>	<u>Matig</u>	<u>Licht</u>
<input type="checkbox"/> Bij de jongere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Emotionele problemen (internaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agressieve of oppositionele gedragsproblemen (externaliseren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antisociale of (pre)delinquente gedragsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gebruik van middelen en/of verslaving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> School- en/of leerproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen met vrije tijd en/of sociale contacten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychosomatische problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychiatrisch getinte problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichamelijke problemen en/of gezondheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verstandelijke ontwikkelingsproblemen of ontwikkelingsachterstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seksuele problematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
<input type="checkbox"/> In het gezin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gezinsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Affectieve verwaarlozing/mishandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen in maatschappelijk functioneren (sociaal netwerk,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Materiële problemen (financiën, huisvesting,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke problemen (hygiëne, verzorging, kleding,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen vaderfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemen moederfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			

(Advies voor) verdere hulpverlening:

- Nee
- Ja
- Welke?*.....
-
-
-
-
-
-
-

HANDLEIDING bij de DOSSIERANALYSE
voor de
BEGELEIDINGSTEHUIZEN CATEGORIE 1BIS

Gelieve de onderstaande handleiding, instructies en uitleg over vragen, antwoordmogelijkheden en afkortingen grondig te lezen vóór het invullen van de codeerschema's en te herlezen bij twijfel tijdens het invullen van de codeerschema's!

- Voor de dossieranalyse betrekken we de laatste 10 afgesloten dossiers van de betreffende 1bis-afdeling in de periode vóór 1 mei 2006. In onderstaand voorbeeld zouden dat de vetgedrukte data zijn.
Vb.: ... - 9 maart 2005 - **25 mei 2005** - **7 juni 2005** - **8 augustus 2005** - **17 augustus 2005** - **9 september 2005** - **14 november 2005** - **21 december 2005** - **2 februari 2006** - **16 maart 2006** - **29 april 2006** - 3 mei 2006 -
- We beschouwen een dossier als 'afgesloten' wanneer de jongere de betreffende **1bis-afdeling** (die in onze steekproef is betrokken) **verlaat**. Het is dus niet onmogelijk dat er nog verdere hulpverlening wordt verstrekt door een andere afdeling, dienst of voorziening na het 'beëindigen' van de hulpverlening in de betrokken afdeling.
- Voor elk dossier dient er een codeerschema ingevuld te worden.
- Het invullen van een codeerschema neemt ongeveer 30 minuten in beslag en gebeurt bij voorkeur door een Persoon die nauw betrokken is geweest bij de hulpverlening aan de betreffende jongere of daar goed van op de hoogte is.
- Bij een aantal vragen zijn er antwoordmogelijkheden gegeven (vb. leeftijd). Hier dient u het van toepassing zijnde antwoord aan te kruisen. In sommige gevallen wordt er dan nog gevraagd om bijkomende uitleg te even bij het aangekruiste antwoord (vb. *reden* van vroegtijdige stopzetting van de hulpverlening). In andere gevallen kan het zijn dat het van toepassing zijnde antwoord op de vraag niet vermeld staat bij de antwoordmogelijkheden en is er ruimte voorzien om uw antwoord te formuleren (vb. *andere* interventiedoelen).
- Bij andere vragen is het zeer moeilijk om met vooraf opgestelde antwoordmogelijkheden te werken door de rote verscheidenheid in de praktijk en door het gebrek aan classificatieschema's of overzichtslijsten (vb. interventiemiddelen). Hier dient u zelf het antwoord zo duidelijk en specifiek mogelijk neer te schrijven.
- De ingevulde codeerschema's worden samen met de onderzoekster overlopen en besproken bij het bezoek voor de interviewafname. De schema's dienen dus **voor de interviewafname ingevuld** te zijn.

Noteer op de eerste pagina van het codeerschema de naam van de Ibis-afdeling.

Ook een dossiernummer of een ander merkteken wordt gevraagd zodat het dossier op een later tijdstip indien nodig terug opgespoord kan worden voor aanvullende of verhelderende informatie.

I. INSTROOM (Doelgroep)

1. Persoonskenmerken

- Leeftijd bij instroom: Dit is de leeftijd van de jongere bij de start van de hulpverlening in de betrokken afdeling. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
- Geslacht: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
- Onderwijsvorm bij instroom: Dit is het onderwijs dat de jongere al dan niet volgde op het ogenblik dat de hulpverlening in de betrokken afdeling startte. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.

LO:	Lager onderwijs
BULO:	Buitengewoon lager onderwijs
ASO:	Algemeen secundair onderwijs
TSO:	Technisch secundair onderwijs
BSO:	Beroepssecundair onderwijs
BUSO:	Buitengewoon secundair onderwijs

Deeltijds onderwijs

Leercontract

- | | |
|-----------------------------|---|
| Werk: | De jongere gaat niet naar school, maar werkt wel |
| Geen school of werk: | De jongere gaat al gedurende minstens drie weken vóór de start van de hulpverlening in de betrokken afdeling niet meer naar school en werkt ook niet. Hier dient u ook de reden te geven waarom de jongere niet naar school gaat en niet werkt |
| Andere: | Hier kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden |

- Nationaliteit: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien de jongere geen Belgische nationaliteit heeft, dient er vermeld te worden **welke** de nationaliteit is.
- Etniciteit: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.

Allochtoon: We spreken van allochtoon wanneer minstens één van beide biologische ouders niet in België is geboren.

Autochtoon: We spreken van autochtoon wanneer beide biologische ouders in België zijn geboren.

- Verblijfplaats bij instroom: Dit is de plaats waar de jongere woonde/verbleef, net voor de start van de hulpverlening in de betrokken afdeling. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien de jongere net voor de start van de hulpverlening in de betrokken afdeling in een hulpverleningssetting verbleef, dient er vermeld te worden **welke** hulpverleningssetting dat was. Bij 'andere' kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden.

2. Gezinskenmerken

- Relatie ouders bij instroom: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
 - Gehuwd:** De biologische ouders van de jongere zijn getrouwd
 - Samenwonend:** De biologische ouders van de jongere zijn niet getrouwd, maar wonen wel samen
 - Gescheiden:** De biologische ouders van de jongere zijn officieel gescheiden of hebben de echtscheidingsprocedure ingezet
 - Overleden moeder:** De biologische moeder van de jongere is overleden
 - Overleden vader:** De biologische vader van de jongere is overleden
 - Andere:** Hier kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden
- Gezinssamenstelling bij instroom: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er sprake is van een gebroken gezin (ten gevolge van scheiding, overlijden,...) dient de (nieuwe) samenstelling van het gezin van de biologische moeder **én** de (nieuwe) samenstelling van het gezin van de biologische vader vermeld te worden. Bij 'andere' kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden.
- Aantal kinderen in natuurlijk kerngezin bij instroom: Dit is het aantal kinderen dat wettelijk verblijft in het natuurlijke kerngezin met de biologische vader en biologische moeder. De aangemelde jongere dient bij dit aantal gerekend te worden. Kinderen die in een pleeggezin wonen worden niet meegerekend. Kinderen die tijdelijk in een bepaalde hulpverleningssetting verblijven moeten wel meegerekend worden (vb. als de jongere drie broers heeft die wettelijk verblijven in het natuurlijk kerngezin is het aantal kinderen 4. Indien de jongere tevens een zus heeft die in een pleeggezin woont, blijft het aantal kinderen in het natuurlijk kerngezin 4. Indien er nog één zus tijdelijk in een hulpverleningssetting verblijft, maar wettelijk in het natuurlijk kerngezin woont is het aantal kinderen in het natuurlijk kerngezin 5). Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er meer dan 4 kinderen zijn dient u het **precieze aantal** eraast te vermelden. Indien er geen sprake is van een natuurlijk kerngezin (vb. door scheiding, door overlijden,...) kan u 'niet van toepassing' aankruisen.
- Aantal kinderen in gezin van vader: Dit is het aantal kinderen dat wettelijk verblijft in het nieuwe gezin van de biologische vader (en partner). De aangemelde jongere dient bij dit aantal gerekend te worden in het geval van co-ouderschap of als hij/zij wettelijk in dit gezin verblijft (vb. als de jongere na scheiding van de biologische ouders afwisselend bij beide ouders verblijft, twee broers permanent bij vader wonen en één broer permanent bij moeder woont, is het aantal kinderen in het gezin van vader 3. Indien er in het gezin van vader tevens twee kinderen verblijven van een nieuwe partner is het aantal kinderen in het gezin van vader 5). Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er meer dan 4 kinderen zijn dient u het **precieze aantal** eraast te vermelden. Indien er geen sprake is van een gebroken kerngezin kan u 'niet van toepassing' aankruisen.
- Aantal kinderen in gezin van moeder bij instroom: Dit is het aantal kinderen dat wettelijk verblijft in het nieuwe gezin van de biologische moeder (en partner). De aangemelde jongere dient bij dit aantal gerekend te worden in het geval van co-ouderschap of als hij/zij wettelijk in dit gezin verblijft (vb. als de jongere na scheiding van de biologische ouders afwisselend bij beide ouders verblijft, twee broers permanent bij vader

wonen en één broer permanent bij moeder woont, is het aantal kinderen in het gezin van moeder 2. Indien er in het gezin van moeder tevens twee kinderen verblijven van een nieuwe partner is het aantal kinderen in het gezin van moeder 4). Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er meer dan 4 kinderen zijn dient u het **precieze aantal** eraast te vermelden. Indien er geen sprake is van een gebroken kerngezin kan u 'niet van toepassing' aankruisen.

- Aantal kinderen in pleeggezin bij instroom: Dit is het aantal kinderen dat wettelijk verblijft in het pleeggezin van de jongere. De aangemelde jongere dient bij dit aantal gerekend te worden. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er meer dan 4 kinderen zijn dient u het **precieze aantal** eraast te vermelden. Indien er geen sprake is van een pleeggezin kan u 'niet van toepassing' aankruisen.

3. Hulpverleningsgeschiedenis

Hier dient u aan te geven of de jongere al eerder hulpverlening (vóór de start van de hulpverlening in de betrokken afdeling) heeft gehad. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er in het verleden reeds hulpverlening is geweest, dient u te vermelden welk **type** hulpverlening dat was en in welke **periode** die hulp werd geboden. Indien er meerdere keren hulpverlening werd geboden in het verleden dienen **alle** types van hulpverlening en periodes vermeld te worden.

4. Problematiek

- Problematiek bij instroom: Dit zijn de problemen waar de jongere (en zijn gezin) mee te maken hebben bij de start van de hulpverlening in de betrokken 1bis-afdeling. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Er zijn hier **meerdere** antwoordmogelijkheden mogelijk. Tevens dient u bij elke aanwezige problematiek de ernst van de problemen aan te kruisen.

Emotionele problemen (internaliseren): Zich afgewezen voelen, afwerend gedrag, achterdochtig, wisselende stemmingen, gesloten, angstig gedrag, somber, depressief gedrag, gevoelens van eenzaamheid, teruggetrokken gedrag

Agressieve of oppositionele gedragsproblemen (externaliseren): Oppositioneel gedrag, lichamelijke agressief gedrag, verbaal agressief gedrag, prikkelbaar, rusteloos, ongedurig gedrag, uitdagend gedrag, bazig gedrag, ongehoorzaam, vaak tegenspreken, dingen vernielen, in vechtpartijtjes betrokken zijn, impulsief gedrag, aandachtsproblemen, onverdraagzaam, driftig, pesten, opstandig, tegendraads, koppig, dwars, brutaal, bedreigen, beledigen, dwarsliggen, rebelleren, provoceren

Antisociale of (pre)delinquente gedragsproblemen: Diefstal, inbraak, vandalisme, vernieling, brandstichting, weglopen, geweld tegen personen, afpersing, oplichting, stalking/steaming

Gebruik van middelen en/of verslaving: Overmatig gebruik van alcohol/drugs/medicijnen, verslaving aan alcohol/drugs/medicijnen, verslaving aan gokken

- School- en/of leerproblemen:** Motivatieproblemen, relatieproblemen met leerkrachten, relatieproblemen met medeleerlingen, leerachterstanden, leerproblemen, concentratieproblemen, spijbelen, verzuim, uitval
- Problemen met vrije tijd en/of sociale contacten:** Delinquente vrienden, risicovolle vriendenkring, bendevoering, geen vrienden, gebrek aan sociaal netwerk, geïsoleerd bestaan, moeite om vrije tijd zinvol te besteden, relatieproblemen met leeftijdsgenoten, moeite om zich te vermaken, het spel van anderen verstoren, doelloos rondhangen op straat, zich vervelen
- Persoonlijkhedenproblemen:** Gebrek aan adequate copingstijlen, negatief zelfbeeld, gebrekkige gewetensvorming, tekort aan zelfbeheersing, gebrekkige zelfcontrole, menen door anderen beschikt te worden (voelt zich regelmatig het slachtoffer van de omstandigheden), gebrek realisme, gebrek aan toekomstperspectief
- Psychosomatische problemen:** Medisch onverklaarbare hoofdpijn, buikpijn, slaapproblemen of andere klachten
- Psychiatrisch getinte problemen:** Stemmingsstoornis, angststoornis, aandachtsstoornis, gedragsstoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis, reactieve hechtingsstoornis, psychotische stoornis, dissociatieve stoornis, eetstoornis
- Lichamelijke problemen en/of gezondheidsproblemen:** Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap, gebrekkige zelfverzorging, gebrekkige hygiëne
- Verstandelijke ontwikkelingsproblemen of ontwikkelingsachterstand:** Mentale achterstand, zwakbegaafdheid, verstandelijke handicap
- Seksuele problematiek:** Dader van seksueel geweld, slachtoffer van seksueel geweld
- Andere:** Hier kan u een ander van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden
- Gezinsproblemen:** Problemen in het gezin.
- Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren:** Aanpak van ouders is niet op elkaar afgestemd, aanpak van ouders is strijdig, geen overleg tussen ouders, overleg tussen ouders is conflictueus, echtscheidingsproblematiek
- Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind/jongere:** Inadequate pedagogische opvoedingsstijl, problematische ouder - kindrelatie
- Affectieve verwaarlozing/mishandeling:** Seksueel misbruik, verwerping, fysieke mishandeling, psychische mishandeling, fysieke verwaarlozing, psychische verwaarlozing in het gezin
- Problemen in maatschappelijk functioneren:** Problemen op vlak van contacten met derden (familie, buurt, vrienden, school, collega's, politie,...), gebrek aan sociaal netwerk, sociaal geïsoleerd, gebrek aan steunfiguren in de omgeving van het gezin
- Materiële problemen:** Financiële problemen, huisvestingsproblemen, werkloosheid ouder(s), schulden
- Huishoudelijke problemen:** Problemen met het onderhoud van de woning, problemen met hygiëne, problemen met verzorging van kleding en voedsel, geen vast dagritme
- Problemen vaderfiguur:** Hulpverleningsverleden, misbruikt, psychische en psychiatrische problemen, verslaving, gezondheidsproblemen, emotionele problemen

Problemen moederfiguur: Hulpverleningsverleden, misbruikt, psychische en psychiatrische problemen, verslaving, gezondheidsproblemen, emotionele problemen

Andere: Hier kan u een ander van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden

II. PROCES (Methodieken)

1. Interventiekader

- Hulpverleningsduur: Dit is de duur van de hulpverlening aan de jongere in de betrokken Ibis-afdeling. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
- Verwijzende instantie: Dit is de instantie die de jongere naar de betreffende afdeling heeft verwezen. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Bij 'andere' kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden.
- Voortijdige stopzetting van de hulp: Hier dient u in te vullen of de hulpverlening vroegtijdig is gestopt. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er sprake is van voortijdige stopzetting dient u aan te geven om welke **redenen** de hulpverlening vroegtijdig werd beëindigd.

2. Interventiedoelen

- Interventiedoelen: Dit zijn de doelen die er vooropgesteld werden tijdens het gehele hulpverleningsproces. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Er zijn hier **meerdere** antwoordmogelijkheden mogelijk. U heeft de mogelijkheid om de voorgeformuleerde doelen eventueel verder te specificeren op de stippellijn ernaast of op de achterkant van het blad of om andere doelen te vermelden bij 'andere' indien deze niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden maar wel vooropgesteld werden tijdens het hulpverleningsproces. Tevens dient u naast elk doel dat vooropgesteld werd tijdens het hulpverleningsproces aan te kruisen in welke mate ze gerealiseerd waren aan het einde van de hulpverlening in de betrokken afdeling (bij uitstroom).

Emotioneel functioneren verbeteren: De emotionele problemen (zie boven) verminderen of oplossen

Gedragsproblemen verminderen: De agressieve, oppositionele, antisociale of (pre)delinquente gedragingen (zie boven) verminderen of stoppen

Misbruik of verslaving bestrijden: Het misbruik of de verslaving aan drugs/alcohol/medicijnen/gokken verminderen of stoppen

Persoonlijkheid versterken: De persoonlijkheidsproblemen (zie boven) verminderen of oplossen door bijvoorbeeld het bijbrengen van adequate copingstijlen, van een toekomstperspectief, van realiteitsbesef, van een positief zelfbeeld, van zelfbeheersing, van zelfcontrole of van moreel besef

Psychosomatische klachten verminderen: Onverklaarbare medische klachten (zie boven) verminderen of verhelpen

Psychiatrische klachten verminderen: Psychiatrische klachten (zie boven) verminderen of opheffen

Lichamelijke en/of gezondheidsproblemen verminderen: De lichamelijke toestand of de gezondheid van de jongere verbeteren

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de persoonlijkheid van de jongere, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Leren omgaan met leeftijdsgenoten: Relatieproblemen met leeftijdsgenoten verminderen of oplossen

Leren omgaan met volwassenen en gezagsfiguren: Relatieproblemen met volwassenen en gezagsfiguren verminderen of oplossen

Leren de vrije tijd zinvol te besteden: De vrije tijd zinvol leren opvullen

Zelfstandigheid bevorderen: Zelfstandigheid en verantwoordelijkheidszin aanleren

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de sociale omgeving van de jongere, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

School- en werksituatie verbeteren (motivatie, verzuim,...): Schoolproblemen zoals motivatieproblemen, spijbelen, verzuim en uitval (zie boven) verminderen en oplossen

Schoolprestaties verbeteren en leerproblemen verminderen Schoolprestaties zoals leerachterstanden, en leerproblemen verminderen en oplossen

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de school en/of het werk van de jongere, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren verminderen: Opvoedingsproblemen die te maken hebben met de relatie tussen de ouderfiguren (zie boven) verminderen of opheffen door bijvoorbeeld de opvoedingsaanpak van beide ouders op elkaar af te stemmen

Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind verminderen: Opvoedingsproblemen die te maken hebben met de relatie tussen de ouderfiguren en de jongere (zie boven) verminderen of opheffen

Materiële problemen verminderen (financiën, huisvesting,...): De materiële situatie (zie boven) van het gezin verbeteren

Huishoudelijke problemen (hygiëne, verzorging,...): De huishoudelijke problemen (zie boven) verminderen of oplossen

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op het functioneren van het gezin, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Maatschappelijk functioneren bevorderen (sociaal netwerk,...): Problemen met betrekking tot contacten met derden, de maatschappelijke positie of het sociaal netwerk van het gezin (zie boven) verminderen of oplossen

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de sociale omgeving van het gezin, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Persoonlijk functioneren van de ouder(s) verbeteren: De persoonlijke problemen van de ouder(s) (zie boven) verminderen of opheffen

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de ouders, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Gericht op derden: Hier kan u doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op derden

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

3. Interventiemiddelen

- Interventiemiddelen: Hier dient u te noteren welke activiteiten, interventies, programma's en methodieken er zijn uitgevoerd tijdens het gehele hulpverleningsproces in de betrokken afdeling. Deze activiteiten, interventies, programma's en methodieken kunnen op de persoonlijkheid van de jongere, op de sociale omgeving van de jongere, op school en/of werk van de jongere, op het functioneren van het gezin, op de sociale omgeving van het gezin, op de ouder(s) of op derden gericht zijn. Bij 'andere' kunt u activiteiten, interventies, programma's en methodieken formuleren, die niet of moeilijk in de vooropgestelde categorieën zijn in te passen. Er wordt verwacht dat **alle** interventies, activiteiten, programma's en methodieken zeer gedetailleerd vermeld worden, en dat zowel het **type** programma, interventie, activiteit of methodiek specifiek wordt vermeld als de **inhoud** ervan of datgene waaraan gewerkt wordt met de betreffende programma's, interventies, activiteiten of methodieken. Ook het **achterliggende kader** of de visie van waaruit zij werden ingezet dient aangegeven te worden. Indien u onvoldoende schrijfruimte heeft kan u de achterkant van het blad gebruiken.

Vb.: 'D.m.v. een *sociale vaardigheidstraining* leerden we de jongere zijn *woede te beheersen.*'
(*gedragstheoretisch kader*)

'D.m.v. *gezinsbegeleiding* leerden we de moeder haar *budget te beheren.*' (*empowerment gedachtegoed*)

'D.m.v. *individuele gesprekken* met leerkrachten en de jongere stelden we een *beloningsstelsel* op.'
(*gedragstheoretisch kader, contextgericht werken*)

'D.m.v. een *videofilm* werden bepaalde *ontwikkelingsthema's* bespreekbaar gemaakt voor de jongere.'
(*empowerment gedachtegoed, leertheoretisch kader*)

'D.m.v. *gezinsgesprekken* en *videoconfrontaties* leerden we de gezinsleden positief met elkaar communiceren. (*stelseltheoretisch kader, gedragstheoretisch kader*)

'D.m.v. *genogrambespreking* werden relatiepatronen en *subsystemen* *verduidelijkt* aan de jongere.'
(*stelseltheoretisch kader*)

'D.m.v. het *vergezellen* van de jongere naar vrije tijdsactiviteiten steunden en instrueerden we hem/haar in het leggen van *nieuwe contacten.*' (*empowerment, contextueel denken, ervaringsleren*)

III. UITSTROOM (Resultaten)

- Onderwijsvorm bij uitstroom: Dit is het onderwijs dat de jongere al dan niet volgt op het ogenblik dat de hulpverlening in de betrokken 1bis-afdeling stopt en de jongere deze afdeling dus verlaat. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan (zie I. INSTROOM: Doelgroep).
- Problemen bij uitstroom: Dit zijn de problemen waar de jongere (en zijn gezin) mee te maken hebben aan het einde van de hulpverlening in de betrokken afdeling. Dit kunnen deels dezelfde, deels andere problemen zijn. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Er zijn hier **meerdere** antwoordmogelijkheden mogelijk. Tevens dient u bij elke aanwezige problematiek de ernst van de problemen aan te kruisen (zie I. INSTROOM: Doelgroep).
- (Advies voor) verdere hulpverlening: Hier dient u te vermelden of de jongere nog enige vorm van hulpverlening zal ontvangen na de beëindiging van de hulpverlening op de betrokken 1bis-afdeling. Indien dit het geval is dient u te vermelden **welke** hulpverlening er daarna nog geadviseerd en/of aangeboden wordt.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

HANDLEIDING bij de DOSSIERANALYSE
voor de
THUISBEGELEIDINGDIENSTEN

Gelieve de onderstaande handleiding, instructies en uitleg over vragen, antwoordmogelijkheden en afkortingen grondig te lezen vóór het invullen van de codeerschema's en te herlezen bij twijfel tijdens het invullen van de codeerschema's!

- Voor de dossieranalyse betrekken we de laatste 10 afgesloten dossiers van de betreffende thuisbegeleidingsafdeling in de periode vóór 1 mei 2006. In onderstaand voorbeeld zouden dat de vetgedrukte data zijn.
Vb.: ... - 9 maart 2005 - **25 mei 2005** - **7 juni 2005** - **8 augustus 2005** - **17 augustus 2005** - **9 september 2005** - **14 november 2005** - **21 december 2005** - **2 februari 2006** - **16 maart 2006** - **29 april 2006** - 3 mei 2006 -
- We beschouwen een dossier als 'afgesloten' wanneer de **hulpverlening** door de **betreffende thuisbegeleidingsafdeling** (die in onze steekproef is betrokken) **stopt**. Het is dus niet onmogelijk dat er nog verdere hulpverlening wordt verstrekt door een andere afdeling, dienst of voorziening na het 'beëindigen' van de hulpverlening in de betrokken afdeling.
- Voor elk dossier dient er een codeerschema ingevuld te worden. Indien de thuisbegeleiding -voor één aangemeld kind/jongere- in meer dan één gezin doorgaat dient er een codeerschema ingevuld te worden voor één gezin waar er begeleiding wordt geboden (vb. als het aangemelde kind/jongere uit een gebroken kerngezin komt en er thuisbegeleiding plaatsvindt in het eenoudergezin van de biologische vader én in het nieuw samengestelde gezin van de biologische moeder, moet er één codeerschema ingevuld worden voor de thuisbegeleiding in het eenoudergezin van de biologische vader en één codeerschema voor de thuisbegeleiding in het nieuw samengesteld gezin van de biologische moeder). Hoewel er in dergelijke gevallen twee codeerschema's moeten worden ingevuld beschouwen we dit slechts als één dossier.
- Het invullen van een codeerschema neemt ongeveer 30 minuten in beslag en gebeurt bij voorkeur door een Persoon die nauw betrokken is geweest bij de begeleiding aan het betreffende gezin of daar goed van op de hoogte is.
- Bij een aantal vragen zijn er antwoordmogelijkheden gegeven (vb. leeftijd). Hier dient u het van toepassing zijnde antwoord aan te kruisen. In sommige gevallen wordt er dan nog gevraagd om bijkomende uitleg te geven bij het aangekruiste antwoord (vb. *reden* van vroegtijdige stopzetting van de hulpverlening). In andere gevallen kan het zijn dat het van toepassing zijnde antwoord op de vraag niet vermeld staat bij de antwoordmogelijkheden en is er ruimte voorzien om uw antwoord te formuleren (vb. *andere* interventiedoelen).

- Bij andere vragen is het zeer moeilijk om met vooraf opgestelde antwoordmogelijkheden te werken door de grote verscheidenheid in de praktijk en door het gebrek aan classificatieschema's of overzichtlijsten in de literatuur (vb. interventiemiddelen). Hier dient u zelf het antwoord zo duidelijk en specifiek mogelijk neer te schrijven.

De ingevulde codeerschema's worden samen met de onderzoekster overlopen en besproken bij het bezoek voor de interviewafname. De schema's dienen dus **voor de interviewafname ingevuld** te zijn.

Noteer op de eerste pagina van het codeerschema de naam van de thuisbegeleidingsafdeling.

Ook een dossiernummer of een ander merkteken wordt gevraagd zodat het dossier op een later tijdstip indien nodig terug opgespoord kan worden voor aanvullende of verhelderende informatie.

INTERVENTIEKADER

- Begeleidingsduur: Dit is de **totale** duur van de hulpverlening aan kind(eren)/jongere(n) en hun gezin(nen) door de betrokken thuisbegeleidingsafdeling. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
- Verwijzende instantie: Dit is de instantie die het kind/de jongere en het gezin naar de betreffende thuisbegeleidingsafdeling heeft verwezen. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Bij 'andere' kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden.
- Voortijdige stopzetting van de thuisbegeleiding: Hier dient u in te vullen of de begeleiding vroegtijdig is gestopt. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er sprake is van voortijdige stopzetting dient u aan te geven om welke **redenen** de hulpverlening vroegtijdig werd beëindigd.
- Locatie van thuisbegeleiding: Dit is de plaats waar de thuisbegeleiding plaats heeft gevonden. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Er zijn hier **meerdere** antwoordmogelijkheden mogelijk. Tevens wordt er gevraagd om aan te kruisen of de begeleiding gedurende de hele begeleidingsduur op deze locatie(s) heeft plaatsgevonden, dan wel gedurende een beperktere periode. In het laatste geval dient u te vermelden in welke **periode** de thuisbegeleiding op de betreffende locatie doorging en om welke **redenen** de thuisbegeleiding niet permanent was op die locatie (vb. de eerste zes maanden ging de thuisbegeleiding door in het eenoudergezin van de biologische vader, maar nadien werd er zowel begeleiding voorzien in het eenoudergezin van de biologische vader als in het nieuw samengesteld gezin van de biologische moeder omdat er ook in het laatste gezin problemen de kop op staken. In het eenoudergezin van de biologische vader is er dus permanent thuisbegeleiding verleend, in het nieuw samengesteld gezin van de biologische moeder tijdelijk).

I. INSTROOM (Doelgroep)

1. Kenmerken van het gezin

- Relatie ouders bij instroom: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
 - Gehuwd:** De biologische ouders van de jongere zijn getrouwd
 - Samenwonend:** De biologische ouders van de jongere zijn niet getrouwd, maar wonen wel samen
 - Gescheiden:** De biologische ouders van de jongere zijn officieel gescheiden of hebben de echtscheidingsprocedure ingezet
 - Overleden moeder:** De biologische moeder van de jongere is overleden
 - Overleden vader:** De biologische vader van de jongere is overleden
 - Andere:** Hier kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden
- Gezinssamenstelling bij instroom: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er sprake is van een gebroken gezin (ten gevolge van scheiding, overlijden,...) dient de (nieuwe) samenstelling van het gezin van de biologische moeder **én** de (nieuwe) samenstelling van het gezin van de biologische vader vermeld te worden. Bij 'andere' kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden.
- Aantal kinderen in gezin(nen) waar de thuisbegeleiding plaatsvindt bij instroom: Indien de thuisbegeleiding in meerdere gezinnen plaats heeft gevonden moet u het aantal kinderen in beide gezinnen (afzonderlijk) vermelden. Alvorens een antwoordmogelijkheid aan te kruisen dient u dan te noteren om welk gezin het gaat. Alle kinderen die wettelijk verblijven in het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt, dienen meegerekend te worden. Kinderen die in een pleeggezin wonen worden niet meegerekend. Kinderen die tijdelijk in een bepaalde hulpverleningssetting verblijven dienen wel meegerekend worden (vb. als de thuisbegeleiding plaatsvindt in een eenoudergezin van de biologische moeder, waar twee kinderen permanent wonen, waar één kind tijdelijk in een hulpverleningssetting verblijft en waar één kind afwisselend in het eenoudergezin van de biologische moeder en in het eenoudergezin van de biologische vader verblijft is het aantal kinderen in het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt 4. Indien er nog een kind is dat in een pleeggezin woont en een kind dat permanent in het eenoudergezin van de biologische vader verblijft, blijft het aantal kinderen in het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt 4. Indien het gezin van bovengenoemde biologische moeder een nieuw samengesteld gezin zou zijn, waarbij de partner twee kinderen zou hebben die ook in het nieuw samengestelde gezin zouden wonen zou het aantal kinderen in het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt 6 zijn). Indien er meer dan 4 kinderen zijn dient u het **precieze aantal** eraan te vermelden.

Indien de thuisbegeleiding in meerdere gezinnen plaats heeft gevonden dient u het vervolg (pagina drie tot en met pagina zeven) van het codeerschema voor elk gezin dat begeleid werd (apart) in te vullen. U dient in dergelijke omstandigheden dus twee (of meer) codeerschema's in te vullen voor één dossier!

2. Kenmerken van de kinderen in het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt

Als er meerdere codeerschema's ingevuld moeten worden dient u eerst te vermelden om **welk gezin** het gaat (vb. eenoudergezin biologische vader, nieuw samengesteld gezin biologische moeder,...). Hier wordt informatie gevraagd van alle kinderen, die in het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt verblijven (dus het aantal kinderen waarover u hier moet rapporteren moet overeenkomen met het aantal kinderen dat hierboven werd vermeld bij 'aantal kinderen in gezin(nen) waar de thuisbegeleiding plaatsvindt bij instroom'). Indien er sprake is van meer dan vijf kinderen in het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt, kunt u bijkomende kolommen maken.

- **Aangemeld kind/jongere:** Hier dient u te vermelden welk kind/jongere aangemeld werd bij het Comité of de Sociale Dienst (het 'targetkind'). Dit is niet noodzakelijk het kind/de jongere waarvoor het dossier werd opgemaakt (het 'dossierkind')! Er is hier slechts **één antwoord** mogelijk.
- **Leeftijd bij instroom:** Dit is de leeftijd van de kinderen in het betreffende gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt bij de start van de hulpverlening door de betrokken thuisbegeleidingsafdeling. Kruis **voor elk kind** de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
- **Geslacht:** Kruis **voor elk kind** de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
- **Onderwijsvorm bij instroom:** Dit is het onderwijs dat de kinderen in het betreffende gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt al dan niet volgden op het ogenblik dat de hulpverlening door de betrokken thuisbegeleidingsafdeling startte. Kruis **voor elk kind** de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.

KLO:	Kleuteronderwijs
BUKLO:	Buitengewoon Kleuteronderwijs
LO:	Lager onderwijs
BULO:	Buitengewoon lager onderwijs
ASO:	Algemeen secundair onderwijs
TSO:	Technisch secundair onderwijs
BSO:	Beroepssecundair onderwijs
BUSO:	Buitengewoon secundair onderwijs

Deeltijds onderwijs

Leercontract

- | | |
|-----------------------------|--|
| Werk: | De jongere gaat niet naar school, maar werkt wel |
| Geen school of werk: | Het kind/de jongere gaat al gedurende minstens drie weken vóór de start van de hulpverlening door de betrokken thuisbegeleidingsdienst niet meer naar school en werkt ook niet. Hier dient u ook de reden te geven waarom het kind/de jongere niet naar school gaat en niet werkt |
| Andere: | Hier kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden |
| Niet van toepassing: | Deze antwoordmogelijkheid kan u aankruisen indien de vraag niet van toepassing is omdat het kind bijvoorbeeld nog maar een baby is |

- **Nationaliteit:** Kruis **voor elk kind** de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien het kind/de jongere geen Belgische nationaliteit heeft, dient er vermeld te worden **welke** de nationaliteit is.

- Etniciteit: Kruis **voor elk kind** de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
 - Allochtoon**: We spreken van allochtoon wanneer minstens één van beide biologische ouders niet in België is geboren.
 - Autochtoon**: We spreken van autochtoon wanneer beide biologische ouders in België zijn geboren.
- Verblijfplaats bij instroom: Dit is de plaats waar de kinderen/jongeren woonden/verbleven, net voor de start van de hulpverlening door de betrokken thuisbegeleidingsafdeling (vb. als de biologische moeder van het ‘targetkind’ een nieuw samengesteld gezin vormt, waarbij het ‘targetkind’ permanent bij de biologische moeder verblijft en waarbij de nieuwe partner twee kinderen heeft die afwisselend bij hun biologische vader in het begeleide gezin verblijven en bij hun biologische moeder, is de verblijfplaats van het eerste kind ‘bij biologische moeder en partner’ en de verblijfplaats van de twee laatste kinderen ‘co-ouderschap’) . Kruis **voor elk kind** de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien kind(eren)/jongere(n) net voor de start van de hulpverlening door de betrokken afdeling in een hulpverleningssetting verbleven, dient u te vermelden welk type van hulpverleningssetting dat was. Bij ‘andere’ kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden.

3. Problematiek

- Problematiek bij instroom: Dit zijn de problemen waar het **aangemeld kind/jongere** (het ‘**targetkind**’) en zijn gezin (volgens de verwijzer en de hulpverlener) mee te maken hebben bij de start van de thuisbegeleiding (hier dienen **niet** de problemen van de andere kinderen vermeld te worden als die er zouden zijn). Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Er zijn hier **meerdere** antwoordmogelijkheden mogelijk. Tevens dient u bij elke aanwezige problematiek de **ernst** van de problemen aan te kruisen.
 - Emotionele problemen (internaliseren)**: Zich afgewezen voelen, afwerend gedrag, achterdochtig, wisselende stemmingen, gesloten, angstig gedrag, somber, depressief gedrag, gevoelens van eenzaamheid, teruggetrokken gedrag
 - Agressieve of oppositionele gedragsproblemen (externaliseren)**: Oppositioneel gedrag, lichamelijk agressief gedrag, verbaal agressief gedrag, prikkelbaar, rusteloos, ongedurig gedrag, uitdagend gedrag, bazig gedrag, ongehoorzaam, vaak tegenspreken, dingen vernielen, in vechtpartijtjes betrokken zijn, impulsief gedrag, aandachtsproblemen, onverdraagzaam, driftig, pesten, opstandig, tegendraads, koppig, dwars, brutaal, bedreigen, beledigen, dwarsliggen, rebelleren, provoceren
 - Antisociale of (pre)delinquente gedragsproblemen**: Diefstal, inbraak, vandalisme, vernieling, brandstichting, weglopen, geweld tegen personen, afpersing, oplichting, stalking/steaming
 - Gebruik van middelen en/of verslaving**: Overmatig gebruik van alcohol/drugs/medicijnen, verslaving aan alcohol/drugs/medicijnen, verslaving aan gokken

- School- en/of leerproblemen:** Motivatieproblemen, relatieproblemen met leerkrachten, relatieproblemen met medeleerlingen, leerachterstanden, leerproblemen, concentratieproblemen, spijbelen, verzuim, uitval
- Problemen met vrije tijd en/of sociale contacten:** Delinquente vrienden, risicovolle vriendenkring, bendevoering, geen vrienden, gebrek aan sociaal netwerk, geïsoleerd bestaan, moeite om vrije tijd zinvol te besteden, relatieproblemen met leeftijdsgenoten, moeite om zich te vermaken, het spel van anderen verstoren, doelloos rondhangen op straat, zich vervelen
- Persoonlijkheidsproblemen:** Gebrek aan adequate copingstijlen, negatief zelfbeeld, gebrekkige gewetensvorming, tekort aan zelfbeheersing, gebrekkige zelfcontrole, menen door anderen beschikt te worden (voelt zich regelmatig het slachtoffer van de omstandigheden), gebrek realisme, gebrek aan toekomstperspectief
- Psychosomatische problemen:** Medisch onverklaarbare hoofdpijn, buikpijn, slaapproblemen of andere klachten
- Psychiatrisch getinte problemen:** Stemmingsstoornis, angststoornis, aandachtsstoornis, gedragsstoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis, reactieve hechtingsstoornis, psychotische stoornis, dissociatieve stoornis, eetstoornis
- Lichamelijke problemen en/of gezondheidsproblemen:** Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap, gebrekkige zelfverzorging, gebrekkige hygiëne
- Verstandelijke ontwikkelingsproblemen of ontwikkelingsachterstand:** Mentale achterstand, zwakbegaafdheid, verstandelijke handicap
- Seksuele problematiek:** Dader van seksueel geweld, slachtoffer van seksueel geweld
- Andere:** Hier kan u een ander van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden
- Gezinsproblemen:** Problemen in het gezin.
- Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren:** Aanpak van ouders is niet op elkaar afgestemd, aanpak van ouders is strijdig, geen overleg tussen ouders, overleg tussen ouders is conflictueus, echtscheidingsproblematiek
- Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind/jongere:** Inadequate pedagogische opvoedingsstijl, problematische ouder - kindrelatie
- Affectieve verwaarlozing/mishandeling:** Seksueel misbruik, verwerping, fysieke mishandeling, psychische mishandeling, fysieke verwaarlozing, psychische verwaarlozing in het gezin
- Problemen in maatschappelijk functioneren:** Problemen op vlak van contacten met derden (familie, buurt, vrienden, school, collega's, politie,...), gebrek aan sociaal netwerk, sociaal geïsoleerd, gebrek aan steunfiguren in de omgeving van het gezin
- Materiële problemen:** Financiële problemen, huisvestingsproblemen, werkloosheid ouder(s), schulden
- Huishoudelijke problemen:** Problemen met het onderhoud van de woning, problemen met hygiëne, problemen met verzorging van kleding en voedsel, geen vast dagritme
- Problemen vaderfiguur:** Hulpverleningsverleden, misbruikt, psychische en psychiatrische problemen, verslaving, gezondheidsproblemen, emotionele problemen

Problemen moederfiguur: Hulpverleningsverleden, misbruikt, psychische en psychiatrische problemen, verslaving, gezondheidsproblemen, emotionele problemen

Andere: Hier kan u een ander van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden

- Problemen met andere kinderen in het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt: Hier dient u te vermelden of er naast het aangemeld kind/de jongere nog andere kinderen zijn met problemen in het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt. Indien er nog andere kinderen/jongeren zijn met problemen dient u het aantal kinderen met problemen aan te kruisen. Indien er meer dan 4 kinderen problemen hebben dient u het **precieze aantal** te vermelden.
- Gewerkt met andere kinderen in het gezin tijdens de thuisbegeleiding: Hier dient u te vermelden of er nog met andere kinderen werd gewerkt tijdens de thuisbegeleiding in het betreffende gezin. Indien er nog andere kinderen/jongeren zijn waarmee gewerkt werd dient u het aantal kinderen waarmee gewerkt werd aan te kruisen. Indien er met meer dan 4 kinderen werd gewerkt dient u het **precieze aantal** te vermelden.

4. Hulpverleningsgeschiedenis van álle leden van het gezin waar de thuisbegeleiding plaatsvindt

Hier dient u aan te geven of er al eerder hulp (vóór de start van de hulpverlening door de betrokken thuisbegeleidingsafdeling) is verleend aan kind(eren)/jongere(n), aan de ouder(s) of aan het gezin. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er in het verleden reeds hulpverlening is geweest, dient u te vermelden aan **wie** dat was, **welk** type hulpverlening dat was en **wanneer** deze geboden werd. Indien er meerdere keren hulpverlening werd geboden in het verleden moet u deze hier **allemaal** vermelden.

II. PROCES (Methodieken)

1. Interventiedoelen

- Interventiedoelen tijdens hulpverleningsproces: Dit zijn **al** de doelen (niet uitsluitend de doelen gericht op het ‘targetkind’) die er vooropgesteld werden tijdens het hulpverleningsproces aan het betreffende gezin door de thuisbegeleidingsafdeling. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Er zijn hier **meerdere** antwoordmogelijkheden mogelijk. U heeft de mogelijkheid om de voorgeformuleerde doelen eventueel verder te specificeren op de stippellijn ernaast of op de achterkant van het blad of om andere doelen te vermelden bij ‘andere’ indien deze niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden maar wel vooropgesteld werden tijdens het hulpverleningsproces. Tevens dient u naast elk doel dat nagestreefd werd aan te kruisen in welke **mate** ze **gerealiseerd** waren aan het einde van de hulpverlening door de betrokken thuisbegeleidingsafdeling (bij uitstroom).

Emotioneel functioneren verbeteren: De emotionele problemen (zie boven) verminderen of oplossen

Gedragsproblemen verminderen: De agressieve, oppositionele, antisociale of (pre)delinquente gedragingen (zie boven) verminderen of stoppen

- Misbruik of verslaving bestrijden:** Het misbruik of de verslaving aan drugs/alcohol/medicijnen/gokken verminderen of stoppen
- Persoonlijkheid versterken:** De persoonlijkheidsproblemen (zie boven) verminderen of oplossen door bijvoorbeeld het bijbrengen van adequate copingstijlen, van een toekomstperspectief, van realiteitsbesef, van een positief zelfbeeld, van zelfbeheersing, van zelfcontrole of van moreel besef
- Psychosomatische klachten verminderen:** Onverklaarbare medische klachten (zie boven) verminderen of verhelpen
- Psychiatrische klachten verminderen:** Psychiatrische klachten (zie boven) verminderen of opheffen
- Lichamelijke en/of gezondheidsproblemen verminderen:** De lichamelijke toestand of de gezondheid van de jongere verbeteren
- Andere:** Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de persoonlijkheid van de jongere, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden
- Leren omgaan met leeftijdsgenoten:** Relatieproblemen met leeftijdsgenoten verminderen of oplossen
- Leren omgaan met volwassenen en gezagsfiguren:** Relatieproblemen met volwassenen en gezagsfiguren verminderen of oplossen
- Leren de vrije tijd zinvol te besteden:** De vrije tijd zinvol leren opvullen
- Zelfstandigheid bevorderen:** Zelfstandigheid en verantwoordelijkheidszin aanleren
- Andere:** Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de sociale omgeving van de jongere, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden
- School- en werksituatie verbeteren (motivatie, verzuim,...):** Schoolproblemen zoals motivatieproblemen, spijbelen, verzuim en uitval (zie boven) verminderen en oplossen
- Schoolprestaties verbeteren en leerproblemen verminderen** Schoolprestaties zoals leerachterstanden, en leerproblemen verminderen en oplossen
- Andere:** Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de school en/of het werk van de jongere, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden
- Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren verminderen:** Opvoedingsproblemen die te maken hebben met de relatie tussen de ouderfiguren (zie boven) verminderen of opheffen door bijvoorbeeld de opvoedingsaanpak van beide ouders op elkaar af te stemmen
- Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind verminderen:** Opvoedingsproblemen die te maken hebben met de relatie tussen de ouderfiguren en de jongere (zie boven) verminderen of opheffen
- Materiële problemen verminderen (financiën, huisvesting,...):** De materiële situatie (zie boven) van het gezin verbeteren
- Huishoudelijke problemen (hygiëne, verzorging,...):** De huishoudelijke problemen (zie boven) verminderen of oplossen
- Andere:** Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op het functioneren van het gezin, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Maatschappelijk functioneren bevorderen (sociaal netwerk,...): Problemen met betrekking tot contacten met derden, de maatschappelijke positie of het sociaal netwerk van het gezin (zie boven) verminderen of oplossen

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de sociale omgeving van het gezin, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Persoonlijk functioneren van de ouder(s) verbeteren: De persoonlijke problemen van de ouder(s) (zie boven) verminderen of opheffen

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de ouders, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Gericht op derden: Hier kan u doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op derden

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

2. Interventiemiddelen

- **Interventiemiddelen:** Hier dient u te noteren welke activiteiten, interventies, programma's en methodieken er zijn uitgevoerd tijdens het gehele hulpverleningsproces aan het betreffende gezin door de betrokken thuisbegeleidingsafdeling. Deze activiteiten, interventies, programma's en methodieken kunnen op de persoonlijkheid van kind(eren)/jongere(n), op de sociale omgeving van kind(eren)/jongere(n), op school en/of werk van kind(eren)/jongere(n), op het functioneren van het gezin, op de sociale omgeving van het gezin, op de ouder(s) of op derden gericht zijn. Bij 'andere' kunt u activiteiten, interventies, programma's en methodieken formuleren, die niet of moeilijk in de vooropgestelde categorieën zijn in te passen. Er wordt verwacht dat **alle** interventies, activiteiten, programma's en methodieken zeer gedetailleerd vermeld worden (niet uitsluitend de interventiemiddelen die gericht waren op het 'targetkind'), en dat zowel het **type** programma, interventie, activiteit of methodiek specifiek wordt vermeld als de **inhoud** ervan of datgene waaraan gewerkt wordt met de betreffende programma's, interventies, activiteiten of methodieken. Ook het **achterliggende kader** of de visie van waaruit zij werden ingezet dient aangegeven te worden. Indien u onvoldoende schrijfruimte heeft kan u de achterkant van het blad gebruiken.

Vb.: 'D.m.v. een *sociale vaardigheidstraining* leerden we de jongere zijn woede te beheersen.'

(gedragstheoretisch kader)

'D.m.v. *gezinsbegeleiding* leerden we de ouders hun *budget* te beheren.' *(empowerment gedachtegoed)*

'D.m.v. het *echtscheidingswerkboek* hielpen we het kind zijn *gevoelens* rond de echtscheiding van zijn ouders te *verwerken*.' *(individuele psychologie, contextueel denken, empowerment gedachtegoed)*

'D.m.v. *individuele gesprekken* met leerkrachten en de jongere stelden we een *beloningssysteem* op om het impulsief gedrag van de jongere op de speelplaats te verminderen.' *(gedragstheoretisch kader, contextgericht werken)*

'D.m.v. *gezinsgesprekken* en *videoconfrontaties* leerden we de gezinsleden positief met elkaar te *communiceren*'. *(systeemtheoretisch kader)*

*‘D.m.v. het STOPP-programma leerden we het kind zijn scheidingsangst zelf te controleren.’
(leerpsychologie, gedragstherapie, empowerment gedachtegoed)*

III. UITSTROOM (Resultaten)

- Problemen of aandachtspunten bij uitstroom: Dit zijn de problemen of aandachtspunten die er nog zijn bij het **aangemeld kind/jongere** (het ‘**targetkind**’) en zijn gezin aan het einde van de hulpverlening door de betrokken thuisbegeleidingsafdeling. Dit kunnen deels dezelfde, deels andere problemen zijn. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Er zijn hier **meerdere** antwoordmogelijkheden mogelijk. Tevens dient u bij elk probleem of aandachtspunt de **ernst** ervan aan te kruisen (zie I. INSTROOM: Doelgroep).
- (Advies voor) verdere hulpverlening: Hier dient u te vermelden of kind(eren)/jongere(n), hun ouder(s) en/of het gezin nog enige vorm van hulpverlening zal/zullen ontvangen na de beëindiging van de hulpverlening door de betrokken thuisbegeleidingsafdeling. Indien dit het geval is dient u te vermelden aan **wie** en **welke** hulpverlening er daarna nog geadviseerd en/of aangeboden wordt.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

HANDLEIDING bij de DOSSIERANALYSE
voor de
GIT-PROJECTEN

Gelieve de onderstaande handleiding, instructies en uitleg over vragen, antwoordmogelijkheden en afkortingen grondig te lezen vóór het invullen van de codeerschema's en te herlezen bij twijfel tijdens het invullen van de codeerschema's!

- Voor de dossieranalyse betrekken we de laatste 10 afgesloten dossiers van het betreffende GIT-project in de periode vóór 1 mei 2006. In onderstaand voorbeeld zouden dat de vetgedrukte data zijn.
Vb.: ... - 9 maart 2005 - **25 mei 2005** - **7 juni 2005** - **8 augustus 2005** - **17 augustus 2005** - **9 september 2005** - **14 november 2005** - **21 december 2005** - **2 februari 2006** - **16 maart 2006** - **29 april 2006** - 3 mei 2006 -
- We beschouwen een dossier als 'afgesloten' wanneer de jongere het betreffende **GIT-project verlaat**. Het is dus niet onmogelijk dat er nog verdere hulpverlening wordt verstrekt door een andere afdeling, dienst of voorziening na het 'beëindigen' van het betrokken project.
- Voor elk dossier dient er een codeerschema ingevuld te worden.
- Het invullen van een codeerschema neemt ongeveer 30 minuten in beslag en gebeurt bij voorkeur door een Persoon die nauw betrokken is geweest bij de hulpverlening aan de betreffende jongere of daar goed van op de hoogte is.
- Bij een aantal vragen zijn er antwoordmogelijkheden gegeven (vb. leeftijd). Hier dient u het van toepassing zijnde antwoord aan te kruisen. In sommige gevallen wordt er dan nog gevraagd om bijkomende uitleg te geven bij het aangekruiste antwoord (vb. *reden* van vroegtijdige stopzetting van de hulpverlening). In andere gevallen kan het zijn dat het van toepassing zijnde antwoord op de vraag niet vermeld staat bij de antwoordmogelijkheden en is er ruimte voorzien om uw antwoord te formuleren (vb. *andere interventiedoelen*).
- Bij andere vragen is het zeer moeilijk om met vooraf opgestelde antwoordmogelijkheden te werken door de grote verscheidenheid in de praktijk en door het gebrek aan classificatieschema's of overzichtslijsten (vb. interventiemiddelen). Hier dient u zelf het antwoord zo duidelijk en specifiek mogelijk neer te schrijven.
- De ingevulde codeerschema's worden samen met de onderzoekster overlopen en besproken bij het bezoek voor de interviewafname. De schema's dienen dus **voor de interviewafname ingevuld** te zijn.

Noteer op de eerste pagina van het codeerschema de naam van de dienst of voorziening die het GIT-project aanbiedt.

Ook een dossiernummer of een ander merkteken wordt gevraagd zodat het dossier op een later tijdstip indien nodig terug opgespoord kan worden voor aanvullende of verhelderende informatie.

I. INSTROOM (Doelgroep)

1. Persoonskenmerken

- Leeftijd bij instroom: Dit is de leeftijd van de jongere bij de start van het GIT-project. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
- Geslacht: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
- Onderwijsvorm bij instroom: Dit is het onderwijs dat de jongere al dan niet volgde op het ogenblik dat het GIT-project startte. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
 - LO**: Lager onderwijs
 - BULO**: Buitengewoon lager onderwijs
 - ASO**: Algemeen secundair onderwijs
 - TSO**: Technisch secundair onderwijs
 - BSO**: Beroepssecundair onderwijs
 - BUSO**: Buitengewoon secundair onderwijs
- Deeltijds onderwijs**
- Leercontract**
- Werk**: De jongere gaat niet naar school, maar werkt wel
- Geen school of werk**: De jongere gaat al gedurende minstens drie weken vóór de start van het project niet meer naar school en werkt ook niet. Hier dient u ook de **reden** te geven waarom de jongere niet naar school gaat en niet werkt
- Andere**: Hier kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden
- Nationaliteit: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien de jongere geen Belgische nationaliteit heeft, dient er vermeld te worden **welke** de nationaliteit is.
- Etniciteit: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
 - Allochtoon**: We spreken van allochtoon wanneer minstens één van beide biologische ouders niet in België is geboren.
 - Autochtoon**: We spreken van autochtoon wanneer beide biologische ouders in België zijn geboren.
- Verblijfplaats bij instroom: Dit is de plaats waar de jongere woonde/verbleef, net voor de start van het GIT-project. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien de jongere net voor de start van het project in een hulpverleningssetting verbleef, dient er vermeld te worden **welke** hulpverleningssetting dat was. Bij 'andere' kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden.

2. Gezinskenmerken

- Relatie ouders bij instroom: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
 - Gehuwd:** De biologische ouders van de jongere zijn getrouwd
 - Samenwonend:** De biologische ouders van de jongere zijn niet getrouwd, maar wonen wel samen
 - Gescheiden:** De biologische ouders van de jongere zijn officieel gescheiden of hebben de echtscheidingsprocedure ingezet
 - Overleden moeder:** De biologische moeder van de jongere is overleden
 - Overleden vader:** De biologische vader van de jongere is overleden
 - Andere:** Hier kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden
- Gezinssamenstelling bij instroom: Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er sprake is van een gebroken gezin (ten gevolge van scheiding, overlijden,...) dient de (nieuwe) samenstelling van het gezin van de biologische moeder **én** de (nieuwe) samenstelling van het gezin van de biologische vader vermeld te worden. Bij 'andere' kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden.
- Aantal kinderen in natuurlijk kerngezin bij instroom: Dit is het aantal kinderen dat wettelijk verblijft in het natuurlijke kerngezin met de biologische vader en biologische moeder. De aangemelde jongere dient bij dit aantal gerekend te worden. Kinderen die in een pleeggezin wonen worden niet meegerekend. Kinderen die tijdelijk in een bepaalde hulpverleningssetting verblijven moeten wel meegerekend worden (vb. als de aangemelde jongere drie broers heeft die wettelijk verblijven in het natuurlijk kerngezin is het aantal kinderen 4. Indien de jongere tevens een zus heeft die in een pleeggezin woont, blijft het aantal kinderen in het natuurlijk kerngezin 4. Indien er nog één zus tijdelijk in een hulpverleningssetting verblijft, maar wettelijk in het natuurlijk kerngezin woont is het aantal kinderen in het natuurlijk kerngezin 5). Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er meer dan 4 kinderen zijn dient u het **precieze aantal** ernaast te vermelden. Indien er geen sprake is van een natuurlijk kerngezin (vb. door scheiding, door overlijden,...) kan u 'niet van toepassing' aankruisen.
- Aantal kinderen in gezin van vader bij instroom: Dit is het aantal kinderen dat wettelijk verblijft in het nieuwe gezin van de biologische vader (en partner). De aangemelde jongere dient bij dit aantal gerekend te worden in het geval van co-ouderschap of als hij/zij wettelijk in dit gezin verblijft (vb. als de aangemelde jongere na scheiding van de biologische ouders afwisselend bij beide ouders verblijft, twee broers permanent bij vader wonen en één broer permanent bij moeder woont, is het aantal kinderen in het gezin van vader 3. Indien er in het gezin van vader tevens twee kinderen verblijven van een nieuwe partner is het aantal kinderen in het gezin van vader 5). Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er meer dan 4 kinderen zijn dient u het **precieze aantal** ernaast te vermelden. Indien er geen sprake is van een gebroken kerngezin kan u 'niet van toepassing' aankruisen.
- Aantal kinderen in gezin van moeder bij instroom: Dit is het aantal kinderen dat wettelijk verblijft in het nieuwe gezin van de biologische moeder (en partner). De aangemelde jongere dient bij dit aantal gerekend te worden in het geval van co-ouderschap of als hij/zij wettelijk in dit gezin verblijft (vb. als de aangemelde jongere na scheiding van de biologische ouders afwisselend bij beide ouders verblijft, twee broers permanent

bij vader wonen en één broer permanent bij moeder woont, is het aantal kinderen in het gezin van moeder 2. Indien er in het gezin van moeder tevens twee kinderen verblijven van een nieuwe partner is het aantal kinderen in het gezin van moeder 4). Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er meer dan 4 kinderen zijn dient u het **precieze aantal** eraast te vermelden. Indien er geen sprake is van een gebroken kerngezin kan u 'niet van toepassing' aankruisen.

- Aantal kinderen in pleeggezin bij instroom: Dit is het aantal kinderen dat wettelijk verblijft in het pleeggezin van de jongere. De aangemelde jongere dient bij dit aantal gerekend te worden. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er meer dan 4 kinderen zijn dient u het **precieze aantal** eraast te vermelden. Indien er geen sprake is van een pleeggezin kan u 'niet van toepassing' aankruisen.

3. Hulpverleningsgeschiedenis

Hier dient u aan te geven of de jongere al eerder hulpverlening (vóór de start van het GIT-project) heeft gehad. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er in het verleden reeds hulpverlening is geweest, dient u te vermelden welk **type** hulpverlening dat was en in welke **periode** die hulp werd geboden. Indien er meerdere keren hulpverlening werd geboden in het verleden dienen **alle** types van hulpverlening en periodes vermeld te worden.

4. Problematiek

- Problematiek bij instroom: Dit zijn de problemen waar de jongere (en zijn gezin) mee te maken hebben bij de start van het GIT-project. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Er zijn hier **meerdere** antwoordmogelijkheden mogelijk. Tevens dient u bij elke aanwezige problematiek de **ernst** van de problemen aan te kruisen.

Emotionele problemen (internaliseren): Zich afgewezen voelen, afwerend gedrag, achterdochtig, wisselende stemmingen, gesloten, angstig gedrag, somber, depressief gedrag, gevoelens van eenzaamheid, teruggetrokken gedrag

Agressieve of oppositionele gedragsproblemen (externaliseren): Oppositioneel gedrag, lichamelijke agressief gedrag, verbaal agressief gedrag, prikkelbaar, rusteloos, ongedurig gedrag, uitdagend gedrag, bazig gedrag, ongehoorzaam, vaak tegenspreken, dingen vernielen, in vechtpartijtjes betrokken zijn, impulsief gedrag, aandachtsproblemen, onverdraagzaam, driftig, pesten, opstandig, tegendraads, koppig, dwars, brutaal, bedreigen, beledigen, dwarsliggen, rebelleren, provoceren

Antisociale of (pre)delinquente gedragsproblemen: Diefstal, inbraak, vandalisme, vernieling, brandstichting, weglopen, geweld tegen personen, afpersing, oplichting, stalking/steaming

Gebruik van middelen en/of verslaving: Overmatig gebruik van alcohol/drugs/medicijnen, verslaving aan alcohol/drugs/medicijnen, verslaving aan gokken

- School- en/of leerproblemen:** Motivatieproblemen, relatieproblemen met leerkrachten, relatieproblemen met medeleerlingen, leerachterstanden, leerproblemen, concentratieproblemen, spijbelen, verzuim, uitval
- Problemen met vrije tijd en/of sociale contacten:** Delinquente vrienden, risicovolle vriendenkring, bendevoorming, geen vrienden, gebrek aan sociaal netwerk, geïsoleerd bestaan, moeite om vrije tijd zinvol te besteden, relatieproblemen met leeftijdsgenoten, moeite om zich te vermaken, het spel van anderen verstoren, doelloos rondhangen op straat, zich vervelen
- Persoonlijkheidsproblemen:** Gebrek aan adequate copingstijlen, negatief zelfbeeld, gebrekkige gewetensvorming, tekort aan zelfbeheersing, gebrekkige zelfcontrole, menen door anderen beschikt te worden (voelt zich regelmatig het slachtoffer van de omstandigheden), gebrek realisme, gebrek aan toekomstperspectief
- Psychosomatische problemen:** Medisch onverklaarbare hoofdpijn, buikpijn, slaapproblemen of andere klachten
- Psychiatrisch getinte problemen:** Stemmingsstoornis, angststoornis, aandachtsstoornis, gedragsstoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis, reactieve hechtingsstoornis, psychotische stoornis, dissociatieve stoornis, eetstoornis
- Lichamelijke problemen en/of gezondheidsproblemen:** Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap, gebrekkige zelfverzorging, gebrekkige hygiëne
- Verstandelijke ontwikkelingsproblemen of ontwikkelingsachterstand:** Mentale achterstand, zwakbegaafdheid, verstandelijke handicap
- Seksuele problematiek:** Dader van seksueel geweld, slachtoffer van seksueel geweld
- Andere:** Hier kan u een ander van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden
- Gezinsproblemen:** Problemen in het gezin.
- Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren:** Aanpak van ouders is niet op elkaar afgestemd, aanpak van ouders is strijdig, geen overleg tussen ouders, overleg tussen ouders is conflictueus, echtscheidingsproblematiek
- Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind/jongere:** Inadequate pedagogische opvoedingsstijl, problematische ouder - kindrelatie
- Affectieve verwaarlozing/mishandeling:** Seksueel misbruik, verwerping, fysieke mishandeling, psychische mishandeling, fysieke verwaarlozing, psychische verwaarlozing in het gezin
- Problemen in maatschappelijk functioneren:** Problemen op vlak van contacten met derden (familie, buurt, vrienden, school, collega's, politie,...), gebrek aan sociaal netwerk, sociaal geïsoleerd, gebrek aan steunfiguren in de omgeving van het gezin
- Materiële problemen:** Financiële problemen, huisvestingsproblemen, werkloosheid ouder(s), schulden
- Huishoudelijke problemen:** Problemen met het onderhoud van de woning, problemen met hygiëne, problemen met verzorging van kleding en voedsel, geen vast dagritme
- Problemen vaderfiguur:** Hulpverleningsverleden, misbruikt, psychische en psychiatrische problemen, verslaving, gezondheidsproblemen, emotionele problemen

Problemen moederfiguur: Hulpverleningsverleden, misbruikt, psychische en psychiatrische problemen, verslaving, gezondheidsproblemen, emotionele problemen

Andere: Hier kan u een ander van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden

II. PROCES (Methodieken)

1. Interventiekader

- **Hulpverleningsduur:** Dit is de duur van het GIT-project. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan.
- **Locatie:** Dit is de plaats waar de hulpverlening plaatsvond. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Er zijn hier **meerdere** antwoordmogelijkheden mogelijk.
- **Verwijzende instantie:** Dit is de instantie die de jongere naar het GIT-project heeft verwezen. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Bij 'andere' kan u het van toepassing zijnde antwoord formuleren, indien dat niet voorkomt in de antwoordmogelijkheden.
- **Voortijdige stopzetting van het project:** Hier dient u in te vullen of het project vroegtijdig is gestopt. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Indien er sprake is van voortijdige stopzetting dient u aan te geven om welke **reden** de hulpverlening vroegtijdig werd beëindigd.

2. Interventiedoelen

- **Interventiedoelen:** Dit zijn de doelen die er vooropgesteld werden tijdens het gehele hulpverleningsproces. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Er zijn hier **meerdere** antwoordmogelijkheden mogelijk. U heeft de mogelijkheid om de voorgeformuleerde doelen eventueel verder te specificeren op de stippellijn ernaast of op de achterkant van het blad of om andere doelen te vermelden bij 'andere' indien deze niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden maar wel vooropgesteld werden tijdens het hulpverleningsproces. Tevens dient u naast elk doel dat vooropgesteld werd tijdens het hulpverleningsproces aan te kruisen in welke **mate** ze **gerealiseerd** waren aan het einde van het GIT-project (bij uitstroom).

Emotioneel functioneren verbeteren: De emotionele problemen (zie boven) verminderen of oplossen

Gedragsproblemen verminderen: De agressieve, oppositionele, antisociale of (pre)delinquent gedragingen (zie boven) verminderen of stoppen

Misbruik of verslaving bestrijden: Het misbruik of de verslaving aan drugs/alcohol/medicijnen/gokken verminderen of stoppen

Persoonlijkheid versterken: De persoonlijkheidsproblemen (zie boven) verminderen of oplossen door bijvoorbeeld het bijbrengen van adequate copingstijlen, van een toekomstperspectief, van realiteitsbesef, van een positief zelfbeeld, van zelfbeheersing, van zelfcontrole of van moreel besef

Psychosomatische klachten verminderen: Onverklaarbare medische klachten (zie boven) verminderen of verhelpen

Psychiatrische klachten verminderen: Psychiatrische klachten (zie boven) verminderen of opheffen

Lichamelijke en/of gezondheidsproblemen verminderen: De lichamelijke toestand of de gezondheid van de jongere verbeteren

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de persoonlijkheid van de jongere, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Leren omgaan met leeftijdsgenoten: Relatieproblemen met leeftijdsgenoten verminderen of oplossen

Leren omgaan met volwassenen en gezagsfiguren: Relatieproblemen met volwassenen en gezagsfiguren verminderen of oplossen

Leren de vrije tijd zinvol te besteden: De vrije tijd zinvol leren opvullen

Zelfstandigheid bevorderen: Zelfstandigheid en verantwoordelijkheidszin aanleren

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de sociale omgeving van de jongere, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

School- en werksituatie verbeteren (motivatie, verzuim,...): Schoolproblemen zoals motivatieproblemen, spijbelen, verzuim en uitval (zie boven) verminderen en oplossen

Schoolprestaties verbeteren en leerproblemen verminderen Schoolprestaties zoals leerachterstanden, en leerproblemen verminderen en oplossen

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de school en/of het werk van de jongere, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren verminderen: Opvoedingsproblemen die te maken hebben met de relatie tussen de ouderfiguren (zie boven) verminderen of opheffen door bijvoorbeeld de opvoedingsaanpak van beide ouders op elkaar af te stemmen

Opvoedingsproblemen relatie ouderfiguren - kind verminderen: Opvoedingsproblemen die te maken hebben met de relatie tussen de ouderfiguren en de jongere (zie boven) verminderen of opheffen

Materiële problemen verminderen (financiën, huisvesting,...): De materiële situatie (zie boven) van het gezin verbeteren

Huishoudelijke problemen (hygiëne, verzorging,...): De huishoudelijke problemen (zie boven) verminderen of oplossen

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op het functioneren van het gezin, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Maatschappelijk functioneren bevorderen (sociaal netwerk,...): Problemen met betrekking tot contacten met derden, de maatschappelijke positie of het sociaal netwerk van het gezin (zie boven) verminderen of oplossen

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de sociale omgeving van het gezin, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Persoonlijk functioneren van de ouder(s) verbeteren: De persoonlijke problemen van de ouder(s) (zie boven) verminderen of opheffen

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op de ouders, indien die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

Gericht op derden: Hier kan u doelen formuleren die vooropgesteld werden en gericht zijn op derden

Andere: Hier kan u andere doelen formuleren die vooropgesteld werden en die niet voorkomen in de antwoordmogelijkheden

3. Interventiemiddelen

- Interventiemiddelen: Hier dient u te noteren welke activiteiten, interventies, programma's en methodieken er zijn uitgevoerd tijdens het gehele GIT-project. Deze activiteiten, interventies, programma's en methodieken kunnen op de persoonlijkheid van de jongere, op de sociale omgeving van de jongere, op school en/of werk van de jongere, op het functioneren van het gezin, op de sociale omgeving van het gezin, op de ouder(s) of op derden gericht zijn. Bij 'andere' kunt u activiteiten, interventies, programma's en methodieken formuleren, die niet of moeilijk in de vooropgestelde categorieën zijn in te passen. Er wordt verwacht dat **alle** interventies, activiteiten, programma's en methodieken zeer gedetailleerd vermeld worden, en dat zowel het **type** programma, interventie, activiteit of methodiek specifiek wordt vermeld als de **inhoud** ervan of datgene waaraan gewerkt wordt met de betreffende programma's, interventies, activiteiten of methodieken. Ook het **achterliggende kader** of de visie van waaruit zij werden ingezet dient aangegeven te worden. Indien u onvoldoende schrijfruimte heeft kan u de achterkant van het blad gebruiken.

Vb.: 'D.m.v. een *sociale vaardigheidstraining* leerden we de jongere zijn *woede te beheersen*.'
(*gedragstheoretisch kader*)

'D.m.v. een *videofilm* werden bepaalde *ontwikkelingsthema's* bespreekbaar gemaakt voor de jongere.'
(*empowerment gedachtegoed, leertheoretisch kader*)

'D.m.v. *gezinsgesprekken* en *videoconfrontaties* leerden we de gezinsleden positief met elkaar *communiceren*.'
(*systeemtheoretisch kader, gedragstheoretisch kader*)

'D.m.v. *genogrambespreking* werden relatiepatronen en *subsystemen verduidelijkt* aan de jongere.'
(*systeemtheoretisch kader*)

'D.m.v. het *vergezellen* van de jongere naar vrije tijdsactiviteiten steunden en instrueerden we hem/haar in het leggen van *nieuwe sociale contacten*.'
(*empowerment, contextueel denken, ervaringsleren*)

III. UITSTROOM (Resultaten)

- Onderwijsvorm bij uitstroom: Dit is het onderwijs dat de jongere al dan niet volgt op het ogenblik dat het GIT-project stopte. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan (zie I. INSTROOM: Doelgroep).
- Problemen bij uitstroom: Dit zijn de problemen waar de jongere (en zijn gezin) mee te maken hebben aan het einde van de hulpverlening in het GIT-project. Dit kunnen deels dezelfde, deels andere problemen zijn. Kruis de van toepassing zijnde antwoordmogelijkheid aan. Er zijn hier **meerdere** antwoordmogelijkheden mogelijk. Tevens dient u bij elke aanwezige problematiek de **ernst** van de problemen aan te kruisen (zie I. INSTROOM: Doelgroep).
- (Advies voor) verdere hulpverlening: Hier dient u te vermelden of de jongere nog enige vorm van hulpverlening zal ontvangen na de beëindiging van het project. Indien dit het geval is dient u te vermelden **welke** hulpverlening er daarna nog geadviseerd en/of aangeboden wordt.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

INTERVIEWLEIDRAAD
voor de
VERWIJZENDE INSTANTIES

THEMA 1: INDICATIESTELLING

- Wanneer kiest u voor een Ibis-voorziening, thuisbegeleidingsdienst of GIT-project? M.a.w. voor welke kinderen, jongeren en/of hun gezinnen is een Ibis-voorziening/een thuisbegeleidingsdienst/een GIT-project de meest aangewezen werkvorm?
- Waarom kiest u voor een Ibis-voorziening, thuisbegeleidingsdienst of GIT-project? M.a.w. welk hulpverleningsaanbod is typerend voor deze werkvormen, wat zijn volgens u de meest werkzame elementen van deze werkvormen en wat verwacht u van deze werkvormen?
- Hoe komt u tot een indicatiestelling? Wat gaat er aan vooraf? Wordt er vb. aan diagnostiek gedaan? Leg uit. Hoe lang duurt de periode tot de indicatiestelling?

THEMA 2: TOEWIJZING

- Komt het geïndiceerde/wenselijke hulpaanbod overeen met het toegewezen/feitelijke hulpaanbod of is er (soms) sprake van een discrepantie? M.a.w. zijn er knelpunten of problemen bij verwijzingen naar de verschillende werkvormen? Zo ja, welke? Leg uit.
- Wat zijn mogelijke verklaringen en oplossingen voor de overeenkomst/discrepantie tussen het geïndiceerde/wenselijke hulpaanbod en het toegewezen/feitelijke hulpaanbod? Leg uit.

THEMA 3: OPVOLGING EN EVALUATIE

- Welke parameters/indicatoren/criteria hanteert u tijdens de evaluatiemomenten om na te gaan of de doelen gerealiseerd/bereikt zijn? M.a.w. op basis van welke criteria besluit u dat de doelen al dan niet gerealiseerd zijn?
- Wat zijn de voornaamste effecten of resultaten van de hulpverlening in de verschillende werkvormen?
- Welke positieve of negatieve factoren beïnvloeden in sterke mate de effecten of resultaten van de hulpverlening? M.a.w. wat zijn de belemmerende en faciliterende factoren in de hulpverlening?
- Wat zou de effecten of resultaten van de hulpverlening in de verschillende werkvormen kunnen vergroten?
- Met welke parameters/indicatoren/criteria houdt men best rekening als men op een systematische wijze aan effectonderzoek wil doen en de effecten van de hulpverlening in de drie verschillende werkvormen in kaart wil brengen? Welke informanten en materialen/instrumenten kan men gebruiken bij het doen van effectmeting?
- Ziet u een meerwaarde in het doen van effectonderzoek? Leg uit.