



Nederlands Studiecentrum
Criminaliteit en Rechtshandhaving

Meisjes in JeugdzorgPlus

Een onderzoek naar genderverschillen in problematiek,
behandelplan en genderspecifiek werken

Merel Dirkse, MSc.
dr. Veroni Eichelsheim
prof.dr. Jessica Asscher
prof. dr. Peter van der Laan

Amsterdam, 2018

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Jeugdzorg Nederland en
gefinancierd door ZonMw onder projectnummer 727023001

Inhoudsopgave

Dankwoord.....	3
1. Inleiding.....	4
2. Achtergrond	7
2.1 Korte historische schets.....	7
2.2 Probleemgedrag bij meisjes en jongens	7
2.2.1 Risicofactoren.....	8
2.2.2 Beschermende factoren	9
2.3 Effectieve behandeling: RNR of genderspecifiek?	10
2.3.1 Risks, Needs, Responsivity: What works?	10
2.3.2 Genderspecifiteit.....	11
2.3.3 Verhouding tussen RNR en genderspecifiek werken	15
3. Methode van onderzoek	16
3.1 Dossieronderzoek.....	16
3.1.1 Meetinstrument	17
3.1.2 Operationalisatie	17
3.2 Monitor JeugdzorgPlus.....	20
3.2.1 Koppeling Monitor JeugdzorgPlus aan dossiers.....	20
3.2.2 Afname problematiek.....	21
3.3 (Analyse van de) Interviews	23
3.4 Beschrijving van de steekproef	24
4. Resultaten.....	25
4.1 Zijn er verschillen tussen meisjes en jongens binnen JeugdzorgPlus op basis van verwijssreden, risicofactoren, beschermende factoren en behoeften?	25
4.1.1 Verwijssredenen	25
4.1.2 Risicofactoren.....	26
4.1.3 Beschermende factoren	28
4.1.4 Behoeften.....	30

4.2 Verschillen de behandelplannen tussen meisjes en jongens?	33
4.2.1 Behandeldoelen	33
4.2.2 Aanvullende interventies	34
4.2.3 Nazorg	35
4.3 Aansluiting diagnostiek, advies en besluitvorming bij behandelplan (RNR)	35
4.3.1 Algemene procedures	36
4.3.2 Praktische adviezen en besluitvorming.....	37
4.4 Genderspecificiteit van de behandelplannen	39
4.4.1 Mate van genderspecifiek werken	39
4.4.2 De relatie tussen RNR- en genderspecifiek werken	39
4.5 RNR en genderspecificiteit in relatie met duur en afname van problematiek	40
4.5.1 Duur van de behandeling	40
4.5.2 Resultaat van de behandeling: afname van de problematiek?	41
4.5.3. Relatie tussen de manier van werken en afname problematiek	43
4.6 Verschillen in genderspecificiteit en werken volgens RNR-principes per instelling.....	44
4.6.1 Genderspecifiek werken per instelling.....	44
4.6.2 Werken volgens de RNR-principes per instelling	44
6. Discussie	46
6.1 Risicofactoren	46
6.2 Beschermende factoren	46
6.3 Behoeften	47
6.4 Genderspecificiteit	47
6.5 Afname van de problematiek	48
6.6 Verschillen tussen instellingen	48
6.7 Sterke kanten en mogelijke beperkingen van dit onderzoek.....	48
6.8 Tot slot.....	49
7. Literatuur	50
8. Bijlagen	57

Dankwoord

Zonder de medewerking van diverse jeugdzorgplus instellingen was het niet mogelijk geweest dit onderzoek te doen. We willen graag de directies van Horizon, Ottho Gerhard Heldringstichting, Transferium, Bijzonder Jeugdwerk en Juzt bedanken voor het faciliteren van dit onderzoek. Het was niet altijd even gemakkelijk om in deze drukke tijden waarin bezuinigingen, transities en privacy een steeds grotere rol spelen, ook nog eens rekening te houden met het onderzoek. Dat dit toch kon, is voor een groot deel te danken aan de contactpersonen en medewerkers van elke deelnemende instelling: Harmke Leloux, Susana Castilla Carrasco, Susan van der Woude, Arianne Baanders, Marloes Lunenburg, Rozerie Bosma, Vita Cosse, Kim de Gier, Marisa Nijkamp, Geert Bouwmans, Kelly Geeraerts, Maartje van Esch, Anton Aerts en Esmée Stam. Zij verstrekten niet alleen toegang tot allerlei relevante en noodzakelijke informatie, maar waren ook behulpzaam en openhartig over de gang van zaken.

Ook willen wij graag de begeleidingscommissie bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek: Ruud van Herk (ministerie VWS), Esther van Bostelen en Marieke Kranenburg (Jeugdzorg Nederland), Chris Kuiper (Horizon Jeugdzorg, Wetenschappelijke Raad), en Erik Knorth (Rijksuniversiteit Groningen).

Tot slot willen we ook de stagiaires Esther Beekman, Lara Schout, Leontien Schoenmaker en Alienke Schuringa bedanken voor de uitstapjes naar de instellingen en het graven in de dossiers. Zonder hun inzet was het niet gelukt om in de relatief korte tijd zoveel dossiers in te zien.

M.J. Dirkse, V.I. Eichelsheim, J.J. Asscher & P.H. van der Laan

1. Inleiding

JeugdzorgPlus is bedoeld voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen die beschermd moeten worden tegen zichzelf of tegen anderen (Vermaes, Konijn, Nijhof, Strijbosch, & Van Domburgh, 2012). Het betreft een 24-uurs opname op een gesloten behandelgroep waar indien nodig, aanvullende vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet.¹ Een verzoek tot plaatsing in JeugdzorgPlus kan worden ingediend door een gemeente, de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK), een gecertificeerde instelling, of de Officier van Justitie (OvJ). De kinderrechter beslist of een jeugdige JeugdzorgPlus nodig heeft en legt, als dat nog niet is gebeurd, een civiele maatregel op en geeft een ‘machtiging gesloten jeugdhulp’ af. JeugdzorgPlus heeft als doel een dusdanige gedragsverandering te realiseren dat de jeugdige weer kan participeren in de maatschappij. Binnen JeugdzorgPlus instellingen wordt behandeling ingezet die zo kort als mogelijk en zo intensief als nodig is en onderdeel uitmaakt van een langdurig begeleidingstraject (Streefbeeld JeugdzorgPlus, 2008). Op basis van diagnostiek en na een periode van observatie en stabilisatie wordt in de meeste gevallen een uitgebreid behandelaanbod ingezet, variërend van gezinsbehandeling tot behandeling van specifieke problemen.

Om de behandeling in de JeugdzorgPlus instellingen in kaart te brengen en de kwaliteit van de JeugdzorgPlus te stimuleren, is in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), directie Jeugd en met inbreng van de betrokken instellingen, het programma Longitudinale Effectmonitor JeugdzorgPlus ontwikkeld. Dit programma heeft een looptijd van acht jaar (2011-2018) en bestaat uit twee fasen. In de eerste fase van het programma is de longitudinale effectmonitor gestart. In de Monitor worden meetbare en vergelijkbare gegevens verzameld over de jeugdigen die verblijven in de JeugdzorgPlus-instellingen. Halfjaarlijks wordt door Jeugdzorg Nederland een landelijke rapportage opgesteld op basis van gegevens uit de Monitor JeugdzorgPlus. Met de informatie die de monitorrapportages opleveren, kunnen onderzoekshypothesen worden geformuleerd en onderzocht. De tweede fase van het programma is bedoeld voor verdiepend onderzoek (ZonMw, 2011). Het huidige onderzoek is onderdeel van deze fase.

Uit de rapportage Monitor JeugdzorgPlus (Vermaes et al., 2012) blijkt dat de opgenomen jeugdigen en hun ouders zowel statische, niet beïnvloedbare kenmerken (zoals leeftijd, sekse, etniciteit en IQ), als dynamische, beïnvloedbare kenmerken hebben (zoals gedrag, stoornissen, schoolprestaties en opvoedingscompetenties). Op de voorgrond staan ernstige externaliserende problemen (85-98%) vaak gepaard gaand met comorbide internaliserende problemen (42-67%). Het

¹ Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn maatregelen zoals de tijdelijke plaatsing in afzondering; vastpakken en vasthouden; dwangmaatregelen, zoals hulpverleningsprogramma's en geneeskundige behandelmethoden; communicatie beperkende maatregelen, zoals de beperking van het brief- en telefoonverkeer; controlemaatregelen, zoals urinecontrole en onderzoek aan lichaam en kleding.

gebruik van verdovende middelen is frequent (65%), meer dan de helft van de jeugdigen heeft traumatische gebeurtenissen meegemaakt en hoewel delinquent gedrag niet de reden voor opname binnen JeugdzorgPlus is, heeft 70-72% van de jeugdigen politiecontacten (Vermaes et al., 2012).

Uit de rapportage blijkt ook dat in de JeugdzorgPlus instellingen ongeveer evenveel meisjes als jongens zitten. De Monitor laat een verschil zien tussen jongens en meisjes dat zich uit in fysieke en psychische kenmerken, maar ook in kenmerken van de problematiek. Behandeling van ernstige externaliserende problematiek, waaronder delinquentie, is effectief als deze aansluit bij de risico's en behoeften van de cliënt (Andrews, Bonta, & Wormith, 2006). Ook bij de JeugdzorgPlus populatie moet goede zorg (behandeling) aansluiten bij de specifieke problematiek en behoeften van de jeugdige. Er is tot op heden echter nog weinig aandacht geweest voor de verschillende behoeften van jongens en meisjes in de JeugdzorgPlus instellingen. Onbekend is dan ook of meisjes en jongens eenzelfde behandeling krijgen en of er op basis van specifieke problematiek gedifferentieerd wordt.

Steeds meer onderzoek richt zich op adequate inschatting van risicofactoren en op de effectiviteit van behandeling en interventie, maar in dergelijk onderzoek zijn weinig meisjes betrokken (Krisberg, 2005). Blanke jongens en mannen zijn oververtegenwoordigd in de steekproeven die in deze onderzoeken worden gebruikt en zijn daarom niet "gender neutraal", maar gestoeld op jongensproblematiek (Hannah-Moffat, 1999). Dat roept de vraag op of behandeling in JeugdzorgPlus instellingen ook wel aansluit bij specifieke meisjesproblematiek. Bovendien is het de vraag of de behandeling van meisjes hetzelfde zou moeten zijn als voor jongens.

Er zijn verschillende redenen om te veronderstellen dat behandeling van meisjes binnen JeugdzorgPlus instellingen genderspecifiek zou moeten zijn. Ten eerste verloopt de ontwikkeling van probleemgedrag bij meisjes mogelijk anders dan bij jongens (Moffitt, 2006). Ernstige externaliserende gedragsproblematiek bij meisjes is minder onderzocht dan bij jongens, waardoor onbekend is of de ontwikkelingstrajecten die zichtbaar zijn bij jongens, ook voor meisjes gelden (Silverthorn & Frick, 1999). Daarnaast zou er verschil kunnen zijn in de risicofactoren die het gedrag van jongens en meisjes opgenomen in JeugdzorgPlus instellingen kunnen verklaren (Hubbard & Pratt, 2002).

Uit de literatuur naar de risicofactoren voor gedragsproblemen (waaronder externaliserend probleemgedrag) blijkt dat het veelal dezelfde risicofactoren zijn die een rol spelen voor de ontwikkeling van gedragsproblemen bij jongens en meisjes, bijvoorbeeld binnen het gezin, omgang met deviante leeftijdgenoten of leerproblemen. Er zijn echter ook aanwijzingen dat er, naast overeenkomstige risicofactoren, ook meisjes-specifieke risicofactoren bestaan, zoals kindermishandeling en seksueel misbruik (Zahn, 2009). Deze verschillen in risicofactoren impliceren dat in interventies voor meisjes rekening gehouden dient te worden met voor meisjes specifieke risicofactoren.

Dit onderzoek

In dit onderzoek worden de verschillen tussen jongens en meisjes binnen JeugdzorgPlus aan de hand van de volgende onderzoeksvragen onderzocht. Meisjes vormen in het onderzoek het uitgangspunt:

1. Zijn er verschillen tussen jongens en meisjes binnen JeugdzorgPlus ten aanzien van verwijfsredenen, risicofactoren, beschermende factoren en behoeften?
2. Zijn er verschillen tussen jongens en meisjes qua behandelplan?
3. Hoe sluiten diagnostiek, advies en besluitvorming aan bij de behandelplannen?
4. Wat is de mate van genderspecificiteit van de behandelplannen en is er een relatie met de behandelduur en de afname van de problematiek?
5. Verschilt de mate van genderspecificiteit van de behandeling per instelling?

Leeswijzer

In Hoofdstuk 2 wordt de achtergrond van het onderzoek besproken. Er wordt kort ingegaan op recente ontwikkelingen binnen JeugdzorgPlus, de ontwikkeling van probleemgedrag bij meisjes, het risk-need-responsivity model (RNR), genderspecifiek werken en hoe deze twee benaderingen zich tot elkaar verhouden. In Hoofdstuk 3 wordt de methode van onderzoek toegelicht. In het vierde hoofdstuk worden de resultaten per onderzoeksvraag besproken en in het laatste hoofdstuk wordt gereflecteerd op het onderzoek en afgesloten met een aantal suggesties voor beleid en praktijk.

2. Achtergrond

2.1 Korte historische schets

De Wet op Jeugdzorg kende tot 1 januari 2008 geen mogelijkheid om jeugdigen met gedrags- en opgroeiproblematiek op grond van een civielrechtelijke titel in een gesloten voorziening te plaatsen anders dan in een Justitiële Jeugdinrichting (JJl; Van Dam, Nijhof, Scholte, & Veerman, 2010).

Civil- en strafrechtelijk geplaatste jeugdigen in de JJl's vertoonden grote overeenkomsten qua achtergrond en ernst van gedrags- en opvoedproblematiek. In 2000 werd 'samenplaatsing' voor het eerst ter discussie gesteld in de Tweede Kamer (motie Duykers²). Kernpunten van de discussie waren onder meer dat toepassing van een strafregime te zwaar werd geacht voor civielrechtelijk geplaatste jeugdigen die met het oog op bescherming waren opgenomen. Ook werd gewezen op het gevaar van negatieve beïnvloeding door criminele groepsgenoten. Ouders van civielrechtelijk geplaatste jongeren wezen er op dat plaatsing in een JJl werd ervaren als straf (Goderie, Steketee, Mak, & Wentink, 2004).

Naar aanleiding van de discussies en uitkomsten van verschillende onderzoeken werd in 2004 besloten de samenplaatsing te beëindigen. Er zou een volledige scheiding tussen civil- en strafrechtelijk geplaatsten worden doorgevoerd. Op 1 januari 2008 heeft de wetswijziging plaatsgevonden. Kern van de wetswijziging is de mogelijkheid van gedwongen behandeling en vrijheidsbeperkende maatregelen in aparte gesloten voorzieningen: gesloten jeugdzorg. Gesloten jeugdzorg heet vanaf dat moment JeugdzorgPlus. Als gevolg van de transitie in de jeugdzorg, zijn vanaf 1 januari 2015 gemeenten verantwoordelijk voor JeugdzorgPlus.

2.2 Probleemgedrag bij meisjes en jongens

Problematisch gedrag van jeugdigen wordt bepaald door verschillende factoren in verschillende domeinen waar een kind in het dagelijkse leven mee te maken krijgt. Het gaat om factoren in de domeinen individu, gezin, leeftijdgenoten, school en buurt (Bronfenbrenner, 1979). Factoren in die verschillende domeinen spelen op elkaar in en kunnen elkaar versterken. Ernstig probleemgedrag ontstaat uit een opeenstapeling van risico's en het ontbreken van bescherming in deze domeinen. (Farrington, 2005).

In de literatuur worden verschillende theoretische benaderingen beschreven om probleemgedrag van jongens en meisjes te verklaren. De eerste benadering gaat ervan uit dat er geen verschillen bestaan tussen jongens en meisjes in de risicofactoren voor probleemgedrag. Daarbij worden bestaande verklarende theorieën, veelal gebaseerd op onderzoek bij jongens, getoetst voor meisjesproblematiek (Slotboom, Wong, Swier, & Van der Broek, 2011). Verondersteld wordt dat de

² TK 1999-2000, 26016, nr. 13.

risicofactoren die bijvoorbeeld geassocieerd zijn met delinquente meisjes in wezen dezelfde zijn als die voor delinquente jongens (Caspi et al., 1994; Moffitt, Caspi, Rutter, & Silva, 2001). De risicofactoren die leiden tot delinquent gedrag zijn voor beide seksen hetzelfde, maar sommige risicofactoren kunnen vaker voorkomen bij meisjes dan bij jongens of andersom (Rowe, Vazsonyi, & Flannery, 1995). Moffitt et al. (2001) spreken hierbij ook wel van verschillen in *blootstelling*. Binnen deze benadering wordt aangenomen dat dezelfde theoretische verklaringen gelden voor jongens en meisjes. Sekseverschillen zijn terug te voeren op verschillen in blootstelling aan dezelfde risicofactoren.

Een tweede benadering stelt dat de traditionele, bestaande theorieën niet zonder meer van toepassing zijn op meisjes (Chesney-Lind & Pasko, 2004). Verondersteld wordt dat bij meisjes en jongens sprake is van verschillende risicofactoren en dat voor de verklaring van meisjesproblematiek eigen of aparte constructen nodig zijn, en dat meisjes mogelijk andere ontwikkelingspaden volgen dan jongens (Hubbard & Pratt, 2002; Silverthorn & Frick, 1999). Factoren die wel voor meisjes, maar niet voor jongens van belang zijn (en vice versa), worden ook wel gender sensitieve factoren genoemd (Zahn, 2009). Er is binnen deze benadering sprake van verschillen in *sensitiviteit* of gevoeligheid voor bepaalde risicofactoren (Slotboom et al., 2011).

De begrippen blootstelling en sensitiviteit hoeven elkaar niet uit te sluiten. Verschillen in blootstelling en sensitiviteit kunnen ook gelijktijdig voorkomen. Zo blijken bijvoorbeeld angststoornissen sterker samen te hangen met delinquentie van meisjes dan van jongens, maar ook vaker voor te komen bij delinquente meisjes dan bij delinquente jongens (Slotboom, et al. 2011). Uit onderzoek is inmiddels wel bekend dat probleemgedrag van jongens en meisjes vaak niet samenhangt met één unieke factor, maar het resultaat is van een opeenstapeling van risicofactoren uit meerdere risicodomeinen, die ook nog eens met elkaar interacteren (Agnew, 2009; Hipwell & Loeber, 2006; Harder, 2011).

2.2.1 Risicofactoren

Om probleemgedrag bij jongens en meisjes te verklaren wordt ook nog onderscheid gemaakt tussen statische en dynamische risicofactoren (Andrews & Bonta, 2010). Statische risicofactoren zijn eigenschappen die relatief stabiel en onveranderbaar zijn, zoals geslacht, leeftijd, afkomst, intelligentie en hulpverleningsgeschiedenis. Dynamische risicofactoren daarentegen zijn veranderbaar en door behandeling te beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld externaliserende- en internaliserende gedragsproblemen, middelengebruik en schoolprestaties. Onderzoek laat zien dat er gedeelde (bekende) risicofactoren zijn tussen jongens en meisjes, maar ook factoren die bij meisjes een sterkere voorspellende waarde hebben dan bij jongens (Slotboom et al., 2011).

In de systematische review van Vermaes (2014) en collega's, waarin zij vijftien onderzoeksrapporten naar kenmerken van de doelgroep van JeugdzorgPlus vergelijken, blijkt dat jongens en meisjes in JeugdzorgPlus ernstige externaliserende gedragsproblemen hebben, maar dat ook sprake is van internaliserende comorbide internaliserende problematiek. Het middelengebruik onder de jeugdigen is hoog en er is weinig binding met school of werk. Daarnaast zijn er veel gezinsproblemen zoals opvoedingsstress, opvoedingsonmacht, mishandeling, fysiek geweld en individuele problematiek van ouders. Meer dan 50 procent van de jeugdigen hebben traumatische gebeurtenissen meegemaakt en 60 procent heeft deviante vrienden (Vermaes, Konijn, Jambroes, & Nijhof, 2014).

Verschillende onderzoeken laten een grotere gevoeligheid voor gedragsproblemen zien in reactie op traumatische gebeurtenissen bij meisjes dan bij jongens (Dornfeld & Kruttschnitt, 1992). Meisjes laten vaak naar binnen gekeerd gedrag zien als reactie op traumatische gebeurtenissen. Ze hebben een grote kans op depressie, alcohol- en drugsmisbruik en zelfbeschadiging (Baynes-Dunning & Worthington, 2013).

Ook blijkt de ervaring van een extreme chaotische gezinssituatie bij meisjes vaker een cruciale rol in probleemgedrag te spelen dan bij jongens. De gezinsproblematiek vormt voor meisjes vaak directe aanleiding tot van huis weglopen, zwerven, onder verkeerde, oudere vrienden verkeren en in de prostitutie belanden (Weijers & Krabbendam, 2008).

Als laatste blijkt dat bij meisjes binnen de gesloten setting vaker sprake is van een licht verstandelijke beperking. Deze meisjes zijn kwetsbaar vanwege een laag IQ, lage scholing, zeer frequent spijbelen en vroegtijdig schoolverlaten (Fergusson & Woodward, 2000). Bijleveld, Hendriks, & Vinke (2003) menen dat dit samenhangt met een laag zelfbeeld van de meisjes. Mede door deze kwetsbaarheid vallen deze meisjes vaker ten prooi aan loverboys (Dijke et al, 2012).

2.2.2 Beschermende factoren

Naast risicofactoren spelen ook beschermende factoren een belangrijke rol in de verklaring voor problematisch gedrag bij jeugdigen (Meichenbaum, 2006). Vaak worden beschermende factoren als tegenpool van een risicofactor gezien (Farrington & Welsh, 2007; Van der Laan, Schans, Bogaerts, & Doreleijers, 2009). Een voorbeeld is de factor IQ; een hoog IQ beschermt, een laag IQ (verstandelijke beperking) is een risicofactor voor gedragsproblematiek. Volgens sommige onderzoekers zijn er ook unieke beschermende factoren en zijn deze factoren niet simpelweg het tegenovergestelde van risicofactoren. Het zijn 'andere' factoren en hebben enkel een beschermd werking (Arthur et al., 2002; Rutter, 1987).

In de literatuur worden verschillende beschermende factoren voor gedrags- en ontwikkelingsproblematiek van jongens en meisjes gevonden. In het individuele domein worden

sociaalvaardig gedrag, verlegenheid, zich kunnen oriënteren op taken en een normaal of hoog IQ als beschermend gezien. In het domein van het gezin blijken een adequate opvoedingsstijl (bijvoorbeeld toezicht op vrijetijdsbesteding van de jongere en zijn of haar vrienden), een sterke (affectieve) binding met conventionele gezinsleden en niet-conflictueuze gezinnen beschermende factoren. Beschermende factoren in het domein van de school zijn goed presteren en een sterke (affectieve) binding met school. Tot slot lijken in de bredere sociale omgeving prosociale vrijetijdsactiviteiten ook een beschermend effect te hebben op het vertonen van probleemgedrag (Van der Laan et al., 2009).

Ook met betrekking tot beschermende factoren zijn er aanwijzingen dat meisjes mogelijk anders reageren op beschermende factoren voor antisociaal gedrag dan jongens (de Vogel, de Vries Robbé, van Kalmthout, & Place, 2015; Rungay, 2004). Hawkins en collega's (2009) vonden bijvoorbeeld dat onderlinge verbondenheid in het gezin en het aanhangen van een religie significante beschermende factoren waren voor meisjes, maar niet voor jongens. In een andere studie werd gevonden dat positieve sociale relaties een sterker beschermend effect hebben op meisjes dan op jongens (Hart, O'Toole, Price-Sharps, & Shaffer, 2007). Goede relaties met zowel ouders als met leeftijdsgenoten worden als de belangrijkste beschermende factoren bij meisjes gezien. In de relatie met ouders wordt met name warmte, gematigde controle van ouders en het ondernemen van stimulerende activiteiten genoemd (McKnight & Putallaz, 2005). In relaties met leeftijdsgenoten zou een beschermende werking uitgaan van hechte vriendschappen met sociaalvaardige leeftijdsgenoten en het hebben van een prosociaal vriendje (Bender & Lösel, 1997).

2.3 Effectieve behandeling: RNR of genderspecifiek?

De wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van interventies in met name de jeugdzorg lijkt de laatste jaren steeds belangrijker gevonden te worden. Zowel op de werkvloer en het management van instellingen als bij lokale, provinciale en landelijke overheden is het besef gegroeid dat zicht op effectiviteit een belangrijk vereiste is om de zorg intern verder te ontwikkelen en extern beter te verantwoorden (van Yperen & Veerman, 2008). Maar 'wat werkt' voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen?

2.3.1 Risks, Needs, Responsivity: What works?

Bij het aanpakken van ernstige gedragsproblemen is het van belang de invloed van risicofactoren te verminderen en de invloed van beschermende factoren te vergroten (Van der Put et al., 2011). Het Risks-Needs-Responsivity model (RNR-model) van Andrews en Bonta (2010) wordt hierbij veel gebruikt. Het RNR-model gaat ervan uit dat specifieke problematiek wordt veroorzaakt door bepaalde

risicofactoren. Interventies dienen aan te sluiten bij de achterliggende problemen van de jeugdigen. Om dit te bewerkstelligen moet een interventie voldoen aan drie beginselen.

Allereerst moet de intensiteit van de interventie zijn afgestemd op de mate van problematiek (*risicobeginsel*). Voor jongeren met veel risicofactoren is intensievere zorg nodig (Van der Laan, Slotboom & Stams, 2017). Naast variatie in zorg stelt het *behoeftebeginsel* dat individuen met probleemgedrag (waaronder delinquentie) bepaalde kenmerken, risicofactoren en problemen hebben die direct samenhangen met hun probleemgedrag. De zorg die de jeugdige ontvangt moet zicht richten op alle risicofactoren die van invloed zijn op het probleemgedrag. Het *responsiviteitsbeginsel* verwijst naar het gebruik van een bepaalde interventiemethodiek, die rekening houdt met de belangen en mogelijkheden van de jeugdige en aansluit bij relevante kenmerken zoals intelligentie, leerstijl en waarden.

Van der Laan (2001) vult het RNR-model aan met nog twee andere beginselen. Interventies moeten geheel worden uitgevoerd zoals ze van tevoren is bedacht en niet worden afgebroken of worden aangepast (*beginsel van programma-integriteit*). En mensen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van een interventie moeten zodanig opgeleid en getraind zijn dat ze kunnen inschatten welke interventie het beste past bij de jeugdige (*professionaliteitsbeginsel*).

Uit de meta-analyses van Garrett (1985), Pfeiffer en Strzelecki (1990) en Lipsey en Wilson (1998) naar interventies in residentiële instellingen voor veroordeelde en niet-veroordeelde jeugdigen wordt duidelijk dat interventies gericht op het leren van sociale en probleemoplossende vaardigheden met een gedragstherapeutische of cognitief gedragstherapeutische aanpak het meest effectief is. Daarnaast blijken veiligheid, deelname aan onderwijs, sport en werk, vrijetijdsbesteding en een goed pedagogisch basisklimaat in de instelling van belang voor een effectieve behandeling (Boendermaker, Rooijen, Berg & Bartelink, 2013).

2.3.2 Genderspecifiteit

In zijn huidige vorm is het RNR-model een gender neutrale benadering; er wordt verondersteld dat risicofactoren gerelateerd aan probleemgedrag voor jongens en meisjes hetzelfde zijn (Vitopoulous, Peterson-Badali, & Skilling, 2012). Veel onderzoek naar de aansluiting van risico's en behoeften bij de behandeling bij jongens en meisjes is echter gedaan in onderzoekpopulaties met meer jongens (Hannah-Moffat, 2009; Hilterman, Bongers, Nicholls, & Van Nieuwenhuizen, 2015; Convington, 2007).

Steeds meer onderzoekers laten daarnaast zien dat jongens en meisjes verschillen in hun zorg- en hulpverleningsbehoeften en stellen dat er meer specifiekere aandacht voor de verschillen tussen jongens en meisjes moet zijn. Zij gebruiken hier de termen genderbewust, gender responsief en

genderspecifiek voor (Lanctôt, 2017; Chesney-Lind & Pasko, 2004; Lynch, DeHart, Belknap, & Green, 2013; Hiltermann et al., 2015, Convington, 2007).

De focus op genderspecificiteit in de behandeling is relatief nieuw. In het begin van deze eeuw werd het idee van genderspecificiteit nog als te vaag beschouwd. Pogingen om genderspecifieke programma's te ontwerpen waren meer gestoeld op ervaringen uit de praktijk dan op onderzoeksbevindingen (Kempf-Leonard & Sample, 2000). Het begrip gender gaat, anders dan sekse, niet alleen over de biologische verschillen tussen jongens en meisjes, maar ook over ideeën en (voor)oordelen over mannelijkheid en vrouwelijkheid en de daaraan gekoppelde ideeën over taken en kwaliteiten van mannen en vrouwen (De Vaan, De Boer & Vanoni, 2013).

Met de toegenomen belangstelling voor genderspecificiteit is enerzijds de roep om meer aandacht voor unieke problemen en gedragingen van meisjes en daarbij behorende genderspecifieke interventies groter geworden. Anderzijds wordt er meer aandacht gevraagd voor de effectiviteit van interventies voor meisjes (Slotboom et al., 2011). Zo uitte de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen meerdere malen haar zorgen over slachtoffers van loverboys die binnen generieke jeugdzorgplusvoorzieningen worden geplaatst (Negende rapportage van de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 2013). Deze instellingen zouden niet voldoende ingesteld zijn om het complexe trauma en de specifieke problematiek die gepaard gaat met het slachtofferschap adequaat te behandelen. Vervolgens werd op initiatief van Jeugdzorg Nederland en met financiële steun van het VWS de commissie Azough ingesteld die pleitte voor een genderspecifieke behandeling voor deze groep meisjes (Commissie Azough, 2014). Maar wat is een genderspecifieke behandeling en waar moet deze aan voldoen?

Uit de literatuur blijkt dat een genderspecifieke benadering geen vaste definitie kent. Wel komen er verschillende concepten naar voren die door auteurs of ontwikkelaars zelf als genderspecifiek zijn aangeduid (zie Tabel 1). Daarnaast is het opvallend dat de term genderspecifiek soms (onterecht) wordt gebruikt als een synoniem voor meisjesspecifiek, terwijl een behandeling voor jongens ook genderspecifiek kan zijn.

Tabel 1

Genderspecifiek handelen bij meisjes en jongens

Genderspecifiek handelen bij meisjes	Genderspecifiek handelen bij jongens
Sociaal-culturele rollen	Omgaan met gezag
Fysieke veiligheid	Probleemoplossende vaardigheden
Psychologische veiligheid	Zelfcontrole
Homogene groep	Delinquentie
Trauma en misbruik	Leeftijdsgenoten
Vergroten van eigenwaarde	Moreel denken
Gericht op de relationele theorie	Middelenmisbruik
Aandacht voor gezonde relaties, seksualiteit en intimiteit	Agressie regulatie
Aansluiten op de gevolgen van specifieke elementen van loverboy/mensenhandel problematiek	Dagbesteding

De Vaan, De Boer en Vanoni (2013) noemen in hun onderzoek naar partnergeweld dat een genderspecifieke aanpak iets anders zou moeten zijn dan eenzijdige aandacht voor het meisje of vrouw als slachtoffer, en dat een systeemgerichte aanpak, met aandacht voor onderliggende gender gerelateerde patronen belangrijk is. Zij benadrukken de sociaal-culturele rollen die aan twee seksen gekoppeld zijn, en de verschillen in macht die daaruit kunnen voortvloeien. Gendersensitief betekent in termen van beleid dan: rekening houden met de verschillende rollen en machtsverhoudingen (De Vaan, De Boer & Vanoni, 2013).

De commissie Azough (2015) beschrijft een genderspecifieke aanpak als een aanpak die aansluit bij de behoeften en beleving van meisjes. Daarbij moet aandacht zijn voor hun socialisatie, rollenpatronen, machtsverhoudingen en de (culturele) diversiteit. Een genderspecifieke behandeling zou daarnaast rekening moeten houden met slachtoffers van loverboyproblematiek. De behandeling zou daarom *‘trauma-focused, safety-focused en abuse-focused’* moeten zijn. In het kader van de (vroegkinderlijke) traumatisering dient de behandelsetting zich daarnaast te baseren op vier pijlers: veiligheid en bescherming, een liefdevol en gestructureerd pedagogisch basisklimaat, een trauma gerelateerde behandeling en onderwijs (Terpstra & Van Dijke, 2015).

Het concept veiligheid wordt in het kader van genderspecificiteit vooral genoemd om herhaald slachtofferschap te voorkomen. Meisjes moeten niet alleen veilig zijn, maar zich ook veilig voelen. Met name jonge vrouwen voelen zich vaker dan mannen onveilig binnen hun eigen leefomgeving. Om

veiligheid te waarborgen is het nodig om afspraken met ouders te maken, samen te werken met de politie en afspraken te maken inzake omgang met sociale media en internet (Terpstra & Van Dijke, 2015; Nijland, Boomkens, & Metz, 2016; Commissie Azzough, 2015; Portegijs & Van den Brakel, 2015). Niet alleen fysieke veiligheid maar ook psychologische veiligheid is van belang. Het is belangrijk dat meisjes zich veilig voelen in een leefomgeving waar ruimte is voor plezier, waar een gezonde ontwikkeling wordt gestimuleerd, waar meisjes begeleid worden door positieve vrouwelijke rolmodellen, waar aandacht is voor sociale relaties en waar de ruimte wordt gegeven voor het delen van geheimen (Terpstra & Van Dijke, 2015; Baynes-Dunning & Worthington, 2013; Kerig & Schindler 2013).

Vanwege het risico op herhaald slachtofferschap is het niet altijd wenselijk om meisjes en jongens gemengd te plaatsen. Sommige auteurs benadrukken het belang van homogene meisjesgroepen (Commissie Samson, 2012; Commissie Azough, 2015). Uit onderzoek in gemengde groepen blijkt dat jongens in gemengde groepen eerder dominant gedrag laten zien en meisjes zich sneller passief gedragen. Meisjes zijn eerder geneigd om in heterogene groepen mee te gaan met anderen om erbij te horen, wat leidt tot minder autonoom gedrag (Wike, Miller, Winn, & Taylor, 2013; Chesney-Lind, Morash, & Stevens, 2008).

Verschillende onderzoeken laten een grote gevoeligheid voor gedragsproblemen zien in reactie op traumatische gebeurtenissen. Veel meisjes hebben, zoals al eerder besproken, traumaklachten. Deze klachten worden door de praktijk nog niet altijd goed herkend en behandeld, bijvoorbeeld omdat specifieke symptomen zoals gedragsproblemen en agressie veelal worden aangepakt zonder daarbij aandacht te besteden aan de achterliggende processen zoals gevoelens van machteloosheid. Het is belangrijk dat de hulpverleners in de jeugdzorg op de hoogte zijn van symptomen van traumaklachten en de huidige effectieve traumabehandelingen (Terpstra & van Dijke, 2015; Baynes-Dunning & Worthington, 2013; Ensink & Lindauer, 2015). Er dient daarnaast voorlichting geboden te worden over gezonde en ongezonde relaties, geweld binnen relaties, seksualiteit en intimiteit (Baynes-Dunning & Worthington, 2013).

Het laatste concept dat in de literatuur naar voren komt is het inspelen op het lage gevoel van eigenwaarde van de meisjes. Een meisjesspecifieke behandeling zou zich daarom moeten richten op empowerment (het proces waardoor meisjes weer zeggenschap krijgen over het eigen leven) en agency (het vermogen om het leven zelf in te richten). Om dat te bereiken is het belangrijk dat meisjes leren dat gebeurtenissen worden verklaard vanuit het eigen gedrag (interne locus of control) in plaats van een externe locus of control (gebeurtenissen worden toegeschreven aan externe factoren; Bloom & Convington, 2001; Boomkens & Metz, 2015; Delahaij, 2004).

De resultaten uit het onderzoek van (Day, Zahn & Tichavsky, 2015) laten zien dat genderspecifieke interventies alleen werken voor diegenen voor wie het is ontworpen: meisjes met

een geschiedenis van trauma, hoge niveaus van woede/prikkelbaarheid, depressie/angst, alcohol/drugsmisbruik, en somatische klachten. Meisjesspecifieke programma's lijken echter niet te werken voor meisjes die deze genderspecifieke risicofactoren niet hebben. Meisjes die deze problemen niet hebben doen het beter met de 'standaard' gedragsverandering en versterking programma's.

2.3.3 Verhouding tussen RNR en genderspecifiek werken

Tot voor kort werden de RNR- en genderspecifieke benadering behandeld als afzonderlijke en zelfs tegenovergestelde benaderingen (Vitopoulous, Peterson-Badali & Skilling, 2012). Hubbard en Matthews (2008) stellen echter dat ze eerder complementair dan tegenstrijdend zijn en dat de twee benaderingen juist samen genomen moeten worden voor een effectieve behandeling.

3. Methode van onderzoek

In dit onderzoek staan de verschillen tussen meisjes en jongens binnen JeugdzorgPlus centraal. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Allereerst is er dossieronderzoek uitgevoerd. Vervolgens zijn deze gekoppeld aan gegevens uit de Monitor JeugdzorgPlus (ZonMw, 2011) en aanvullend zijn er interviews gehouden.

3.1 Dossieronderzoek

De dossiers van jeugdigen zijn gebruikt om informatie te verzamelen over de aanmeldreden, duur van de plaatsing, de problematiek, behandeldoelen, traject, behandeling en het perspectief. De informatie hierover kwam over het algemeen uit persoons- en identificatiegegevens, opname- en ontslagformulieren, rechterlijke stukken, traject- en behandelplannen, incident verslagen en rapportages van psychiater of therapeuten.

Dossiers onderzocht uit verschillende instroomjaren (2012-2016) zijn onderzocht van vijf verschillende JeugdzorgPlus instellingen. Van zes meisjes en zes jongens per instroomjaar en per instelling zijn de dossiers opgevraagd. Dit resulteerde in een steekproef van $N = 306$ kinderen (160 meisjes en 146 jongens). Bij vier instellingen heeft een medewerker van de instelling zelf een steekproef getrokken. In één instelling (D) heeft de hoofdonderzoeker van het NSCR de sampling gedaan.

Bij het samenstellen van de steekproef werd een aantal inclusiecriteria gehanteerd. Allereerst is voor het gebruik van individuele gegevens uit de Monitor expliciet toestemming van de jeugdigen (en bij jeugdigen jonger dan 16 jaar ook de ouders) vereist. Jeugdigen geven deze toestemming aan de instelling waar zij verblijven. Omwille van de koppeling van dossiers en monitorgegevens was het dus noodzakelijk dat jeugdigen toestemming aan de instelling hadden gegeven voor inzage in de Monitor. Ten tweede is er gekozen voor evenveel jongens als meisjes, spreiding in de leeftijd tussen 12 en 18 jaar en verschillende instroomjaren 2012-2016.

Instelling A heeft jeugdigen en ouders per brief gevraagd aan het onderzoek deel te nemen. Er zijn 60 jeugdigen geselecteerd. Er waren negen afvallers in verband met weigering ($n = 5$) of onbereikbaarheid (post retour, $n = 4$). Bij het analyseren van de dossiers bleek ook dat in een aantal elektronische dossiers weinig inhoudelijke informatie stond ($n = 4$). Dit had twee redenen: fusie met een andere instelling en de overgang naar een ander systeem waarvoor de onderzoekers geen autorisatie hadden. Na overleg is er gekozen om nog een tweede sampling van 24 jeugdigen te doen en dus ook een nieuwe brievenronde. Bij die selectie waren er zes uitvallers ((weigering, $n = 2$), adres onbekend/onbereikbaar ($n = 3$) en één dossier was niet toegankelijk). In instelling B is er gebruik gemaakt van papieren dossiers. In de andere vier instellingen zijn de dossiers digitaal ingezien. In het

uiteindelijke onderzoeksbestand is vervolgens uitsluitend gewerkt met volledig geanonimiseerde dossierinformatie.

3.1.1 Meetinstrument

Om de dossiers op een systematische wijze te beoordelen en verwijfsredenen, risicofactoren, protectieve factoren en behoeften vast te stellen is er een scoringsformulier samengesteld uit het schoringsschema Nieuw Zorgaanbod van Nijhof en collega's (2010) aangevuld met relevante items uit het Landelijke Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (LIJ; Van der Put, et al., 2011) en Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ; Van der Put, Assink & Stams, 2016).

Bij aanvang van het onderzoek is er een pilot ($n = 5$ dossiers) uitgevoerd bij twee instellingen. De pilot had als doel het scoringsformulier, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en haalbaarheid te testen. De dossiers van de pilot zijn door drie onderzoekers gescoord en vergeleken. Dit heeft tot enkele aanpassingen in het scoringsformulier geleid. Na het uitvoeren van de pilot is begonnen met het analyseren van de dossiers. Het scoren van de dossiers is gedaan door vijf verschillende onderzoekers. Er zijn steeds twee of drie onderzoekers naar de verschillende instellingen gegaan. Een aantal dossiers is door meerdere onderzoekers gescoord (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid). Hier kwam uit dat gemiddeld 74,1 procent van de scores overeenkwam tussen de onderzoekers. Een tweetal variabelen (hulpverleningsgeschiedenis en behandeldoelen) zijn volledig uit de dossiers overgenomen en later gecodeerd. De Cohen's Kappa was voor hulpverleningsgeschiedenis ($K = .67$) en behandeldoelen ($K = .79$), wat duidt op een voldoende tot goede mate van overeenstemming (Landis & Koch, 1977).

3.1.2 Operationalisatie

3.1.2.1 Verwijsredenen

Het dossier van de jeugdige bevat in de meeste gevallen de machtiging tot plaatsing zoals afgegeven door de kinderrechter. De redenen tot plaatsing voor JeugdzorgPlus zijn aan deze machtiging ontleend. Een machtiging tot gesloten jeugdzorg wordt in beginsel verleend indien de jeugdige ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen heeft, deze problemen de ontwikkeling naar de volwassenheid ernstig belemmeren en opname en verblijf noodzakelijk zijn om te voorkomen dat de jeugdige zich aan de zorg die hij nodig heeft zal onttrekken of door anderen daaraan zal worden onttrokken (Art. 6.1 Jeugdwet). In de meeste gevallen legt de kinderrechter de noodzakelijkheid van de geslotenheid uit in de machtiging. Ten aanzien van de redenen tot plaatsing kan een aantal categorieën worden onderscheiden: onveilige situatie, open setting is ontoereikend, schoolverzuim, drank- en

drugsmisbruik, ouders zijn onmachtig, politiecontact en overig. De categorie 'overig' omvat bijvoorbeeld de plaatsing van een jeugdige in JeugdzorgPlus vanwege observatie en diagnostiek.

3.1.2.2 Risicofactoren & beschermende factoren

In de dossiers is veelal informatie te vinden over aanwezige risicofactoren. Het combineren van de genoemde taxatie instrumenten heeft geresulteerd in een instrument met 57 risicofactoren, op basis waarvan de dossiers zijn geanalyseerd. De 57 risicofactoren zijn onder te verdelen in 11 domeinen: individu, middelenmisbruik, dagbesteding, internaliserend gedrag, externaliserend gedrag, ander probleemgedrag, aanwezigheid van trauma, seksueel misbruik, seksueel grensoverschrijdend gedrag, gezin en omgeving.

Bij het scoren van risicofactoren uit de dossiers is gekeken naar het totale verleden van de jongere. Het kan zijn dat de verzorgende moeder die nu in beeld is geen problematiek vertoont, maar dat bijvoorbeeld de biologische moeder in het verleden ernstige alcoholproblemen heeft gehad die mogelijk gerelateerd zijn aan de problematiek van de jeugdige. Beslissend is geweest of een jeugdige als kind langdurig is blootgesteld aan een dergelijke risicofactor en er (negatieve) gevolgen van heeft ondervonden of nog van ondervindt. Factoren in het gezinsdomein betreffen met name achtergrondkenmerken van het gezin.

Er is ook gekeken naar in het dossier vermelde beschermende factoren. Beschermende factoren zijn onderverdeeld in elf categorieën: sociale vaardigheden, behulpzaamheid en zorgzaamheid, sportief, humor, dagbesteding, muzikaal/creatief, toekomstperspectief, goede houding, werk, zelfstandigheid en pro sociale contacten.

3.1.2.3 Behandelplan

In het behandelplan staan de doelen van de behandeling en het onderwijs. Het behandelplan beschrijft daarnaast (dreigende) problemen en mogelijke oorzaken daarvan, behandelduur, aanvullende interventies en (geplande) nazorg en huisvesting. In principe beschrijft het behandelplan ook de vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals de tijdelijke plaatsing in afzondering, vastpakken en vasthouden, beperking van het brief- en telefoonverkeer, urinecontrole en dergelijk) en afspraken over verlof, maar omdat deze vaak veranderen in een traject zijn deze buiten beschouwing gelaten.

De behandeling in JeugdzorgPlus bestaat uit het bieden van een basisklimaat in de leefgroep en eventueel aanvullende interventies. Het basisklimaat bestaat uit verzorging, opvoeding en behandeling en wordt uitgevoerd door pedagogische medewerkers. In alle instellingen wordt gewerkt met het sociale-competentiemodel (SCM): een programma voor methodisch handelen op de leefgroep dat is gericht op het vergroten van vaardigheden van jeugdigen (Boendermaker et al., 2013). In sommige instellingen is het SCM samen met Equip (een groepsinterventie waarbij de

verantwoordelijkheid vooral bij de jeugdigen zelf wordt gelegd; Gibbs, Potter & Goldstein, 1995) doorontwikkeld tot YouTurn (Hendriksen-Favier, Place & van Wezep), een methodiek voor het werken in de leefgroepen waarbij groepsleiders getraind zijn in het hanteren van cognitief gedragstherapeutische technieken. Deze basismethodieken hebben we bij het analyseren van het behandelplan niet meegenomen.

De instellingen hebben daarnaast een verschillend aanbod in leefgroepen. Zo zijn er groepen voor diagnostiek, reguliere gemengde groepen, homogene groepen voor meisjes, groepen voor kinderen met een beneden gemiddeld IQ, groepen voor kinderen met ernstige psychische problemen en groepen gericht op uitstroom. Er is in de dossiers specifiek gezocht naar informatie over de beweegredenen om jeugdigen in een bepaalde groep te plaatsen en een bepaalde behandeling in te zetten. Behandeldoelen, de (geplande) in te zetten aanvullende interventies, de (geplande) nazorg en de beweegredenen die aan het behandelplan ten grondslag liggen zijn overgetypt en later gecodeerd.

3.1.2.4 Diagnostiek, advies en besluitvorming (RNR)

In de dossiers is gezocht naar informatie over de beweegredenen die aan het behandelplan ten grondslag liggen. Er is daarbij gelet op of er in het behandelplan rekening is gehouden met gender, culturele achtergrond, licht verstandelijke beperkingen, trauma en seksualiteit.

Vervolgens is door drie onderzoekers op basis van risicofactoren, verwijfsredenen, behandeldoelen en beweegredenen voor de in te zetten behandeling, de mate van RNR van het behandelplan beoordeeld op een driepuntsschaal. Het behandelplan is 'conform RNR' gescoord wanneer er voor iedere risicofactor of iedere vorm van problematiek een passend behandelaanbod is ingezet, maar kon ook als 'deels RNR' beschouwd worden, wanneer voor een deel van de problematiek een passend aanbod is gezocht. 'Deels RNR' is bijvoorbeeld gescoord als wel de verslavingsproblematiek is aangepakt, maar niet ouder-kind relatieproblematiek. Een behandelplan is als niet-RNR gescoord als het behandelaanbod niet aansloot op de problematiek.

3.1.2.5 Genderspecificiteit

De mate van genderspecificiteit is op ook op basis van dossiergegevens beoordeeld op een driepuntsschaal. Een behandelplan werd in dit onderzoek beschouwd als 'genderspecifiek' wanneer de behandeling zich uitsluitend richt op, uit de literatuur bekende, jongens/meisjesrisicofactoren, zoals agressieregulatie in geval van jongens, of seksuele problematiek in geval van meisjes (zie ook Tabel 1 uit Hoofdstuk 2). Er is daarbij gekeken of jongens en meisjes op een speciale groep voor alleen meisjes, of alleen jongens zijn geplaatst en welke aanvullende interventies zijn ingezet. Behandelplannen zijn als 'deels genderspecifiek' gescoord als zij zich op een of enkele maar niet alle genderspecifieke risicofactoren richten. Bijvoorbeeld als er bij een meisje met trauma- en seksuele problematiek in het

behandelplan wel traumatherapie is opgenomen, maar geen specifieke interventie gericht op seksualiteit. Het behandelplan is 'niet genderspecifiek' wanneer de behandeling die ingezet wordt niet persé een relatie heeft met het geslacht van de jeugdige. Als bij een jongen met traumata en zelfbeschadiging in de behandeling wordt ingezet aan traumaverwerking en vermindering van de zelfbeschadiging, is dat als niet genderspecifiek gescoord, maar wel conform RNR.

3.2 Monitor JeugdzorgPlus

Vanaf juni 2012 worden in JeugdzorgPlus op cliëntniveau structureel gegevens verzameld over de jeugdigen, de behandeling in de JeugdzorgPlus instelling en over de periode na het verblijf in de instelling. Deze gegevens worden vastgelegd in de Monitor JeugdzorgPlus (hierna: Monitor). Er worden gegevens verzameld over de jeugdige en het gezin op het moment van instroom (T_1), bij uitstroom (T_2) en zes maanden ná uitstroom (T_3). De Monitor wordt gevuld aan de hand van diagnostische instrumenten voor kenmerken van psychopathologie (Child Behavioral Checklist, CBCL), de ernst van de problematiek (De Standaard Ernst Taxatie Problemen, STEP), de classificatie jeugdproblemen (CAP-J), behandelmotivatie (VBM), opvoedbelasting (OBVL) en tevredenheid (TTT). Ook wordt er in de Monitor bijgehouden welke interventies zijn aangeboden.

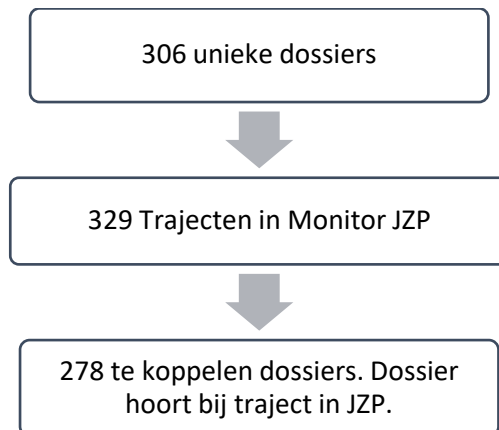
3.2.1 Koppeling Monitor JeugdzorgPlus aan dossiers

Voor de steekproef uit dit onderzoek zijn de gegevens van de jeugdigen afkomstig uit de dossiers gekoppeld aan de gegevens van dezelfde jeugdigen uit de Monitor aan de hand van JZP-kindnummers (i.e. het unieke identificatienummer zoals gebruikt in JeugdzorgPlus instellingen). Dankzij deze koppeling kan ook iets gezegd worden over eventuele afname van de problematiek gedurende de behandeling (T_2) of over de periode zes maanden na uitstroom (T_3).

Het verkregen monitorbestand van de vijf instellingen bestaat uit 329 trajecten; een aantal jongeren uit onze steekproef is meerdere malen terug te vinden in de Monitor. Sommige jongeren ($n = 3$) zijn zelfs vier keer in de Monitor terug te vinden. De dossiers van 278 jongeren konden worden gekoppeld aan een monitor-traject (zie Afbeelding 1). Wij hebben een aantal trajecten ontvangen van kinderen die niet in onze sample zitten. Het kan zijn dat er typfouten zijn ontstaan bij het overnemen van de JZP-kindnummers. Wij hebben een aantal trajecten waar wij een dossier van hebben die niet te vinden zijn in het verkregen monitorbestand en andersom.

Afbeelding 1

Overzicht koppeling dossiers met JeugdzorgPlus Monitor



3.2.2 Afname problematiek

Om iets te kunnen zeggen over eventuele afname van de problematiek is gebruik gemaakt van de CBCL en de CAP-J. Omdat de meting op T_3 (zes maanden na verblijf in instelling) voor meerdere instellingen zeer slecht gevuld bleek ($N = 27$)³, worden geen uitspraken gedaan over de situatie zes maanden na verblijf in de instelling. Wel kunnen uitspraken worden gedaan over het moment van het einde van het verblijf (T_2).

3.2.2.1 Classificatie Jeugdproblemen (Cap-J)

Sinds juni 2012 wordt door de behandelcoördinatoren de aard van de kernproblematiek vastgelegd op grond van de Cap-J (Daamen, Oudhof, Ince, & Lekkerkerker, 2016). Met de Cap-J wordt aan de hand van vijf assen (psychosociaal functioneren jeugdige, lichamelijke gezondheid, cognitieve ontwikkeling en vaardigheden jeugdige, gezin op opvoeding en jeugdige en omgeving) de aard van de problematiek in kaart gebracht.

In Tabel 2 is een overzicht te zien van de aantallen ingevulde Cap-J-vragenlijstenaar geslacht. Een indicatie van afname op verschillende probleemgebieden is gebaseerd op een somscore van het totaal aantal bekende probleemgebieden op T_1 (bij binnenkomst) en T_2 (vlak voor het verlaten van de instelling). Door de somscores van T_1 af te trekken van T_2 kan iets gezegd worden over de afname van de omvang van de problematiek voor ieder individu ($n = 167$).

³ Van 27 kinderen hebben wij gegevens op t_3 . 1 kind komt uit instelling A, 8 uit instelling B, 6 uit instelling C, geen uit instelling D en 12 kinderen komen uit instelling E. De gegevens kunnen ook gevuld zijn met 'onbekend' waardoor er zeer weinig inhoudelijke informatie overblijft. Deze informatie is daarom buiten beschouwing gelaten.

Tabel 2

Overzicht ingevulde Cap-J op T₁ en T₂ verdeeld naar geslacht

	Jongens en meisjes	Meisjes	Jongens
Cap-J T ₁ ingevuld	266	115	111
Cap-J T ₂ ingevuld	179	93	86
Cap-J T ₁ én T ₂ ingevuld	167	86	81

3.2.2.2 De Child Behavior Checklist (CBCL)

De CBCL (Verhulst, Ende, & van der Koot, 1996) is een diagnostisch instrument om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. De CBCL wordt aan ouders/verzorgers of groepsleiding voorgelegd om gedragsproblematiek van jongeren in kaart te brengen. De instellingen rapporteren T-scores in de Monitor. De resultaten geven weer of er sprake is van een normale, subklinische dan wel klinische mate van emotionele- en gedragsproblemen.⁴

In Tabel 3 is te zien dat de CBCL bij minder dan een derde van de sample voor T₁ én T₂ is ingevuld. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat de vragenlijst wordt ingevuld door ouders/verzorgers of groepsleiders. Door de somscores van T₁ af te trekken van T₂ kan iets gezegd worden over de afname van de omvang van de problematiek voor ieder individu ($N = 89$).

Tabel 3

Overzicht ingevulde CBCL op T₁ en T₂ verdeeld naar geslacht

	Jongens en meisjes	Meisjes	Jongens
CBCL T ₁ ingevuld	180	92	88
CBCL T ₂ ingevuld	100	47	53
CBCL T ₁ én T ₂ ingevuld	89	43	46

3.2.2.3 Analyseplan

Om te onderzoeken of er een relatie is tussen genderspecifiek werken dan wel RNR werken en de duur van de behandeling en het resultaat in termen van afname van problematiek, is gebruik gemaakt van de verschillen op de CBCL en CAP-J. Een manier om naar het verschil tussen de ernst van probleemgedrag op T₁ (aanvang behandeling) en T₂ (einde traject) te kijken is vaststellen hoeveel

⁴ De scores van de CBCL worden weergegeven in T-scores. T-scores zijn getransformeerde scores variërend van 0-100 waarbij een T-score van 50 de gemiddelde score van de normgroep representeert. Hoe hoger de T-score, des te ernstiger het probleemgedrag van de jeugdige. Vanaf welke T-score gesproken wordt van de klinische grens, verschilt voor de verschillende probleemschalen waaruit de CBCL is opgebouwd (bv. Aandachtsproblemen) en Hoofddimensies (Internaliseren, Externaliseren, Totale problemen; Van Dam & Meyer, 2010).

jongeren een daling, stijging, of gelijkblijvend niveau van probleemgedrag laten zien gedurende deze periode. Door middel van een regressieanalyse is onderzocht of er een (voorspellend) verband is tussen de mate van RNR- en of genderspecifiek werken en de duur en het resultaat van de behandeling. Er is daarbij gecontroleerd voor cumulatie van risicofactoren, de JeugdzorgPlus instelling, geslacht, leeftijd plaatsing en eerdere plaatsingen.

Omdat een afname van de problematiek het beoogde resultaat van een JeugdzorgPlus opname is, is daarnaast door middel van een logistische regressie een dichotome uitkomstvariabele (wel afname, geen afname) gerelateerd aan dezelfde predictoren als in de eerste strategie. Als laatste is onderzocht of er een verschil is tussen de JeugdzorgPlus instellingen. Analyses zijn uitgevoerd met het programma IBM SPSS Statistics 23 (IBM Corp).

3.3 (Analyse van de) Interviews

Ter aanvulling is aan aantal professionals uit de verschillende instellingen geïnterviewd om informatie uit de dossiers te duiden en aan te vullen (zie Tabel 4). De interviews zijn gehouden aan de hand van een topiclijst, opgenomen en vervolgens getranscribeerd en geanalyseerd. De transcripten zijn a priori gecodeerd op de onderwerpen: behoeften, risicofactoren, beschermende factoren en aanpak. Tijdens het coderen van de interviews kwamen nog andere belangrijke onderwerpen van gesprek naar voren; deze zijn achteraf gecodeerd: omgang met (complex) trauma, LVB-problematiek, samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), een machtiging voor een bepaalde termijn, omgaan met groepsdynamiek, de druk van bezuinigingen en persoonlijke motivatie. De analyse is uitgevoerd met het programma ATLAS. Ti (ATLAS.ti. Versie 7.5.18).

Tabel 4

Overzicht interviews per instelling

Instelling	Functie van geïnterviewde
A	Gedragswetenschapper (senior) Gedragswetenschapper (Beide gesproken in één interview)
B	Behandel coördinator (ondersteunend)
C	Groepsleider (senior)
D	Zorgmanager Behandelcoördinator
E	Behandelcoördinator Groepsbehandelaar

3.4 Beschrijving van de steekproef

In totaal zijn de dossiers van 306 unieke jeugdigen geanalyseerd, afkomstig uit vijf verschillende JeugdzorgPlus instellingen (Zie voor de verdeling van het aantal jongens en meisjes per instelling Bijlage 8.1). De totale steekproef bestaat uit 160 meisjes en 146 jongens. De jeugdigen zijn gemiddeld 15,48 jaar oud op het moment van plaatsing ($SD = 1,48$, range = 11-18). De gemiddelde plaatsingsleeftijd is voor jongens en meisjes ongeveer gelijk ($t(298) = ,563$, $p = ,574$). Van zes jongeren was de plaatsingsdatum niet bekend waardoor de leeftijd op het moment van plaatsen niet kon worden berekend. Er waren 18 jeugdigen die de leeftijd van 18 jaar al hadden bereikt op het moment van de machtiging.

De juridische maatregel die op de jeugdigen van toepassing was ten tijde van de plaatsing verschilde voor jongens en meisjes niet. 75,8 procent van de jeugdigen had een (voorlopige) ondertoezichtstelling, 5,6 procent had een voogdij maatregel, 2,3 procent een jeugdreclasseringsmaatregel en 16,3 procent betreft een vrijwillige plaatsing.

De jeugdigen uit de steekproef hebben voorafgaand aan het verblijf in de JeugdzorgPlus instelling gemiddeld 4,56 zorginterventies ontvangen ($SD = 2,29$, range = 0-15). Slechts 1,3 procent van de jeugdigen heeft geen eerdere zorg ontvangen (2 jongens, 2 meisjes). Het aantal zorginterventies voorafgaand aan JeugdzorgPlus bij meisjes ($M = 4,38$, $SD = 2,17$), $t(302) = 1.453$, $p = ,269$) verschilt niet significant van het aantal interventies bij jongens ($M = 4,76$, $SD = 2,40$). Ongeveer de helft van de jeugdigen (51,32 %) heeft minstens één keer eerder in een residentiële instelling verbleven en 17,6 procent van de jeugdigen deed eerder een beroep op JeugdzorgPlus (29 meisjes, 25 jongens). In Afbeelding 2 is een tijdlijn gegeven van de zorg die het meisje ontving voordat zij in JeugdzorgPlus terechtkwam.

Afbeelding 2

Tijdlijn van meisje van 15 jaar

Jaar	Interventie
1999	Onder toezichtstelling sinds geboorte
2002	Bij opa en oma gewoond (financieel probleem)
2002	Crisispleeggezin
2003	Pleeggezin
2003	Klinische behandelgroep voor kinderen van 4 t/m 11 jaar
[Jaar onbekend]	Gezinshuis
2013	Open groep Instelling A
2013	Geplaatst op gesloten meisjesgroep in instelling A (JeugdzorgPlus)

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden besproken. De resultaten worden beschreven aan de hand van de eerder geformuleerde onderzoeksvragen.

4.1 Zijn er verschillen tussen meisjes en jongens binnen JeugdzorgPlus op basis van verwijfsredenen, risicofactoren, beschermende factoren en behoeften?

4.1.1 Verwijsredenen

De minderjarige wordt ernstig in haar ontwikkeling bedreigd. Er is bij haar sprake van ADD en een depressieve stoornis. De afgelopen jaren heeft zij ernstige gedragsproblemen laten zien, waarbij zij een niet te beheersen agressie richting haar ouders toont. Zij heeft tweemaal een zelfmoordpoging gedaan en tijdens een crisisplaatsing liet zij grenzeloos gedrag naar jongens zien en automutileert zij. De kinderrechter acht het daarom van belang dat er rust komt in de situatie en dat ze beschermd wordt tegen zichzelf. Om die reden is het gesloten kader op dit moment het meest passend. (Meisje van 15 jaar).

In Tabel 5 zijn de plaatsingsredenen weergegeven, uitgesplitst naar geslacht. Meer dan de helft van de jeugdigen wordt geplaatst in een JeugdzorgPlus instelling omdat een open setting ontoereikend is gebleken. Jeugdigen blijken in de open setting onvoldoende begrensd te kunnen worden. Soms worden de kinderen in open instellingen niet geaccepteerd, omdat hun problematiek te groot is. Bovendien blijken zij veelvuldig weg te lopen. Ruim een derde van de jeugdigen wordt geplaatst in een JeugdzorgPlus instelling vanwege een onveilige situatie voor zichzelf of voor anderen.

Er kunnen meerdere redenen zijn voor plaatsing in een JeugdzorgPlus instelling. Hoewel er veel overeenkomsten zijn, zien we dat meisjes vaker dan jongens in een JeugdzorgPlus instelling worden geplaatst vanwege zorgen over loverboy problematiek en verstoorde seksuele ontwikkeling ($\chi^2(1) = 33,00, p = ,000$) en jongens vaker vanwege politiecontacten ($\chi^2(1) = 9,199, p = ,002$).

Tabel 5

Plaatsingsredenen van jongens en meisjes in JeugdzorgPlus instellingen

Plaatsingsreden	Jongens en meisjes % (n = 306)	Meisjes % (n = 160)	Jongens % (n = 146)	χ^2
Onveilige situatie	33,7	35,6	31,5	,58
Zorgen om loverboy/prostitutie /seksuele ontwikkeling	19,0	31,3	5,5	33,00***
Open setting is ontoereikend	53,3	53,8	52,7	,03
Schoolverzuim	8,5	7,5	9,6	,43
Drugs en alcohol	22,2	23,1	21,2	1,74
Ouders	13,7	11,3	16,4	,12
Politie	9,2	4,4	14,4	9,19**
Overig	5,9	3,8	8,2	2,75

Noot: *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

4.1.2 Risicofactoren

De dossiers zijn geanalyseerd met het meetinstrument waarin 57 risicofactoren zijn opgenomen, verdeeld in 11 domeinen: individu, middelenmisbruik, dagbesteding, internaliserend gedrag, externaliserend gedrag, ander probleemgedrag, aanwezigheid van trauma, seksueel misbruik, seksueel grensoverschrijdend gedrag, gezin en omgeving.

Uit de analyse blijkt dat er zowel bij meisjes als jongens sprake is van meervoudige problematiek. Er is sprake van een opeenstapeling van verschillende risicofactoren in verschillende domeinen (zie Bijlage 8.2). Bij meisjes worden significant meer risicofactoren gemeld in de domeinen omgeving, seksueel overschrijdend gedrag, seksueel misbruik, trauma, internaliserend gedrag en individu. Bij jongens is sprake van significant meer risicofactoren in het externaliserende domein en op het domein 'andere problematiek' (zie Bijlage 8.2). In de dossiers van meisjes worden gemiddeld meer risicofactoren vermeld dan in de jongensdossiers (29,21 ($SD = 5,94$) versus 26,87 ($SD = 5,05$)). Dit verschil is significant ($t(304) = -3,717$, $p < ,05$).

Sommige risicofactoren worden vaker bij meisjes genoemd, andere vaker bij jongens (zie Tabel 6 en Tabel 7). Bij meisjes wordt in de dossiers vaker een beneden gemiddeld IQ, seksueel misbruik, seksueel overschrijdend gedrag, automutilatie, depressieve gevoelens, suïcidaal zijn, paniek- en angstgevoelens, eetproblemen en hechtingsproblemen vermeld (Tabel 6). Jongens daarentegen laten meer problemen zien op het gebied van emotieregulatie, slechte zelfverzorging, antisociaal gedrag,

impulsiviteit, hyperactiviteit, roken, stelen, agressiviteit, meer politiecontacten en vaker geweld tegen gezinsleden (zie Tabel 7).

Tabel 6

Risicofactoren die bij meisjes vaker worden genoemd

Risicofactoren meisjes	χ^2
IQ<85	5,36*
Trauma	15,61***
Seksueel misbruik	53,24***
Seksueel overschrijdend gedrag	107,65***
Automutilatie	43,92***
Depressie	13,58***
Suicide	9,14**
Paniek-angst gevoelens	8,15**
Risicovolle (liefdes)relatie	114,03***
Eetproblemen	10,30**
Hechtingsproblemen	4,33*

Noot: *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

Tabel 7

Risicofactoren die bij jongens vaker worden genoemd

Risicofactoren jongens	χ^2
Agressief	12,59***
Emotieregulatie	5,55*
Slechte zelfverzorging	8,01**
Antisociaal	5,20*
Politiecontact	9,00**
Hyperactief	26,49***
Impulsief	15,82***
Roken	4,16*
Stelen	15,15***
Geweld tegen gezinsleden	12,97***

Noot: *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

De dossiers van 240 jeugdigen bevatten DSM-informatie. Bij 80,4 procent van de jeugdigen met een DSM-classificatie is sprake van co-morbiditeit; er worden twee of meer diagnoses vermeld.

Tabel 8

DSM-classificaties verdeeld naar geslacht

DSM	Jongens en meisjes % (n = 240)	Meisjes % (n = 118)	Jongens % (n = 122)	χ^2
ADHD	33,8	24,6	42,6	8,74**
ADD	2,5	2,5	2,5	,00
ODD	27,5	24,6	30,3	,99
Gedragsstoornis	22,9	22,9	23,0	,00
PTSS	18,0	27,1	9,8	11,46**
Autisme	16,8	8,5	25,4	12,52***
Ouder kind relatie	42,2	47,5	38,5	1,63
Hechting	13,9	18,6	9,8	3,61
Misbruik drugs	17,1	17,8	16,4	,08
Depressie	11,1	12,7	9,8	,43

Noot: *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

Tabel 8 laat zien dat er veel overeenkomende DSM-diagnoses zijn bij meisjes en jongens, maar er zijn ook verschillen. Bij meisjes is er significant vaker sprake van Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Bij jongens is er significant vaker sprake van ADHD en autisme spectrum stoornissen.

4.1.3 Beschermende factoren

In 207 dossiers (van de 306) is ten minste één beschermende factor, positieve eigenschap of kracht van de jeugdige genoemd. Dit geldt voor 65 procent van de meisjes ($n = 104$) en 70,5 procent van de jongens ($n = 103$). Zo is bijvoorbeeld beschreven dat de jongere leuk met de groepsgenoten kan omgaan, sportief is, een duidelijk toekomstperspectief heeft en zich hiervoor inzet. Er is vooral geschreven over de aanwezigheid van prosociale relaties (in 82,3 procent van de dossiers) en van sociale vaardigheden (43,5 procent van de dossiers). Alleen “goede houding, doorzettingsvermogen, motivatie” is significant vaker genoemd bij meisjes (zie Tabel 9). Het hebben van een hobby’s is vaker genoemd bij jongens.

Tabel 9

Protectieve factoren/krachten verdeeld naar geslacht

Protectieve factoren	Jongens en meisjes % (n = 207)	Meisjes % (n = 104)	Jongens % (n = 103)	χ^2
Sociale vaardigheden	43,5	47,1	39,8	1,12
Behulpzaam/zorgzaam	15,9	18,3	13,6	,84
Sportief	16,9	12,5	21,4	2,89
Humor	14,9	13,5	18,4	,96
Muzikaal/creatief	10,6	7,7	13,6	1,89
Hobby's	7,2	3,8	10,7	3,59 ⁺
Toekomstperspectief/doel	7,2	5,8	8,7	,68
Goede houding, doorzettingsvermogen, gemotiveerd	33,3	41,3	25,2	6,04 [*]
Werk	2,9	1,9	3,9	,71
Zelfstandigheid	2,9	3,8	1,9	,67
Prosociale relaties	82,3	84,6	79,8	,34

Noot: *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$ [†] $p < .05$ (eenzijdige toets)

4.1.4 Behoeften

Nee ik zie niet een echt een verschil tussen de behoeften van jongens en meisjes. Ik vind niet dat je dat sekse specifiek kan zeggen. Daarvoor heb je gewoon teveel verschillende soorten meisjes en jongens. Ik denk ook dat wij daarin geen specifiek verschil maken tussen jongens en meisjes, maar dat we vooral op maat kijken. Dus we kijken naar de persoon. En dan maakt het niet uit of het een jongen of meisje is. Dus je kijkt naar de persoon an sich en dan kijk je, wat sluit aan, wat past, hoe zit deze persoon in elkaar. Daar ga je naar kijken, en dan kan het natuurlijk interessant zijn om te weten dát het een meisje of een jongen is (Zorgmanager instelling D).

Als je gaat kijken naar het gedrag, dan zie je wel degelijk verschillen bij jongens en meisjes. Als het gaat om de agressie bijvoorbeeld, dan zie je dat dat bij jongens vaker voor komt als bij meiden. En bij meiden zie je natuurlijk meer de loverboy problematiek en de hele seksuele problematiek. En als je gaat kijken naar automutilatie en dat soort dingen, dan komt dat bij meiden meer voor en als je kijkt naar criminele activiteiten komt dat bij de jongens over het algemeen meer voor. Dus er zitten wel wat algemene lijnen in. Als je dan gaat kijken naar de aanpak probeer je natuurlijk vooral de aanpak aan te laten sluiten op de jongere zelf he. Dus dan ga je niet kijken van 'omdat het een meisje is, gaan we de zaak anders aanpakken'. (Behandelcoördinator instelling E).

Het tweede beginsel (*behoeftebeginssel*) van het RNR-model geeft aan dat een interventie gericht moet zijn op de veranderbare (dynamische) risicofactoren die direct samenhangen het probleemgedrag. In de voorgaande paragraaf hebben we kunnen zien dat de risicodomeinen en daarmee de behoeften voor jongens en meisjes deels hetzelfde zijn. Er zijn echter ook risicogebieden die nadrukkelijker gelden voor meisjes (zie Tabel 6) en andere voor jongens (zie Tabel 7). Uit de interviews met deskundigen komt naar voren dat zij geen ‘algemene meisjes behoeften’ of ‘algemene jongens behoeften’ herkennen. Toch worden er soms wel verschillen in behoeften van jongens en meisjes opgemerkt.

4.1.4.1 Behoeften van meisjes

Veiligheid

In alle interviews komt het onderwerp veiligheid naar voren. “Bij meisjes speelt er een ander gevoel van veiligheid” (behandelcoördinator instelling E). De veiligheid in JeugdzorgPlus instellingen wordt allereerst gewaarborgd door de geslotenheid. Meisjes kunnen minder makkelijk wegllopen, er is minder externe dreiging, ze gaan naar school en doen dagbesteding op het terrein. Daarnaast zijn de speciale meisjesgroepen ook ingericht op extra veiligheid. De meisjesgroepen worden wel omschreven als ‘meer strak’ en gecontroleerd. De afspraken om naar buiten te gaan en op verlof te mogen zijn strenger dan op andere gesloten groepen en wordt meer op toegezien. Ook worden er strenge afspraken gemaakt op het gebied van sociale media, mobiele telefoon- en internetgebruik. In instelling D bijvoorbeeld mogen de meisjes eerst helemaal geen sociale media gebruiken en daarna slechts in

beperkte mate. Volgens de instelling liggen daar grote risico's als het gaat om veiligheid. Voor de begeleiding is het moeilijk om de contacten via sociale media te controleren en risico's kunnen daardoor verborgen blijven. Om de veiligheid van de meisjes met loverboyproblematiek te waarborgen zijn er meestal ook extra contacten met de politie en team mensenhandel.

Vertrouwen

Jongens en meisjes hebben volgens de geïnterviewden behoefte aan vertrouwen. De jeugdigen in JeugdzorgPlus hebben vertrouwen nodig, want ze vertrouwen de hulpverlening vaak niet. De geïnterviewden geven aan dat jeugdigen behoefte hebben aan betrouwbare begeleiding. "Altijd je afspraken nakomen, zeggen waar je mee bezig bent, transparant werken en dingen met de jeugdigen bespreken" (behandelcoördinator instelling B). Pas als er vertrouwen is, kan er een werkrelatie ontstaan. De werkrelatie kan van invloed zijn op het motiveren van de jongere voor het volgen van het traject en eventuele therapieën. Vooral bij het werken aan trauma's speelt vertrouwen volgens de geïnterviewden een grote rol. Meisjes willen er vaak in de eerste instantie helemaal niet mee bezig zijn.

Trauma

In alle interviews komt naar voren dat (seksueel) trauma meer voor komt bij meisjes dan bij jongens. De respondenten geven aan dat het belangrijk is voor de begeleiding dat zij alert zijn op trauma en (mogelijk) slachtofferschap. In instelling A is trauma ingebed in het behandelprogramma en wordt standaard traumadiagnostiek gedaan. Het gaat niet alleen om het trauma daadwerkelijk behandelen maar ook bewust zijn van traumatisering. Hoe een meisje reageert valt soms te duiden vanuit en trauma en niet vanuit weerstand of zelfbepalend gedrag. Het gaat om het bewust zijn van dissociatie en herbelevingen.

Contact

Volgens de geïnterviewden is voor meisjes het contact met begeleiders belangrijk. Gezien worden, luisteren, begrip, contact en nabijheid zijn concepten die in alle interviews terugkomen. "Ze geven geen openheid aan de eerste de beste". De gedragswetenschapper van instelling A noemt dat gezien worden, erkend worden en gehoord worden in de dingen die de meisjes hebben meegemaakt de belangrijkste behoefte is van de meisjes. Er is behoefte aan begrip voor hun problematiek.

Vergroten van weerbaarheid

In de interviews komt naar voren dat de meisjes in JeugdzorgPlus erg beschadigd zijn en weinig eigenwaarde hebben. Ze zijn erg onzeker en vertrouwen niet op zichzelf. In alle meisjesgroepen ligt de

nadruk daarom op het vergoten van de weerbaarheid, zelfbeeld, het voelen en het aangeven van eigen grenzen. Het vergoten van de weerbaarheid wordt in de therapieën zoals Girlstalk en Psychomotore therapie (PMT) aangepakt, maar ook op de groep. In de interviews wordt duidelijk dat meisjes op de groep juist leren hun eigen grenzen aan te geven en te leren waar zij wel en geen hulp bij nodig hebben.

Zorgbehoefte

Meisjes doen een ander appel op de zorg. Deels heeft dat te maken met de problematiek. “Meisjes zijn sneller geneigd om te huilen, hebben meer lichamelijke klachten, er is vaker sprake van automutilatie en suïcide, dat vraagt om een andere aanpak. Dan ga je naar de huisarts of de verpleegkundige” (gedragswetenschapper instelling A). De zorgbehoefte van meisjes wordt door de geïnterviewden als groter ervaren dan bij jongens. Daarnaast hebben meisjes meer behoefte aan huiselijkheid. “Ze hebben meer behoefte aan knutselen, opmaken, cakejes bakken, spelletjes doen en sport” (groepsleider instelling C).

4.1.4.2 Behoeften van jongens

Uit de interviews met deskundigen blijkt dat zij bij jongens vaker externaliserend gedrag zien. Als gevolg daarvan wordt bij jongens de behoefte aan duidelijke grenzen en structuur genoemd. De aanpak richt zich volgens de geïnterviewden daarom vaker op emotieregulatie en agressieregulatie. Dit komt overeen met wat we in de dossiers terugzien bij de behandeldoelen (zie Paragraaf 4.2.1)

Ik denk dat een aantal jongens ook behoefte hebben aan trauma, relaties en jezelf leren kennen, maar zeker voor jongens staan er wel andere dingen op de voorgrond. Dat wil niet zeggen dat jongens helemaal geen hechtingsproblematiek hebben en dat jongens zich niet overschreeuwen. We hebben daar denk ik wel vaker te maken met emotieregulatie, agressieregulatie, dat soort dingen. En dat zijn met name de dingen die in het oog springen. Dus die je van buitenaf zonder er heel diep op in hoeft te gaan, die je dan ziet, dat staat meer op de voorgrond. (Groepsleider instelling C).

Meisjes hebben behoefte aan contact maken, het naast die jeugdigen staan en door het zichtbare gedrag heen kijken en niet repressief handelen. Maar: “hee wat is er nou toch?” En ik ga naast je zitten, en eh, we blijven net zo lang met je werken, in gesprek, tot dat het helder is. En wat je veel ziet bij de jongens met andere problematiek, is dat veel meer op het externaliserende gedrag. Ja daar wordt veel meer dat externaliserende gedrag afgekapt, of begrensd, middels een time out of een kamerplaatsing. Ook omdat het vaak heel heftig is, waardoor je veel moeilijker het contact kan maken zodat jongeren ook een kwetsbare kant kan laten zien (Gedragswetenschapper instelling A).

4.2 Verschillen de behandelplannen tussen meisjes en jongens?

4.2.1 Behandeldoelen

Van 297 jeugdigen ($n = 153$ meisjes; $n = 144$ jongens) is het behandelplan bekend, van negen jeugdigen (nog) niet. Eén meisje is direct uit de instelling weggelopen en uitgeschreven. In sommige gevallen is er geen behandelplan vanwege een korte plaatsing of overplaatsing naar een andere instelling. Gemiddeld zijn voor jeugdigen zo'n 5 behandeldoelen opgesteld ($M = 5.4$, $SD = 2.12$). Er zijn nauwelijks verschillen tussen meisjes en jongens ($M_{\text{meisjes}} = 5.43$, $SD = 2.12$; $M_{\text{jongens}} = 5.30$, $SD = 2.04$; $t(304) = .97$, $p = .334$). In Tabel 10 is te zien dat de behandeldoelen van jongens significant vaker dan de behandeldoelen van meisjes gaan over omgaan met gezag, het volgen van onderwijs en het werken aan drank- en drugsgebruik (verslaving) en het duidelijk krijgen van een toekomstperspectief. Bij meisjes gaan de behandeldoelen vaker dan bij jongens over het vergoten van weerbaarheid, het werken aan het zelfbeeld en seksualiteit.

Tabel 10

Behandeldoelen van jongens en meisjes in JeugdzorgPlus instellingen

Behandeldoel	Jongens en meisjes % ($n = 306$)	Meisjes % ($n = 160$)	Jongens % ($n = 146$)	χ^2
Gezag	56,2	49,4	63,7	6,36*
Emotieregulatie	60,5	58,1	63,0	,76
Trauma	17,0	19,4	14,4	1,35
Onderwijs	37,6	30,0	45,9	8,22**
Vrienden	20,9	23,8	17,8	1,63
Dagbesteding	39,2	35,6	43,2	1,81
Ouders	53,9	55,0	52,9	,16
Weerbaarheid	18,3	25,6	10,3	12,03**
Zelfbeeld	23,9	30,6	16,4	8,46**
Verslaving	23,5	16,9	30,8	8,25**
Seksualiteit	9,8	15,0	4,1	10,24**
Toekomstperspectief	19,6	13,1	26,7	8,94**
Vaardigheden en psycho-educatie	46,2	43,1	49,7	1,31
Zelfstandigheid	16,0	16,3	15,8	,01
Overig	16,7	23,8	9,0	11,94**

Noot: *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$. Onder overig vallen het opbouwen van een werkrelatie, opzetten van bezoek- en contactregeling, versterken van behandelmotivatie etc.).

4.2.2 Aanvullende interventies

In de behandelplannen van bijna alle jongeren (96%) is een aanvullende interventie geïndiceerd ($n = 285$). Er werden gemiddeld 3,18 aanvullende therapieën/trainingen ($SD = 1,67$) genoemd in het behandelplan. In Tabel 11 is te zien dat in 60,7 procent van de gevallen wordt gestart met therapie of begeleiding gericht op het gezin. Daarnaast wordt er vaak vaktherapie gegeven (41,8%).

We zien dat jongens significant vaker dan meisjes agressieregulatie training krijgen evenals een interventie gericht op verslaving. Meisjes krijgen significant vaker dan jongens traumatherapie en een interventie gericht op seksualiteit.

Tabel 11

Overzicht aanvullende interventies

Aanvullende interventies	Jongens en meisjes % ($N = 285$)	Meisjes % ($n = 145$)	Jongens % ($n = 140$)	χ^2
Agressieregulatietraining	17,9	13,1	22,9	5,54*
Emotieregulatietraining	7,0	7,6	6,4	,06
Sociale vaardigheidstraining	8,4	8,3	8,6	,05
Cognitieve gedragstherapie	13,3	15,2	11,4	,55
Psycho-educatie	14,4	12,4	16,4	1,33
Vaktherapie	41,8	46,2	37,1	1,26
Traumatherapie	17,5	23,4	11,4	5,914*
Seksualiteit interventie	18,2	31,7	4,3	32,86***
Weerbaarheidstraining	8,1	9,6	6,4	,73
Gezinstherapie	60,7	57,9	63,6	2,22
Verslavingszorg	18,6	14,5	22,9	4,12*
Overig	34,7	37,9	31,4	,63

Noot: *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$ Onder vaktherapie vallen ook creatieve-, drama-, beeld-, dans-, muziek-, psychomotore-, paarden-, spel-, non-verbale-, en hondentherapie. Onder gezinstherapie vallen ook contextuele therapie, MDFT, FFT en gezinsbegeleiding. Onder overig vallen de therapieën: Power, Way of Life, psychosociale therapie, schematherapie, dialectische gedragstherapie, Work Wise, voorlichting over sociale media, themalessen over diverse onderwerpen.

4.2.3 Nazorg

In 282 dossiers is informatie te vinden over de plannen na plaatsing (zie Tabel 12). De meesten jongeren gaan na de plaatsing terug naar huis (45,4%) of naar een vervolgvoorziening (44,7%). Voor jongens is er echter significant vaker een vervolgvoorziening voorzien dan bij meisjes. Een vervolgvoorziening kan een open behandelgroep zijn, een Regionale Instelling voor Beschermd Woonvormen (RIBW), een fasehuis, een zorgboerderij en dergelijke.

Tabel 12

Zorg na verblijf in de instelling (gepland)

Nazorg	Jongens & Meisjes % (n = 282)	Meisjes % (n = 148)	Jongens % (n = 134)	χ^2
Terug naar huis (ouders)	45,5	48,6	41,8	1,33
Zelfstandig wonen	5,3	6,8	3,7	1,28
Vervolgvoorziening	44,7	38,5	51,5	4,79*
Gezinshuis/pleeggezin	4,3	5,4	3,0	1,01

Noot: *: $p < .05$.

4.3 Aansluiting diagnostiek, advies en besluitvorming bij behandelplan (RNR)

Bij iedere jeugdige is nagegaan hoe diagnostiek, advies en besluitvorming aansluiten bij de informatie over het behandelplan. Dat is gedaan door bij elk behandeldoel of in te zetten (aanvullende) interventie(s) na te gaan of deze aansluiten op de risicofactoren genoemd in het dossier. We spreken hier van de mate waarin volgens de RNR-principes wordt gewerkt (zie Tabel 13).

Tabel 13

Werken volgens RNR-principes

RNR	Jongens & Meisjes % (N = 306)	Meisjes % (n = 160)	Jongens % (n = 146)
Ja	42,8	36,9	49,3
Nee	46,7	52,5	40,4
Onvoldoende informatie	10,5	10,6	10,3

Noot. $\chi^2(2) = 5.16, p = 0.07$; z scores laten zien dat meisjes en jongens mogelijk iets verschillen in de mate waarin RNR gewerkt wordt

In ruim 40 procent van de gevallen is *volledig* aangesloten bij *alle risicofactoren* van de jeugdige, in ruim 46 procent niet. Bij iets meer dan 10 procent van de gevallen ontbreekt belangrijke informatie over diagnostiek en risicofactoren, dan wel is er geen informatie over behandeldoelen en behandelplan. Bij meisjes wordt minder vaak volgens de RNR-principes gewerkt dan bij jongens (zie Tabel 13).

Aanvullende informatie over de aansluiting tussen diagnostiek, besluitvorming, advies en behandeling is verkregen uit de interviews met deskundigen en medewerkers van de verschillende instellingen. Er kan onderscheid worden gemaakt in algemene procedures (hoe het hoort) en praktische procedures (hoe het gaat).

4.3.1 Algemene procedures

Voor plaatsing in JeugdzorgPlus is altijd een machtiging van de kinderrechter nodig. Bij de aanvraag voor de machtiging moet een instemmingsverklaring van een gekwalificeerde onafhankelijke gedragswetenschapper worden gevoegd. Met de komst van de Jeugdwet kan een dergelijk verzoek afkomstig zijn van het college van B&W van de gemeente, een gecertificeerde instelling, Jeugdbescherming, de Raad voor de Kinderbescherming of de officier van justitie.⁵ Het is de taak van de gekwalificeerde gedragswetenschapper om op basis van onderzoek, bestaande uit dossieronderzoek en een gesprek met de jongere, te concluderen of gesloten opvang voor de jongere al dan niet noodzakelijk is.

In principe komen jeugdigen binnen op een observatie en stabilisatie groep, waar zo nodig aanvullende diagnostiek wordt uitgevoerd. Op de groep wordt geobserveerd door pedagogische medewerkers en ook door docenten op school. Er wordt onderzocht waar de jongere behoefte aan heeft. Als er al meer over het kind bekend is kunnen jeugdigen met specifieke problematiek ook meteen op een specifieke groep worden geplaatst.

Meestal wordt er bij aanmelding al een richting gegeven door Jeugdbescherming, vaak een advies. Wij krijgen dan de vraag: Is het passend hier? Ik (gedragswetenschapper) besluit dan samen met de plaatsingsfunctionaris of het passend is voor deze locatie. Als er signalen zijn van afhankelijkheidsrelaties, seksueel misbruik, kwetsbaarheid of loverboyproblematiek komen meisjes meteen binnen op de meisjeslocatie (Gedragswetenschapper instelling A).

Uiterlijk zes weken na plaatsing moet de instelling een behandelplan hebben opgesteld. De bedoeling is dat iedere jongere een trajectplan krijgt dat op zijn of haar situatie is toegesneden. De aard en ernst van de problematiek en de geformuleerde trajectdoelen zijn bepalend voor zorg en onderwijs die

⁵ De juridische procedure staat in de artikelen 6.1.2. en 6.1.3 en 6.1.4 Jeugdwet.

geboden worden. De behandelcoördinator, het behandelteam, de mentor, maatschappelijk werk, de leerkracht, de gezinsvoogd of ouders, en de jeugdige zelf worden betrokken bij het opstellen van het behandelplan. In de meeste gevallen vindt er een Multidisciplinair overleg (MDO) plaats.

Het is de bedoeling dat het hulpverleningsplan is toegespitst op de behoefte van de jongere; het vormt de basis voor het verlenen van hulp. De ontwikkeling en behandeling van de jeugdige wordt regelmatig tussentijds geëvalueerd en besproken. Als een jeugdige op een bepaalde groep niet goed functioneert kan hij of zij in overleg bijvoorbeeld overgeplaatst worden naar een andere groep.

We denken natuurlijk altijd vanuit de diagnose dus bijvoorbeeld bij LVB dan weet je wel een beetje wat werkend is, maar soms zet je ook een aanpak in waar in de praktijk blijkt dat het niet werkt. Je kan niet meteen overal de goede insteek maken en het is soms ook gewoon een zoektocht en dan is het een doolhof en dan loop je dood, een paar keer moet je terug. En je merkt het aan het gedrag, dit is een meisje dat zo zelfbepalend is, die heeft echt grenzen nodig, en bij een ander merk je van oh dat is een meisje dat eigenlijk niks loslaat, daar moeten we echt heel erg juist op contact gaan zitten en juist die extra momenten in gaan lassen, dus wat je ziet op de groep is ook belangrijk (Behandelcoördinator instelling D).

4.3.2 Praktische adviezen en besluitvorming

Praktische zaken spelen ook een rol bij de besluitvorming die ten grondslag ligt aan het behandelplan. Jeugdzorg heeft de afgelopen jaren met forse bezuinigen te maken gehad waardoor een deel van het aanbod is wegbezuinigd en er lange wachtlijsten zijn ontstaan bij andere therapieën. Lange wachtlijsten worden als reden genoemd om een behandeling niet in te zetten.

Bijvoorbeeld gezinsmaatschappelijk werk, die zou je eigenlijk bij elke casus wel willen indiceren alleen dat kan gewoon niet, want dan worden de wachtlijsten veel te lang en komen we daar niet meer aan toe. Dat geldt eigenlijk ook wel voor drugsconsulent, bijna elke jongere die hier zit heeft wel iets van drugsproblematiek. Voorheen hadden we ook vak therapie zoals PMT en muziektherapie, dat zijn eigenlijk wel mooie aanvullende therapieën, maar die zijn allemaal wegbezuinigd (Behandelcoördinator instelling B).

Een ander belangrijke factor die van invloed is op de besluitvorming rond het behandelplan is de duur van de machtiging. In alle interviews komt naar voren dat de machtigingen vaak van korte duur zijn en er besloten moet worden om wel of geen aanvullende behandeling in te zetten. Door lange wachtlijsten en beperkte beschikbaarheid van specifieke therapeuten heeft het vaak geen zin om een aanvullende behandeling te starten binnen een machtiging van drie maanden. De wachttijden kunnen soms wel vier maanden zijn, terwijl de machtiging maar drie maanden geldig is.

Wat ik belangrijk vind, is dat we hier meer de tijd krijgen, omdat dit zo'n specifieke doelgroep is en we een specifieke locatie zijn. Hetgeen wat meisjes nodig hebben, maar jongens trouwens ook, is tijd. We hebben tijd nodig om te behandelen, maar ook om de onderliggende problematiek aan te mogen raken en aan te kunnen werken. De gesloten jeugdzorg moet nu zo kort mogelijk, dus 3 maanden maximaal. Machtigingen worden maar voor korte duur afgegeven, maar dat is enorm belemmerend als je eerst nog een werkrelatie moet aangaan (Gedragswetenschapper instelling A).

Voorheen zag je een duidelijk verschil tussen de meisjes op de meisjesgroep en de gemengde groep, want toen was het echt dat de meisjes die op de meisjesgroep zaten echt de meisjes waren met de loverboy problematiek, prostitutie, dat allemaal. Nu zie je dat er best wel weinig van dat soort meisjes aangemeld worden, dus dat ook de 'straatschoffies', die eigenlijk ook op een gemengde groep zouden kunnen, snel bij de meisjes geplaatst worden omdat die meisjesgroep gewoon vol moet (Groepsbehandelaar instelling E).

In meerdere interviews is naar voren gekomen dat instellingen het gevoel hebben dat de problematiek van de geplaatste jeugdigen ernstiger wordt en het moeilijker wordt om aanvullende interventies aan te bieden. Ook de doorstroom naar GGZ is lastig, waardoor er een grote groep kinderen in JeugdzorgPlus zit die moeilijk te behandelen zijn.

De GGZ stuurt ze allemaal hiernaartoe, dat is wel een beetje een rare zaak. Als het gedragsmatig wat moeilijk is, stuurt de GGZ ze allemaal (terug) hierheen. Dan zegt de GGZ: "ze zijn nog niet toe aan behandeling en het gedragsmatige component prevaleert. Er moet eerst gewerkt worden aan stabilisatie". Er gaan ook jongeren vanuit ons naar de GGZ toe, maar die stroom is minder dan andersom. Kijk wij hebben vanuit JeugdzorgPlus eigenlijk geen mogelijkheden om jongeren te weigeren. Wij kunnen ze niet weigeren vanwege de rechtelijke titel (Behandelcoördinator instelling E).

Neem nu bijvoorbeeld bij mijn mentorkind. Die kwam binnen met 3 maanden en die heeft hier uiteindelijk 9 maanden gezeten. Er werd ook gewoon gezegd "ze blijft hier maar 3 maanden en dat is om te stabiliseren". Toen is er dus in het 1e gesprek gezegd van, ja dan starten we ook geen behandeling, want het traject zou daarna verder gaan in Maastricht. Het heeft dan geen zin om een therapie te laten lopen, ook vanwege de afstand later. Uiteindelijk bepaald de rechter dat 3 maanden niet genoeg geweest is, dus ze kreeg er weer 3 maanden bij en daarna nog 3 maanden, maar in 3 maanden denk je niet, ik ga iets opstarten. Daar heb je langer voor nodig. Maar ja vervolgens heeft ze wel die 2x 3 maanden gekregen, dus dan heb je 9 maanden. Ja als wij dat van tevoren hadden geweten hadden we veel meer kunnen bereiken en ook willen bereiken! (Behandelcoördinator instelling D).

4.4 Genderspecificiteit van de behandelplannen

4.4.1 Mate van genderspecifiek werken

Voor iedere jeugdige is op grond van de informatie beschikbaar uit de dossiers nagegaan of er in de besluitvorming rondom behandeldoelen en het inzetten van interventies in *enige* mate rekening is gehouden met geslacht (en de daarbij horende risico's en problematiek). Daartoe is voor iedere jeugdige op grond van de dossiers nagegaan in hoeverre er genderspecifiek gewerkt is (zie Tabel 14). Uit Tabel 14 blijkt dat in ruim 70 procent van de dossiers aanwijzingen zijn dat er in de behandeling rekening is gehouden met het geslacht van de respondent. De mate van genderspecifiek werken lijkt niet te verschillen voor jongens en meisjes.

Tabel 14

Mate van genderspecifiek (GS) van de behandelplannen

GS	Jongens en Meisjes % (N = 306)	Meisjes % (n = 160)	Jongens % (n = 146)
Ja	70,3	68,8	71,9
Nee	19,9	20,6	19,2
Geen informatie	9,8	10,6	8,9

Noot. $\chi^2(2) = 0.42, p = 0.81$

4.4.2 De relatie tussen RNR- en genderspecifiek werken

Vervolgens is nagegaan hoe het werken volgens RNR-principes zich verhoudt tot het werken volgens genderspecifiek werken – zo kan bijvoorbeeld geïdentificeerd worden in hoeveel gevallen zowel RNR als genderspecifiek wordt gewerkt, of in beide gevallen niet (zie Tabel 15).

Tabel 15

Verhouding GS- en RNR

	RNR	Ja %	Nee %	Geen informatie %
GS				
Ja		36,9	33,0	0,3
Nee		5,9	13,7	0,3
Geen informatie		0,0	0,0	9,8

Noot. N = 306; $\chi^2(4) = 295.622, p < .0001$

In Tabel 15 is te zien dat bij bijna 37 procent van de jongeren zowel volgens RNR-principes wordt gewerkt als met aandacht voor genderspecificiteit. In ruim 13 procent van de gevallen wordt niet genderspecifiek én niet volgens de RNR-principes gewerkt. In zes procent van de gevallen wordt wel gewerkt volgens de RNR-principes, maar wordt gender in de behandeling buiten beschouwing gelaten. In 33 procent van de dossiers wordt (vooral) rekening gehouden met gender, maar lijkt de behandeling niet geheel aan te sluiten bij de vastgestelde risicofactoren.

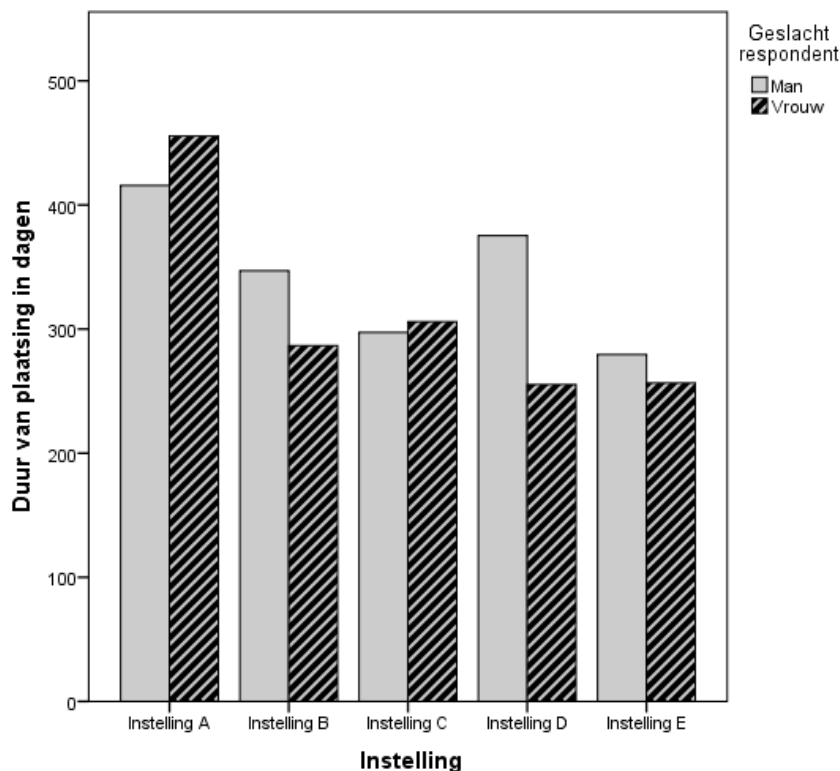
4.5 RNR en genderspecificiteit in relatie met duur en afname van problematiek

4.5.1 Duur van de behandeling

De jeugdigen met een afgerond traject ($n = 258$) verbleven gemiddeld 325 dagen in de JeugdzorgPlus instelling ($SD = 212,93$; range = 7 - 1422). Het traject voor jongens duurt gemiddeld langer, namelijk 339 dagen, dan de trajecten van meisjes. Meisjes verblijven gemiddeld 313 dagen in de JeugdzorgPlus instelling, dit verschil is echter niet significant. De duur van een traject verschilt wel significant per instelling en geslacht. De verblijfsduur van jongens in de verschillende instellingen verschilt niet significant van elkaar $F(4,119) = 1,912$ $p = 0,113$. De verblijfsduur van meisjes in de verschillende instellingen verschilt wel significant van elkaar. $F(4,129) = 4,107$ $p < .05$. Een post hoc test (bonferroni) laat zien dat meisjes in instelling A significant langer verblijven in vergelijking met meisjes uit instelling D en E ($p < .05$). Zie Afbeelding 3.

Afbeelding 3

Gemiddelde duur van de behandeling per instelling per geslacht



Het grootste deel van de jeugdigen (61,8%) heeft de behandeling op reguliere wijze afgerond. In 13,4% van de gevallen verlieten de jeugdigen de instelling omdat hun machtiging afliep, bijvoorbeeld omdat ze de leeftijd van 18 jaar hadden bereikt. Bij 7,5% van de jeugdigen werd de behandeling voortijdig afgebroken. Meisjes verlaten de instellingen significant vaker voortijdig dan jongens ($\chi^2(1) = 8,639, p < .05$). Als er wordt gekeken naar de redenen waarom deze trajecten voortijdig zijn afgebroken, zien we dat meisjes vaak langer dan 14 dagen wegbleven uit de instelling. Als jeugdigen wegelopen uit een JeugdzorgPlus instelling wordt hun plaats 14 dagen voor hen opgehouden. Als zij niet binnen 14 dagen terug keren wordt de plaats beschikbaar gesteld voor een andere jeugdige en wordt het traject voortijdig afgebroken.

4.5.2 Resultaat van de behandeling: afname van de problematiek?

Om iets te kunnen zeggen over het resultaat van de behandeling zijn gegevens uit de Monitor gebruikt. Voor 167 jeugdigen ($n_{\text{jongens}}=82$; $n_{\text{meisjes}}=85$) uit de in dit onderzoek gebruikte steekproef zijn voor zowel de aanvang van het traject (T_1) als bij beëindiging van het traject (T_2) gegevens beschikbaar over de aard van de problematiek zoals gemeten met de Cap-J (zie Bijlage 8.3). Het blijkt dat de meeste probleemgebieden bij zowel jongens als meisjes gemiddeld genomen op T_2 minder worden vastgesteld dan op T_1 .

Wel blijkt dat bij meer dan de helft van de meisjes ook op T₂ (einde verblijf) nog problemen op verschillende gebieden worden vastgesteld; emotionele problemen (52,3%), gedragsproblemen (54,7%), problemen in de persoonlijkheidsontwikkeling (52,3%), overige psychosociale problemen (52,3%). Bij 70,9 procent van de meisjes is er op T₂ nog steeds sprake van ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding en bij 66,3 procent van de meisjes worden bij het einde van het verblijf nog steeds problemen met relaties, vrienden en sociaal netwerk vastgesteld.

Ook bij jongens worden op T₂ nog veel gedragsproblemen vastgesteld (72,8%). Er zijn dus een aantal gebieden waar het verblijf in JeugdzorgPlus geen invloed op lijkt te hebben. Zo verandert er op het gebied van lichamelijke ziektes, aandoeningen of handicaps bij zowel jongens en meisjes niets en blijft voor meisjes ook het aantal lichamelijke klachten, de lichamelijke gezondheid, problemen in de cognitieve ontwikkeling en problemen van een ander gezinslid gelijk. Een aantal probleemgebieden worden vaker vastgesteld op T₂ ten opzichte van T₁; gebrekkige zelfverzorging en zelf hygiëne bij jongens en problemen in omstandigheden gezin en overige problemen van gezin bij meisjes.

Voor 89 jeugdigen ($n_{\text{jongens}}=46$; $n_{\text{meisjes}}=43$) uit de in dit onderzoek gebruikte steekproef zijn zowel gegevens bekend over de *ernst* van de problematiek bij aanvang van het traject (T₁) als bij het einde van het traject (T₂), zoals vastgesteld met de CBCL. Er is in de analyses gebruik gemaakt van de verschillen op de totaalscore van de CBCL. Er is nagegaan bij hoeveel jeugdigen sprake is van een afname, toename of gelijk blijven van de ernst van de gedragsproblematiek (zie Tabel 16).

Tabel 16

Verandering in problematiek T₁-T₂ – CBCL-totaal

	Jongens en meisjes % ($n = 89$)	Meisjes % ($n = 43$)	Jongens% ($n = 46$)
CBCL totaal			
Afname	46,1	44,2	47,8
Toename	31,5	25,6	37,0
Geen verschil	22,5	30,2	15,2

Noot. $\chi^2(2) = 3.21$, $p = 0.21$

Tabel 16 laat zien dat in ruim 46 procent van de gevallen een afname van de problematiek wordt vastgesteld, bij 31,5 procent lijkt er sprake van een toename van de problematiek en in ruim 22 procent van de gevallen is er geen verschil. Er is geen significant verschil tussen jongens en meisjes.

4.5.3. Relatie tussen de manier van werken en afname problematiek

Allereerst is er gekeken of een aantal individuele kenmerken, de hoeveelheid risicofactoren bij aanvang, het jaar van plaatsing, de instelling én het al dan niet anderszins specifiek of RNR-werken een relatie hebben met de *duur* van de behandeling (in dagen). De resultaten van de lineaire regressieanalyse zijn weergegeven in Tabel 8.4 (zie Bijlagen).

Geslacht blijkt, net als het jaar van plaatsing en de leeftijd van plaatsing, een significante voorspeller van de duur van het traject. Meisjes verblijven meestal korter in de instelling, jeugdigen die in latere jaren (2012-2016) zijn geplaatst verblijven meestal korter in de instelling en hoe ouder een jeugdige is bij plaatsing, hoe korter hij of zij in de instelling verblijft. Instelling A lijkt (zelfs na het verwijderen van uitbijters met extreem lange plaatsingen) nog steeds wat langere trajecten te hanteren dan andere instellingen. Er wordt geen relatie gevonden tussen eerdere plaatsing in een JeugdzorgPlus instelling en de duur van het verblijf. Wel is het totaalaantal aanwezige risicofactoren bij aanvang gerelateerd aan de duur van het verblijf in de zin dat een groter aantal risicofactoren (zelfs met controleren voor allerlei individuele- en instellingskenmerken) samenhangt met een langere duur van het verblijf.

Het anderszins specifiek werken blijkt, ook na controle voor individuele en instellingskenmerken, gerelateerd aan de duur van het traject: hoe meer anderszins specifiek er gewerkt wordt, des te langer de duur van het traject. Voorts blijkt dat het werken met de RNR-principes duidelijk gerelateerd is aan een langere trajectduur van jeugdigen.

Er is ook onderzocht of (gecontroleerd voor de problematiek bij aanvang) individuele, instellings- en verblijfskenmerken een relatie hebben met de ernst van de problematiek bij vertrek. Tabel 8.5 (zie Bijlagen) laat het resultaat van deze analyses zien. Uit de analyses blijkt dat er een duidelijk verband is tussen de ernst van de problematiek bij aanvang en uitstroom. Achtergrond kenmerken van de jeugdige, plaatsingskenmerken, en instellingskenmerken voorspellen dus niet de ernst van de problematiek op het moment van uitstroom uit de instelling.

Omdat *afname* van problematiek het beoogde resultaat is van een JeugdzorgPlus opname is er nog een derde analyse uitgevoerd. Zie Tabel 8.6 in de bijlagen. Met behulp van een logistische regressieanalyse is voorspeld of respondenten al dan niet tot de groep behoren die afneemt in de totale problematiek gemeten met de CBCL op basis van een aantal predictoren. Omdat er maar voor weinig jeugdigen de problematiek op T₂ bekend is ($n = 89$), moeten deze resultaten als exploratief worden beschouwd en dus met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Uit de analyse blijkt dat jeugdigen met een hogere plaatsingsleeftijd een kleinere kans hebben op afname van de problematiek. Er is geen relatie met de duur van de plaatsing op de afname van de problematiek. Het lijkt erop dat het werken volgens RNR-principes de kans op een afname van de

problematiek vergroten. Ook lijkt een eerdere plaatsing in JeugdzorgPlus de kans te vergroten op een vastgestelde afname op de CBCL T₂. Er lijken geen instellings- of plaatsingskenmerken gerelateerd te zijn aan een afname in problematiek.

4.6 Verschillen in genderspecificiteit en werken volgens RNR-principes per instelling

4.6.1 Genderspecifiek werken per instelling

In Tabel 17 is te zien dat alle instellingen in minimaal de helft van de gevallen op enige wijze rekening houden met het geslacht van de jeugdige bij het vaststellen van behandeldoelen en het indiceren van (aanvullende) interventies. Instellingen verschillen in de mate van genderspecifiek werken ($\chi^2(8) = 22,57, p < .01$), waarbij we zien dat instelling E meer genderspecifiek werkt dan de andere instellingen.

Tabel 17

GS– werken per instelling

GS	A % (n = 61)	B % (n = 67)	C % (n = 60)	D % (n = 58)	E % (n = 60)
Ja	65,6	70,1	58,3	65,5	91,7
Nee	23,0	16,4	33,3	22,4	5,0
Geen informatie	11,5	13,4	8,3	12,1	3,3

Noot. N = 306; $\chi^2(8) = 22,57, p < .01$; er zijn aanwijzingen dat instelling E meer GS werkt (z-prob $p < .05$).

4.6.2 Werken volgens de RNR-principes per instelling

Zoals eerder aangegeven wordt in dit onderzoek pas geconcludeerd dat een behandelplan voldoet aan de RNR-principes als voor *alle* risicofactoren een passende behandeling wordt ingezet of behandeldoel wordt geformuleerd. In Tabel 18 wordt hiervan een overzicht gegeven per instelling. In alle instellingen wordt in ongeveer de helft van de gevallen (43 tot 55,7%) niet volledig RNR gewerkt, maar er zijn wel verschillen ($\chi^2(8) = 16,82, p < .05$) tussen instellingen; dat wil zeggen in instelling A wordt iets minder volgens RNR gewerkt dan in de andere instellingen.

Tabel 18

RNR- werken per instelling

RNR	A % (n = 61)	B % (n = 67)	C % (n = 60)	D % (n = 58)	E % (n = 60)
Ja	32.8	38.8	36.7	44.8	61.7
Nee	55.7	44.8	55.0	43.1	35.0
Geen informatie	11.5	16.4	8.3	12.1	3.3

Noot. N = 306; $\chi^2(8) = 16,82$, $p < .05$; er zijn aanwijzingen dat instelling A minder vaak "Ja" scoort op RNR dan instelling E-werken (z-prob – $p < .05$)

6. Discussie

Er is tot op heden nog weinig bekend over verschillende behandelbehoeften van jongens en meisjes in JeugdzorgPlus instellingen. Het is goeddeels onbekend of meisjes en jongens eenzelfde behandeling krijgen, of dat er op basis van geslacht dan wel specifieke problematiek gedifferentieerd wordt in de besluitvorming rondom de behandeling in JeugdzorgPlus instellingen.

Onderzocht is of er verschillen zijn tussen jongens en meisjes ten aanzien van verwijsoeden, risicofactoren, beschermende factoren en behoeften. Meer dan de helft van de jeugdigen wordt geplaatst in een JeugdzorgPlus instelling omdat een open setting ontoereikend is gebleken of wordt geacht; er is sprake van een onveilige situatie voor zichzelf of anderen, of van overmatig drank- en drugsgebruik. Hoewel jongens en meisjes vaak om dezelfde redenen in JeugdzorgPlus worden geplaatst, laat dit onderzoek zien dat meisjes vaker dan jongens worden geplaatst vanwege zorgen over loverboy problematiek en verstoorde seksuele ontwikkeling, en jongens vaker vanwege politiecontacten.

6.1 Risicofactoren

In dit onderzoek is gekeken naar het verschil in risicofactoren bij jongens en meisjes, zoals vermeld in de dossiers uit de betrokken instellingen. Bij zowel meisjes als jongens is sprake van een opeenstapeling van verschillende risicofactoren in verschillende domeinen. Dit komt overeen met de onderzoeken van Nijhof et al., (2010), Harder (2011) en Van Dam et al. (2010). Er is sprake van meervoudige problematiek. Ook worden er in de dossiers van meisjes meer risicofactoren genoemd dan in de dossiers van jongens.

Sommige risicofactoren worden vaker bij meisjes genoemd dan bij jongens. Bij meisjes lijkt vaker sprake van een beneden gemiddeld IQ, seksueel misbruik, seksueel overschrijdend gedrag, automutilatie, depressieve gevoelens, suïcidaal zijn, paniek- en angstgevoelens, eetproblemen en hechtingsproblemen dan bij jongens. Jongens daarentegen laten – volgens de dossiers – meer problemen zien op het gebied van emotieregulatie, slechte zelfverzorging, antisociaal gedrag, impulsiviteit, hyperactiviteit, roken, stelen, agressiviteit, meer politiecontacten en vaker geweld tegen gezinsleden.

6.2 Beschermende factoren

Tot voor kort was de aandacht van beleid en praktijk vooral gericht op het voorkomen en verminderen van risicofactoren in de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen. Dit is geleidelijk verschoven naar meer aandacht voor beschermende factoren in het leven van jeugdigen om zo een positieve ontwikkeling te

bevorderen (Ince, Van Yperen, & Valkestijn, 2013). In de dossiers worden echter weinig beschermende factoren genoemd. Ook in de Monitor JeugdzorgPlus wordt geen informatie verzameld over beschermende factoren. Dit alles betekent overigens niet dat er op de groep geen prosociale eigenschappen worden gesignaleerd of benoemd. Structurele aandacht voor beschermende factoren is wel belangrijk, temeer de literatuur laat zien dat een cumulatie van beschermende factoren probleemgedrag kan voorkomen of beperken (Hartman et al., 2008).

6.3 Behoeften

Onderzocht is of er verschillen zijn in de behandelplannen van jongens en meisjes. Van de meeste jeugdigen ($n = 297$) was een behandelplan bekend en waren er per jeugdige ongeveer vijf behandeldoelen opgesteld. Bij jongens en meisjes worden veel dezelfde behandeldoelen opgesteld (verbeteren van emotieregulatie (60,5%), leren omgaan met gezag (56,2%), doelen met betrekking tot het gezin en ouders (53,9%), het aanleren van vaardigheden (46,2%) en het hebben van een dagbesteding (39,2%)). Er zijn echter ook verschillen. Bij meisjes gaan de behandeldoelen vaker over het vergoten van weerbaarheid, het werken aan het zelfbeeld, seksualiteit. De behandeldoelen van jongens betreffen significant vaker omgaan met gezag, het volgen van onderwijs, het werken aan drank- en drugsgebruik (verslaving) en het duidelijk krijgen van een toekomstperspectief.

6.4 Genderspecificiteit

In dit onderzoek vinden we een aantal verschillen in de problematiek tussen jongens en meisjes. Deze bevindingen bevestigen het beeld van jongens met externaliserende problematiek en meisjes met internaliserende problematiek. We kunnen echter niet uitsluiten dat er in bepaalde mate sprake is van een zogenaamde confirmation bias (zie bijvoorbeeld: Baynes-Dunning & Worthington, 2013; Dornfeld & Kruttschnitt, 1992; Weijers & Krabbendam, 2008): medewerkers zijn mogelijk getraind naar het beeld van deze bestaande genderverschillen, dit beïnvloedt wellicht de manier van rapporteren over jongens en meisjes. In JeugdzorgPlus instellingen is sprake van een toenemende focus op meisjes. Alle betrokken instellingen hebben een genderspecifiek aanbod en vooral bij meisjes zijn de hulpverleners zich bewust van mogelijke onderliggende problematiek zoals trauma en misbruik. Hoewel veelal van dit genderspecifieke onderscheid in problematiek wordt uitgegaan, kan – ook niet op grond van de onderzoeksresultaten – worden uitgesloten dat aan de externaliserende problematiek van jongens dezelfde onderliggende problematiek ten grondslag ligt als bij meisjes.

6.5 Afname van de problematiek

Afname van problematiek kan worden gezien als een belangrijke aanwijzing voor effectiviteit van de hulp. Er zijn aanwijzingen dat er resultaten worden geboekt, tegelijkertijd mag van de behandeling in het kader van JeugdzorgPlus niet zomaar verwacht worden dat probleemgedrag geheel uitblijft. Veel risicofactoren (geslacht, leeftijd, intelligentie en etniciteit) zijn niet veranderbaar. Onderzoek naar de uitkomsten van (gesloten) residentiële behandeling bij ernstige gedragsproblemen doet vermoeden dat een aantal van deze statische risicofactoren een reële belemmering vormt effectieve behandeling (Harder, 2011; Stein, 2006). Ook dit onderzoek bevestigt dat jeugdigen zeer ernstige gedragsproblemen kunnen hebben in combinatie met meerdere risicofactoren op verschillende levensdomeinen, die onderling met elkaar kunnen samenhangen. Naast de modererende werking van statische factoren, kent ook de beïnvloedbaarheid van dynamische factoren zijn grenzen; enerzijds vanwege de aard van de problematiek en de relatie met statische factoren, anderzijds vanwege beperkte kennis en middelen om behandeling vorm te geven.

6.6 Verschillen tussen instellingen

Dit onderzoek beoogde niet instellingen op hun prestaties te vergelijken. Uiteraard zijn er wel verschillen gevonden, die wellicht een verschil van werken laten zien; anderzijds is het ook denkbaar dat de gevonden verschillen te duiden zijn vanuit populatieverschillen (leeftijd, problematiek, e.d) en verschillen op het terrein van specialismen en beschikbare zorg. Wij vonden soms duidelijke verschillen in de mate van genderspecifiek werken en werken volgens RNR tussen instellingen, maar ook een opvallend verschil in plaatsingsduur. Zo gaf de behandelcoördinator van de instelling waar jongeren over het algemeen vrij lang verbleven in een interview aan dat ze daar soms bij de rechter specifiek op aansturen als dat in het belang lijkt van de jeugdige.

6.7 Sterke kanten en mogelijke beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal sterke eigenschappen. Allereerst zijn er veel dossiers ($N = 306$) van jongens én meisjes gecodeerd, waardoor vergelijking van de problematiek en aangeboden behandeling mogelijk was. Daarnaast is het gelukt om een koppeling te maken tussen de dossiers en de monitorgegevens, waardoor er iets gezegd kon worden over mogelijke afname van de problematiek.

Elk onderzoek heeft ook beperkingen. Allereerst zijn voor dit onderzoek dossiers geraadpleegd. Dossiers bevatten niet allemaal evenveel informatie, de informatie is op verschillende manieren verkregen en is soms subjectief van aard. Ook werken instellingen met verschillende

cliëntvolgsystemen, wat de vergelijkbaarheid beïnvloedt. Uitspraken over afname van de problematiek zijn gebaseerd op verschilscores op de CBCL en CAP-J (T_2-T_1). Helaas bleek de meting op T_3 zeer slecht gevuld.

Eerder onderzoek wijst uit dat de belangrijkste werkzame factor van JeugdzorgPlus het leefklimaat op de behandelgroep is. Auteurs spreken van orthopedagogische basiszorg, pedagogisch basisklimaat, groepsklimaat (Kok, 1999; Jongepier, Struijk, & van der Helm, 2011). In het dossieronderzoek en in de monitorgegevens is wel aangegeven welke aanvullende therapieën en trainingen worden ingezet, maar waren er geen metingen van het pedagogisch (behandelklimaat) beschikbaar. Operationaliseren van behandelklimaat is bovendien lastig. Daarnaast zijn de trajecten van JeugdzorgPlus nogal dynamisch met veel overplaatsingen naar andere groepen of zelfs andere instellingen, waardoor veranderingen in resultaat lastig zijn vast te stellen.

6.8 Tot slot.

In JeugdzorgPlus instellingen lijkt er een toenemende focus op meisjes en meisjes-specifieke problematiek. Dit onderzoek laat zien dat in veel gevallen de behandeling in JeugdzorgPlus instellingen een genderspecifieke focus heeft, terwijl dezelfde behandeling *niet noodzakelijkerwijs altijd* volledig aan lijkt te sluiten bij de risico's, problematiek en behandelbehoeften van de jeugdige (RNR). Een te strikte focus op genderspecificiteit zou de kans kunnen vergroten dat atypische problematiek en atypische verschijningsvormen kunnen worden gemist. Gendersensitiviteit in behandeling lijkt – mede door de verschillen in problematiek tussen jongens en meisjes – zeker te rechtvaardigen mits de RNR-principes ook in acht worden genomen.

7. Literatuur

- Agnew, R. (2009). The contribution of 'mainstream' theories to the explanation of female delinquency. In M.A. Zahn (red.), *The delinquent girl* (pp. 147-163). Philadelphia: Temple University Press.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). The psychology of criminal conduct (5e ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J.S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime and Delinquency*, 52, 7-27.
- Arthur, M.W., Hawkins, D.J., Pollard, J.A., Catalano, R.F., & Baglioni jr, A.J. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors. The communities that care youth survey. *Evaluation Review*, 26, 575-601.
- ATLAS.ti. Version 7.5.18. 1993-2018. Scientific Software Development GmbH, Berlin.
- Baynes-Dunning, K., & Worthington, K. (2013). Responding to the needs of adolescent girls in foster care. *Georgetown Journal of Poverty Law & Policy*, 2, 321-349.
- Bender, D. & Lösel, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behavior in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20, 661-678.
- Bijleveld, C.C.J.H., Hendriks, J., & Vinke, M. (2003). Moeilijke meisjes: Een exploratieve studie naar de relatie tussen delict- en persoon(lijkheid)sken- merken in een groep delinquente meisjes. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45, 53-70.
- Boendermaker, L., Rooijen, K. van., Berg, T., & Bartelink, C. (2013). *Residentiele jeugdzorg: wat werkt?* Nederlands Jeugd Instituut. Geraadpleegd van: https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_ResidentieleJeugdzorg.pdf
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Boomkens, C., & Metz, J. (2015). Meidenwerk, hoe en waarom werkt het? Een theoretisch verklaringsmodel. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Bloom, B.E., & Convington, S.S., (2001). *Effective gender-responsive interventions in Juvenile Justice: Addressing the Lives of Delinquent Girls*. Geraadpleegd van <http://www.stephaniecovington.com/assets/files/7.pdf>
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Silva, P.A., Stouthamer-Loeber, M., Krueger, R.F. & Schmutte, P.S. (1994). Are people crime-prone? Replications of the personality-crime relationship across countries, genders, races, and methods. *Criminology*, 32(2), 163-195.

- Chesney-Lind, M., & Pasko L. (2004). *The female offender: Girls, women, and crime* (2e ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Chesney-Lind, M., Morahs, M., & Stevens, T. (2008). Girls' troubles, girls' delinquency, and gender responsive programming: A review. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 41, 162-189.
- Commissie Aanpak meisjesslachtoffers loverboys/mensenhandel in de zorg voor jeugd (Commissie Azough) 2014. *Hun verleden is niet hun toekomst. Actieplan Aanpak meisjesslachtoffers van loverboys/mensenhandel in de zorg voor jeugd*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Commissie-Samson. (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig. Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen 1945 tot heden*. Amsterdam: Boom.
- Convington, S. (2007). Woman and the criminal justice system. *Woman's health issues*, 17. 180-182.
- Daamen, W., Oudhof, M., Ince, D., & Lekkerkerker, L. (2016). *Gebruikershandleiding CAP-J*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Dam, C. van & Meyer, R. de (2010). *Praktijkgestuurd veranderingsonderzoek Orthopedagogisch Centrum Brabant*. Praktikon. Geraadpleegd van: <http://www.praktikon.nl/wp-content/uploads/2016/03/Van-Dam-C.-De-Meyer-R.-2010.-Praktijkgestuurd-veranderingsonderzoek-Rapport-Orthopedisch-Centrum-Brabant-2008-2009.pdf>
- Dam, C. van, Nijhof, K.S., Scholte, R., & Veerman, J.W. (2010). *Evaluatie Nieuw Zorgaanbod. Gesloten jeugdzorg voor jongeren met ernstige gedragsproblemen. Eindrapport*. Nijmegen: Praktikon/Radboud University.
- Day, J.C., Zahn, M.A., & Tichavsky, L.P. (2015). What works for whom? The effects of gender responsive programming on girls and boys in secure detention. *Journal of research in crime and delinquency*, 52 (1) 93-129.
- Delahaij, R. (2004). *Dossier Empowerment. Empowerment methoden bij allochtone jongeren*. Utrecht: FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling
- Dijke, A. van, Lamers, F., Talhout, M., Terpstra, L., Werson, S., & Wind, A. de. (2012). *Wie zijn de meiden van Asja? De gang naar de jeugdprostitutie*. Amsterdam: SWP.
- Dornfeld, M., & Kruttschnitt, C. (1992). Do the stereotypes fit? Mapping gender-specific outcomes and risk factors. *Criminology*, 30(3). 397-419.
- Ensink, J., & Lindauer, R., (2015). Psychotrauma bij meisjes. In K. Nijhof & R. Engels (Red.), *Meisjes in zorg. Signalering, preventie en behandeling* (pp. 299-316). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Farrington, D.P. (2005). *Integrated developmental & life-course theories of offending*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Farrington, D.P., & Welsh, B.C. (2007). *Saving children from a life of crime*. Oxford: Oxford University Press.

- Fergusson, D.M., & Woodward, L.J. (2000). Educational, Psychosocial, and Sexual Outcomes of Girls with Conduct Problems in Early Adolescence. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(6), 779-792.
- Garret, C.J. (1985). Effects of residential treatment on adjudicated delinquents: a meta-analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22, 287-308.
- Gibbs, J.C., Potter, G.B., & Goldstein, A.P. (1995). *The EQUIP Program: Teaching youth to think and act responsibly through a peer-helping approach*. Champaign: Research Press.
- Goderie, M., Steketee, M., Mak, J. & Wentink, M. (2004) *Samenplaatsing van jongeren in justitiële inrichtingen*. WODC. Geraadpleegd van: https://www.wodc.nl/binaries/ewb04sam-volledige-tekst_tcm28-67555.pdf.
- Hannah-Moffat, K. (1999). Moral agent or actuarial subject: Risk and Canadian women's imprisonment. *Theoretical Criminology*, 3, 71-94.
- Harder, A.T. (2011). *The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care*. Groningen: Doctoraal proefschrift, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Universiteit Groningen.
- Hart, J.L., O'Toole, S.L., Price-Sharps, J.L., & Shaffer, T.W. (2007). The risk and protective factors of violent juvenile offending. An examination of gender differences. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 5, 367-384.
- Hartman, J. L., Turner, M. G., Daigle, L. E., Exum, M. L., & Cullen, F. T. (2009). Exploring the gender differences in protective factors: Implications for understanding resiliency. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(3), 249-277. doi: 10.1177/0306624X08326910
- Hawkins, S.R., Graham, P.W., Williams, J., & Zahn, M.A. (2009). *Resilient girls – factors that protect against delinquency*. Geraadpleegd van www.ojp.usdoj.gov/ojjdp.
- Hendriksen-Favier, A., Place, C., & Van Wezep, M. (2010). *Procevaluatie van YOUTURN: instroomprogramma en stabilisatie en motivatieperiode: Fasen 1 en 2 van de basismethodiek in justitiële jeugdinrichtingen*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Hermanns, J. Besluitvorming in de jeugdzorg: het hulpverleningscontract als alternatief. *Kind en Adolescent*, 1995, nr. 2, p. 111-127
- Hilterman, E.L.B., Bongers, I., Nicholls, T.L. & Nieuwenhuizen, C. van. (2015). Identifying gender specific Risk/need Areas for male and female juvenile offenders: Factor analyses with the structured assessment of violence risk in youth (SAVRY). *American Psychological Association*. 1-13.
- Hipwell, A.E., & Loeber, R. (2006). Do we know which interventions are effective for disruptive and delinquent girls? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 221-225.

- Hubbard D. J., Matthews B. (2008). Reconciling the differences between the “gender-responsive” and the “what works” literatures to improve services for girls. *Crime & Delinquency*, 54, 225-258.
- Hubbard, D.J., & Pratt, T.C. (2002). A meta-analysis of the predictors of delinquency among girls. *Journal of Offender Rehabilitation*, 34(3), 1-13.
- IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ince, D., Yperen, T. van, en M. Valkestijn (2013). *Top tien positieve ontwikkeling Jeugd. Beschermende factoren in opvoeden en opgroeien*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd van <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Top-tien-positieve-ontwikkeling-jeugd.pdf>.
- Jeugdwet 2017. (2017, 28 februari). Geraadpleegd van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925>
- Jeugdzorg Nederland. (2016). JeugdzorgPlus instroomgegevens 2016. Geraadpleegd van <https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2017/03/Jeugdzorgplus-Factsheet-2016.pdf>.
- Jongepier, N., Struijk, M., & Van der Helm, P. (2011). Pedagogisch handelen in de residentiele zorg: Zes uitgangspunten voor een goed pedagogisch klimaat. *Jeugd en Co/Kennis* 4(1), 9-18.
- Kempf-Leonard, K., & Sample, L.L. (2000). Disparity based on sex: Is gender-specific threatment warranted? *Justice Quarterly*, 17, 89-128.
- Kerig, P.K., & Schindles, S.R.(2013). Engendering the evidence base: A critical review on the conceptual and empirical foundations of gender-responsive intervention for girls’ delinquency. *Laws*, 2, 244-282.
- Kok, J.F.W. (1999). *Specifiek opvoeden: Orthopedagogische theorie en praktijk*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Krisberg, B. (2005). *Juvenile justice: Redeeming our children*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Laan, A.M. van der., Schans. Van der., Bogaerts, S., Doreleijers, Th. A.H. (2009). *Criminogene en beschermende factoren bij jongeren die een basisraadsonderzoek ondergaan. Een verkennende inventarisatie van de mate van zorg en van risico- en beschermende factoren gesignaleerd door raadsonderzoekers*. WODC.
- Laan, P. H. van der (2001). Politiele en justitiele interventies bij gewelddadige en ernstig delinquentie jeugdigen. In: R.N. Loeber, W. Slot & J.A. Sergeant (red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie: Omvang, oorzaken en interventies* (pp. 319-344). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Laan, P. H. van der., Slotboom, A., & Stams, G. J. (2017). Wat werkt? Bijdragen aan het terugdringen van recidive. In P. J. van Koppen, J.W. de Keijser, R. Horselenberg & M. Jelicic, *Routes va het recht. Over rechtspsychologie* (pp. 183-199). Den Haag: Boom Juridisch.

- Lanctôt, N. (2017). Gender-responsive programs and services for girls in residential centers. Meeting different profiles of rehabilitation needs. *Criminal Justice and behavior*. 1-20.
- Landis, J. R. and Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1). 159-174.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 313-345). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Lynch, S.M., DeHart, D.D., Belknap, J., Green, B.L. (2013). *Women's pathways to jail: Examining mental health, trauma, and substance use*. BJA Policy Brief, NCJ241045. Washington: Office of Justice Programs, Bureau of Justice Assistance.
- McKnight, K., & Putallaz, M. (2005). Commentary: A relationship focus on girls' aggressiveness and conduct disorder. In D.J. Pepler, C. Madsen, C. Webster & K.S. Levene (red.), *The development and treatment of girlhood aggression* (pp.47-52). Erlbaum: Lawrence Erlbaum Assoc Inc.
- Meichenbaum, D. (2006). *Comparison of aggression in boys and girls: A case for gender-specific interventions*. Geraadpleegd van https://www.melissainstitute.org/documents/2006/Meich_06_genderdifferences.PDF
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P.A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moffitt, T.E. (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In: D. Cicchetti & Cohen, D.J. (red.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*, Vol. 3, 2nd edition (pp. 570-598). Hoboken, US: John Wiley & Sons Inc.
- Nationaal rapporteur mensenhandel en seksueel geweld tegen kinderen (2013). *Mensenhandel. Negende rapportage van de Nationaal rapporteur*. Den Haag.
- Nijhof, K. S., Dam, C., van, Veerman, J. W., Engels, R. C., & Scholte, R. H. (2010). Nieuw Zorgaanbod: Gesloten jeugdzorg voor adolescenten met ernstige gedragsproblemen. *Pedagogiek*, 30(3), 177-191.
- Nijland, E., Boomkens, C., & Metz. (2016). *De kracht van meiden! Methodiekbeschrijving voor het werken met meiden in het jongerenwerk*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam. Lectoraat Youth Spot.
- Pfeiffer, S.I. & Strzelecki, S.C. (1990). Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 847-53.

- Portegijs, W., & Van den Brakel, M., (2016). Emancipatiemonitor 2016. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag. Geraadpleegd van: https://www.cbs.nl//media/_pdf/2016/50/Emancipatiemonitor%202016_web.pdf
- Put, C., van der, Assink., M & Stams, G.J. (2015). *Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ): eindrapport*. Amsterdam: Afdeling Forensische Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam.
- Put, C., van der, Spanjaard, H., van Domburgh, L., Doreleijers, T., Lodewijks, H., Ferwerda, H., Bolt, R. & Stams, G. J. (2011). Ontwikkeling van het Landelijke Instrumentarium Jeugdstrafrechtken (LIJ) *Kind en Adolescent Praktijk*, 10(2), 76-83.
- Rowe, D.C., Vazsonyi, A.T., & Flannery, D.J. (1995) Sex differences in crime: Do means and within-sex variation have similar causes? *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 32(1), 84.
- Rumgay, J. (2004). Scripts for safer survival: Pathways out of female crime. *The Howard Journal*, 43, 405-419.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Silverthorn, P., & Frick, P.J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: The delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology*, 11, 101-126.
- Slotboom, A., Wong, T.M.L., Swier, C. & Broek, T.C. van der (2011). *Delinquente meisjes. Achtergronden, risicofactoren en interventies*. WODC. Amsterdam/Meppel: Boom Juridische Uitgevers.
- Stein, M. (2006). Research review: Young people leaving care. *Child & family social work*, 11(3), 273-279. doi: 10.1111/j.1365-2206.2006.00439.x
- Streefbeeld JeugdzorgPlus. Méér dan gesloten jeugdzorg. (2008). Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2008/01/04/streefbeeld-jeugdzorg-plus>.
- Terpstra, L., & Dijke, A., van (2015). Loverboyslachtoffer en hulpverlening. In K. Nijhof & R. Engels (Red.), *Meisjes in zorg. Signalering, preventie en behandeling* (pp.409-449). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Vaan, K.B.M, de, Boer, M.M, de, Vanoni, M.C. (2013). *Genderscan aanpak huiselijk geweld*. Regioplan. Geraadpleegd van: https://www.regioplan.nl/publicaties/rapporten/genderscan_aanpak_huiselijk_geweld.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1996). Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.

- Vermaes, I., Konijn, C., Nijhof, K., Strijbosch, E. & Domburgh, L. van. (2012). *Monitor Jeugdzorg plus. Analyse van de wetenschappelijke onderbouwing en benuttingsmogelijkheden*. Den Haag: ZonMW.
- Vermaes, I., Konijn, C., Jambroes, T., & Nijhof, K.S. (2014). Statistische en dynamische kenmerken van jeugdigen in JeugdzorgPlus: Een systematische review. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 53(6), 278-292.
- Vitopoulos, N.A., Peterson-Badali, M., & Skilling T.A. (2012). The relationship between matching service to criminogenic need and recidivism in male and female youth. *Criminal Justice and Behavior*, 39(8), 1025-1041.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M., de, Kalmthout, W., van, Place, C. (2015). *Female Additional Manual. Een aanvulling op de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen*. Geraadpleegd van:
https://www.forensischezorg.nl/files/fam_v3_nederlandse_handleiding.pdf
- Weijers, I. & Krabbendam, A. (2008). Ontwikkelingspaden van ernstig criminele meisjes. In Weijers, I. (red.), *Jeugdcriminologie*. (pp. 109-123). Amsterdam/Meppel: Boom Juridische Uitgevers.
- Wike, T.L., Miller, S., Winn, D.M., & Taylor, J. (2013). Going along to get along? Interpersonal processes and girls' delinquency. *Journal of human behavior in the social environment*, 23(5), 604-615.
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Zahn, M.A. (2009). *The delinquent girl*. Philadelphia: Temple University Press.
- ZonMw. (2011). *Achtergrond Analyse kader Longitudinale Effectmonitor JeugdzorgPlus*. Den Haag: ZonMw.

8. Bijlagen

Tabel 8.1

Verdeling van het aantal jongens en meisjes per instelling

Instelling	Meisjes	Jongens
Instelling A	32	29
Instelling B	38	29
Instelling C	31	29
Instelling D	29	29
Instelling E	30	30
Totaal	160	146

Tabel 8.2

Verschillende probleemgebieden en domeinen

	Meisjes			Jongens			<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	%	
Individu (0-6)	2.93	.81		2.66	.88		-2.691**
Intelligentie IQ < 85 (<i>n</i> = 236)			51,6			36,6	
Disharmonisch intelligentieprofiel (<i>n</i> = 228)			48,3			50,0	
Niet in Nederland geboren			12,0			7,5	
Geboorteproblemen (<i>n</i> = 202)			16,5			16,2	
Eerdere hulpverlening ontvangen			99,4			99,3	
Weglopen van huis, school en/of hulpverlening			100,0			100,0	
Internaliserend gedrag (0-4)	2.05	1.28		1.18	1.16		-6.167***
Paniek-en angst gevoelens			59,5			43,1	
Automutilatie			42,8			9,0	

	Meisjes			Jongens			<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	%	
Suïcidaliteit			40,6			24,3	
Depressie			63,1			42,0	
Externaliserend (0-9)	5.27	1.90		6.63	1.61		6.724***
Agressie			80,0			93,8	
Liegen			73,1			75,9	
Stelen			33,3			55,5	
Impulsief			68,6			87,6	
Antisociaal gedrag			74,4			84,9	
Opstandig gedrag			92,5			94,5	
Hyperactiviteit			26,9			55,9	
Politiecontacten			40,4			58,5	
Geweld tegen gezinsleden (n=294)			44,5			65,5	
Traumatische gebeurtenissen (0-1)	.88	.32	88,7	.69	.46	69,9	-4.050***
Seksueel overschrijdend gedrag (0-1)	.83	.37	83,3	.23	.42	22,8	-13.013***
Seksueel misbruik (0-1)	.46	.49	45,6	.08	.27	8,2	-8.002***
Ander probleemgedrag (0-9)	5.93	1.47		5.06	1.48		-5.146***
Lichamelijke gezondheid			31,6			28,5	
Zelfverzorging			16,5			30,1	
Eetproblemen			33,8			17,5	
Slaapproblemen			45,0			35,4	
Coping			95,0			91,7	
Hechting			58,1			46,2	
Emotieregulatie			96,3			100,0	
vaardigheden/cognitieve ontwikkeling			66,9			67,4	
persoonlijkheid(sontwikkeling)			74,8			71,9	
Middelenmisbruik (0-4)	2.37	1.37		2.41	1.36		.244
Roken			69,6			79,9	
Alcohol			64,2			56,6	

	Meisjes			Jongens			<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	%	
Softdrugs			71,3			74,5	
Harddrugs			33,1			30,3	
Dagbesteding (0-3)	1.99	.89		2.01	.86		.193
Geen dagbesteding			47,1			45,5	
Problemen op school			82,9			87,1	
Spijbelen			78,6			79,0	
Gezin (0-17)	6.14	3.10		5.49	3.15		-1.823
Vader migratieachtergrond			31,8			25,4	
Moeder migratieachtergrond			25,9			19,0	
Vader- en moeder geen relatie			67,3			59,3	
problematische partnerrelatie			57,5			48,2	
Huiselijk geweld			54,5			50,7	
Vaderfiguur afwezig			21,4			19,2	
Moederfiguur afwezig			2,5			2,7	
Problematiek moeder			63,8			51,0	
Problematiek vader			38,4			39,0	
Verslaving moeder			12,9			11,7	
Verslaving vader			23,9			22,8	
Politiecontact gezinsleden			50,6			42,6	
Financiële problemen			46,0			38,7	
Sociaal isolement			13,4			17,4	
Instabiele opvoedomgeving			83,0			84,0	
Onvoldoende kwaliteit opvoedomgeving			73,2			70,6	
Mishandeling door ouders			45,3			40,0	
Omgeving (0-2)	1.24	.78		.75	.52		-6.607***
risicovolle vriendengroep			62,4			72,3	
risicovolle (liefdes)relatie			64,3			4,9	
Totaalaantal risicofactoren (0-57)	29.21	5.94		26.87	5.05		-3.717***

Noot: *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

Tabel 8.3

De aard van de problematiek (Cap-I) verdeeld over jongens en meisjes gemeten op T₁ en T₂

Aard problematiek	Meisjes % (n = 86)		Jongens % (n = 81)	
	T ₁	T ₂	T ₁	T ₂
Emotionele problemen	64,0	52,3	45,7	38,3
Gedragsproblemen	75,6	54,7	84,0	72,8
Problemen persoonlijkheid/identiteit(sontwikkeling)	65,1	52,3	60,5	42,0
Gebruik van middelen/verslaving	38,4	25,6	50,6	33,3
Overige psychosociale problemen	59,3	52,3	43,2	30,9
Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap	4,7	4,7	7,4	7,4
Gebrekkige zelfverzorging, zelf hygiëne ongezonde levensstijl	14,0	6,2	9,9	10,5
Aan lichamelijke functies gerelateerde klachten	14,0	14,0	13,6	6,2
Overige problemen lichamelijke gezondheid	1,2	1,2	4,9	1,2
Problemen in de cognitieve ontwikkeling	31,4	31,4	44,4	39,5
Problemen met vaardigheden	26,7	17,4	25,9	19,8
Overige problemen vaardigheden en cognitieve ontwikkeling	5,8	7,0	4,9	3,7
Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding	73,3	70,9	79,0	64,2
Problemen ouder-kind relatie	72,1	47,7	50,6	38,3
Verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling	31,4	19,8	19,8	11,1
Instabiele opvoedsituatie	55,8	39,5	48,1	30,9
Problemen van ouder	40,7	32,6	40,7	35,8
Problemen van ander gezinslid	11,6	11,6	11,1	8,6
Problemen sociaal netwerk gezin	11,6	8,1	18,5	16,0
Problemen in omstandigheden gezin	18,6	20,9	24,7	12,3
Overige problemen gezin en opvoeding	4,7	7,0	3,7	0,0
Problemen op speelzaal, school of werk	65,1	36,0	60,5	32,1
Problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk	77,9	66,3	58,0	44,4
Problemen in omstandigheden jeugdige	32,6	18,6	23,5	7,4
Overige problemen jeugdige	3,5	2,3	1,2	0,0
Geen problemen	0,0	0,0	0,0	0,6

Noot. Onder Emotionele problemen vallen: teruggetrokken gedrag, angstproblemen, stemmingsproblemen, problemen bij verwerken ingrijpende gebeurtenissen. Onder overige psychosociale problemen vallen o.a. stress, automutilatie, psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen, problemen in de seksuele ontwikkeling. Onder problemen ouder-kind relatie vallen gebrek aan warmte, parentificatie, hechting, weglopen en mishandeling.

Tabel 8.4

Regressieanalyse: duur van de behandeling – rol van GS en RNR- werken

	Model 1		Model 2		Model 3a		Model 3b	
	<i>β</i>	<i>p</i>	<i>β</i>	<i>p</i>	<i>β</i>	<i>p</i>	<i>β</i>	<i>p</i>
Geslacht	-,149	,009	-,173	,003	-,164	,003	-,162	,004
(1 = meisje)								
Jaar van plaatsing	-	,001	-,198	,001	-,205	<,0001	-,202	<,001
Leeftijd plaatsing	-,378	<,0001	-,371	<,0001	-,348	<,0001	-,360	<,001
Eerdere plaatsingen	,045	,434	,034	,561	,012	,835	,025	,658
(1 = ja)								
Instelling (B = ref)								
A	,116	,108	,101	,161	<u>,126</u>	<u>,071</u>	,106	,126
C	-,070	,347	-,088	,235	-,082	,254	-,106	,138
D	-,033	,652	-,019	,791	-,001	,990	-,034	,630
E	-,024	,747	-,028	,707	-,073	,316	-,087	,237
Risicofactoren (cum.)			,119	,047	,119	,039	,125	,030
Genderspecifiek					<u>-,105</u>	<u>,070</u>		
werken (ja = ref)					-,266	<,0001		
Nee								
Geen informatie								
RNR werken (ja = ref)							-,149	,012
Nee							-,271	<,001
Geen informatie								
<i>R</i> ²	,23		,24		,31		,31	
ΔR^2			,01		,07 ^a		,07 ^a	
<i>F</i> (<i>p</i>)			3,99	,047	11,58 ^a	<,0001	11,36	<,0001

Noot. *N* = 301; er zijn 5 outliers geïdentificeerd – het betreft extreem lange plaatsingen bij instelling A; ^aas vergeleken met model 2; ^book vergeleken met model 2. In Model 1 worden alle individuele en instellingskenmerken meegenomen, waarna in Model 2 wordt nagegaan of het aantal aanwezige risicofactoren bij aanvang van het traject nog iets toevoegt aan de voorspelling van de totale duur van het traject. Gezien de significante verandering in verklaarde variantie ($\Delta R^2 = 0.01$; *F* = 3.99, *p* < .05) is dat zo, waarna in Model 3a in eerste instantie het al dan niet genderspecifiek werken wordt toegevoegd. In dit geval wordt niet genderspecifiek werken en het ontbreken van informatie daarover in het dossier afgezet tegen het wel genderspecifiek werken (referentie categorie). In Model 3a wordt met deze toevoeging significant meer variantie van de duur verklaard ten opzichte van Model 2 ($\Delta R^2 = 0.07$; *F* = 11.58, *p* < .001), waarmee dit model voor de relatie tussen genderspecifiek werken en de duur van het traject als het finale model kan worden beschouwd.

Tabel 8.5

Predictie problematiek bij uitstroom (CBCL-totaal t2) – rol van GS en RNR-werken

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4a		Model 4b	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
CBCL- totaal t1	,412	,000	,363	,030	,363	,004	,377	,003	,359	,005
Geslacht (1 = meisje)			-,085	,445	-,085	,450	-,083	,468	-,086	,449
Leeftijd plaatsing			,078	,547	,078	,553	,085	,527	,073	,589
Duur plaatsing			-,047	,714	-,047	,716	-,040	,765	-,055	,685
Eerdere plaatsingen (1 = ja)			,117	,299	,117	,303	,133	,256	,129	,276
Instelling (B = ref)										
A			,020	,869	,020	,870	,005	,969	,023	,850
C			,041	,724	,041	,726	,040	,739	,052	,667
D			,145	,254	,145	,258	,121	,367	,142	,277
E			-,087	,456	-,088	,463	-,076	,534	-,087	,477
Risicofactoren (cum.)					,001	,990	-,001	,995	-,004	,971
Genderspecifiek werken (ja = ref)							,082	,489		
Nee							,049	,674		
Geen informatie										
RNR werken (ja = ref)									-,045	,718
Nee									,011	,929
Geen informatie										
R2	,169		,243		,243		,249		,245	
ΔR^2			,073		,000		,006		,001	
F (p)			,832	,55	,000	,990	,272	,76	,097	,91

Noot. N = 89; voor weinig respondenten is de problematiek op t2 bekend; er kunnen slechts weinig predictoren worden toegevoegd door beperkte power. Voorzichtige interpretatie is geboden. Model 1 laat zien dat er een duidelijke positieve relatie is tussen de ernst van de problematiek bij aanvang en bij uitstroom. Met toevoeging van geslacht, leeftijd bij plaatsing, duur van het traject en de instelling waarin de jeugdige verblijft in Model 2 wordt niet meer variantie verklaard ($\Delta R^2 = 0.00$). Dit betekent dat het tweede model, dus met de controlevariabelen erin, geen verbetering is ten opzichte van het eerste. Ook de toevoeging van genderspecifiek werken (Model 3a) of RNR werken (Model 3b) leveren geen beter model.

Tabel 8.6

Predictie van het behoren tot een groep van “afname” van totale problematiek – logistische regressie

	Model 1			Model 2a			Model 2b		
	B	ExpB	p	B	ExpB	p	B	ExpB	p
	(OR)			(OR)			(OR)		
Geslacht (meisje = ref)	-,036	,965	,942	-,086	,917	,864	-,114	,892	,825
Leeftijd plaatsing	-,356	,701	,066	-,414	,661	,041	,686	,686	,068
Duur plaatsing	-,001	,999	,461	-,001	,999	,364	-,001	,999	,634
Eerdere plaatsingen	1,263	3,536	,179	1,555	4,737	,111	1,813	6,132	,072
(1 = ja)									
Instelling (B = ref)									
A	-,680	,507	,259	-,597	,551	,345	-,872	,418	,183
C	1,270	3,560	,284	1,121	3,067	,350	,781	2,184	,523
D	,172	1,188	,811	,108	1,114	,901	,231	1,259	,794
E	,312	1,366	,715	,367	1,444	,628	,362	1,436	,633
Genderspecifiek				-,447	,640	,483			
werken (ja = ref)				-	,247	,098			
Nee				1,400					
Geen informatie									
RNR werken (ja = ref)							1,002	2,725	,075
Nee							-,733	,480	,402
Geen informatie									
Nagelkerke R2	,168			,211			,245		
Hosmer and Lemeshow	5,720	,678		3,315	,913		5,723	,678	
Test $\chi^2(8)$									

Noot. N = 89; er kunnen slechts weinig predictoren worden toegevoegd door beperkte power; uitkomstmaat (0= er is geen afname; 1= er is een afname)