

Plaats voor psychopathologie?

Professioneel opvoeden van jongeren met ADHD, ODD en/of CD in
gezinshuizen



Naam: Thomas van Ekeris

Begeleider: Ellen Schep

Stage-instelling: Lectoraat Jeugd & Gezin (Christelijke Hogeschool Ede)

Inhoud

Samenvatting	4
1. Inleiding	5
1.1. Doel	5
1.2. Achtergrond	5
1.3. Hoofdvraag en deelvragen	7
2. Methode	7
2.1. Explorierend onderzoek	7
2.2. Focusgroepinterviews	7
2.3. Diepte-interviews	8
2.4. Participanten en procedure	9
2.5. Instrumenten.....	9
3. Literatuurstudie	10
3.1. Prevalentie van psychopathologie	10
3.1.1. Psychopathologie	10
3.1.2. Diagnoses.....	10
3.3. Opvoedingsstijl van professionele opvoeders	12
3.4. Matching.....	13
3.5. Vroegtijdige beëindiging van de plaatsing	14
4. Resultaten	14
4.1. Beschrijvende gegevens	15
4.2. Prevalentie van psychopathologie	15
4.2.1. Genoemde diagnoses	15
4.2.2. ADHD-gerelateerd gedrag	16
4.2.3. ODD-gerelateerd gedrag	16
4.2.4. CD-gerelateerd gedrag	17
4.3. Opvoedingspraktijk	18
4.3.1. (Voor)kennis	18
4.3.2. Visie van professionele opvoeders op diagnose	19
4.3.3. Jongere inzicht geven in diagnose.....	19
4.3.4. Opvoedingsstijl	20
4.4. Matching.....	20
4.5. Vroegtijdige beëindiging	21

5. Conclusies en discussie	22
5.1. Prevalentie	22
5.2. Opvoedingspraktijk	23
5.3. Matching.....	23
5.4. Vroegtijdige beëindiging	24
5.5. Beantwoording hoofdvraag	24
6. Beperkingen, aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek	26
6.1. Beperkingen	26
6.2. Aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek.....	26
Literatuurlijst	28
Bijlage 1: Model van Bruininks.....	31
Bijlage 2: Interviewleidraad voor focusgroepen.....	32
Bijlage 3: Interviewleidraad professionals (psycholoog en gezinsvoogd).....	34
Bijlage 4: Interviewleidraad professionele opvoeders.....	36

Samenvatting

Uithuisgeplaatste jongeren die in gezinshuizen geplaatst worden, zijn vaak gediagnosticeerd. In dit explorierend onderzoek wordt de vraag gesteld welke plaats deze diagnoses in gezinshuizen hebben. Het doel is inzicht te verschaffen in de plaats van de diagnoses ADHD, ODD en/of CD in gezinshuizen. Dit wordt gedaan door de prevalentie van de diagnoses, opvoedingsstijl van ouders, matchingsproces en vroegtijdige beëindiging bij jongeren met ADHD, ODD en/of CD te onderzoeken. Door middel van literatuuronderzoek, focusgroepinterviews en diepte-interviews wordt informatie verzameld om een antwoord te kunnen formuleren op de gestelde vraag. Uit de literatuur blijkt dat diagnoses ADHD en ODD veelvuldig voorkomen bij uithuisgeplaatste jongeren. In het huidige onderzoek naar gezinshuizen blijkt dit mee te vallen, al komt het wel voor. Wel blijkt dat veel gedragingen van jongeren voorkomen die passen bij één van de diagnoses. Psychopathologie lijkt in gezinshuizen een geringe plaats te hebben. Aanbevolen wordt om in het vervolg te onderzoeken of jongeren die gediagnosticeerd zijn met ODD en/of CD slagingskans hebben om in een gezinshuis te wonen. Ook wordt het belang van goede matching onderstreept.

1. Inleiding

1.1. Doel

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verschaffen in de plaats van de diagnoses ADHD, ODD en/of CD in gezinshuizen. Dit wordt gedaan door de aspecten prevalentie van de diagnoses, opvoedingsstijl van ouders, matchingsproces en vroegtijdige beëindiging bij jongeren met ADHD, ODD en/of CD te onderzoeken.

1.2. Achtergrond

Dit onderzoek maakt onderdeel uit van het RAAK-project van het lectoraat Jeugd & Gezin (onderdeel van de Christelijke Hogeschool Ede) naar 'professioneel ouderschap in gezinshuizen'. Een gezinshuis is een vorm van jeugdzorg waarin professionele opvoeder(s) op professionele wijze vormgeven aan de verzorging, behandeling, opvoeding en begeleiding van een aantal kinderen die geplaatst worden in hun eigen gezin (Gardeniers & De Vries, 2011). Aanleiding van het RAAK-project was dat in de praktijk gebleken is dat plaatsingen soms vroegtijdig werden beëindigd en de doelstelling van langdurig verblijf in een gezinshuis niet altijd wordt gehaald. Het project bestaat uit twee fasen, namelijk de fase van handelingsverlegenheid en de fase van handelingsbekwaamheid. Er is sprake van handelingsverlegenheid als een professional in een bepaalde situatie aarzelt om te handelen, terwijl de situatie daar wel om vraagt, bijvoorbeeld het ingrijpen bij opvoedingsproblemen (FCB, 2011). Dit onderzoek wordt uitgevoerd ten tijde van de fase van handelingsverlegenheid.

Er komen steeds meer gezinshuizen in Nederland. In 2009 waren er nog 166 gezinshuizen, maar in 2011 is dit aantal gestegen naar 389 gezinshuizen. In een gezinshuis wonen gemiddeld drie of vier uithuisgeplaatste kinderen en jongeren en dit zou betekenen dat er ongeveer 1362 gezinshuisplaatsen beschikbaar zijn (Gardeniers & De Vries, 2011). Jongeren die in een gezinshuis worden geplaatst, hebben vaak al veel meegemaakt (Bartelink, 2011). Ze kunnen niet meer bij hun ouders wonen en veel uithuisgeplaatste jongeren zijn daarnaast ook gediagnosticeerd, bijvoorbeeld met Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) (Moore & Fombomme, 1999). Deze diagnoses kunnen leiden tot handelingsverlegenheid bij professionele opvoeders. Uit onderzoek blijkt namelijk dat veel gebruik van psychiatrische termen en classificaties een signaal is van

handelingsverlegenheid. Het laten leiden door diagnostische gegevens wordt als een belangrijke oorzaak beschouwd van gedragsproblemen van cliënten en andere problemen in de zorg (Mataheru, 1995; Meininger, 2001). Door te onderzoeken welke plaats diagnoses in gezinshuizen hebben, wordt meer informatie gegeven over het al dan niet ervaren van handelingsverlegenheid van professionele opvoeders.

Er is geen onderzoek bekend over ADHD en ODD/CD in gezinshuizen. Daarom worden onderzoekgegevens van pleegzorg, behandelingspleegzorg (*Treatment Foster Care*) en therapeutische pleegzorg (*Therapeutic Foster Care*) eveneens betrokken in dit onderzoek. Kanttekening hierbij is dat deze gegevens niet helemaal te generaliseren zijn naar de Nederlandse situatie van gezinshuizen. Een gezinshuis verschilt namelijk op een aantal punten van pleegzorg. In de eerste plaats lijken jongeren die in een pleeggezin worden geplaatst beter te begeleiden dan jongeren in een gezinshuis. Ook zijn er bij jongeren in een gezinshuis vaker problemen met loyaliteit (Van der Steege, 2012). Ten derde heeft in ieder geval één professionele opvoeder een relevante opleiding. Dit is bij pleegzorg niet per definitie het geval (Van der Steege, 2012).

Uit onderzoek is gebleken dat pleegouders goede matching erg belangrijk vinden en verhoogt dit de kans op succes. In de praktijk wordt volgens de onderzoeker een kind vaak in een niet-passend pleeggezin geplaatst vanwege de noodzaak om een kind te plaatsen (Brown, 2008). Mogelijk is het effectief om psychopathologie als één van de criteria te gebruiken bij het matchingsproces. Daarnaast is het van belang om te onderzoeken welke opvoedingsstijl gezinshuisouders hanteren bij jongeren met ADHD en ODD/CD. Onderzoek laat namelijk zien dat ouders van kinderen met ADHD vaker een autoritaire opvoedstijl hanteren en minder vaak een autoritatieve opvoedstijl (Hinshaw, 2002). Mogelijk roepen de diagnoses een bepaalde opvoedstijl op bij ouders en is dit ook bij professionele opvoeders in gezinshuizen het geval. Als dit onderzocht is, zal meer zicht gekregen worden op de plaats van de diagnoses in gezinshuizen. Uit onderzoek blijkt dat 65% van de professionele opvoeders het een keer mee heeft gemaakt dat een opgenomen kind of jongere moest vertrekken (Gardeniers & De Vries, 2011). Mogelijk hangt dit hoge percentage vroegtijdige beëindigingen samen met de diagnoses.

Nadat in kaart gebracht is wat bekend is uit voorgaand onderzoek over psychopathologie bij jongeren in pleegzorg en gezinshuizen, zal ingegaan worden op gegevens uit de praktijk van Nederlandse gezinshuizen. Deze gegevens worden verzameld door middel van

focusgroepinterviews, waarin geprobeerd wordt de handelingsverlegenheid van professionele opvoeders in kaart te brengen. Ten slotte worden aanvullende interviews gehouden met professionele opvoeders en voogden met betrekking tot het onderwerp psychopathologie bij jongeren in gezinshuizen. Door middel van deze gegevens wordt getracht antwoorden te geven op bovenstaande vragen.

1.3. Hoofdvraag en deelvragen

Bovenstaande leidt tot de volgende hoofdvraag: **'Welke plaats hebben diagnoses ADHD, ODD en/of CD in gezinshuizen?'** Deze hoofdvraag wordt onderzocht door middel van de volgende deelvragen: 1. Hoe vaak komt psychopathologie (ADHD, ODD en/of CD) voor in gezinshuizen? 2. Hoe is de opvoedingspraktijk van professionele opvoeders bij de opgenomen jongeren met ADHD, ODD en/of CD in vergelijking met andere (opgenomen) jongeren? 3. Wordt er bij het matchingsproces rekening gehouden met de diagnose van het kind en opvoedkwaliteiten van de ouder? 4. Hangt vroegtijdige beëindiging van de plaatsing van jongeren met ADHD, ODD en/of CD samen met de gestelde diagnose?

2. Methode

2.1. Explorerend onderzoek

Dit onderzoek is explorerend van aard. Het uiteindelijke doel van explorerend onderzoek is de ontwikkeling van begrippen, hypothesen of theorie. De theorie is nog niet uitgewerkt en er vindt een theoretische exploratie plaats. Vanuit een richtinggevende onderzoeksvraag en eventueel enkele theoretische noties vindt een onderzoeksproces plaats (Baarda, De Goede & Teunissen, 2009).

Op dit moment is literatuur met betrekking tot psychopathologie in gezinshuizen nog zeer beperkt en daarom is gekozen voor een explorerend onderzoek. Onderzoeksvragen zijn zo open mogelijk geformuleerd en het doel is om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen na het verrichten van dit onderzoek

2.2. Focusgroepinterviews

Binnen dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van focusgroepinterviews. Een focusgroep is bij voorkeur een homogeen samengestelde groep die een geplande discussie voert over ideeën, motieven, belangen en denkwijze met betrekking tot een bepaald onderwerp (Barbour & Kitzinger, 1999; CBO, 2010). Een focusgroep-onderzoek bestaat volgens Morgan (1996) uit drie essentiële componenten: (1) de onderzoeksmethode is bedoeld om data te verzamelen (2) interacties tussen de respondenten vormen de bron van de data (3) de onderzoeker heeft een actieve rol in het creëren van een groepsdiscussie en het vergaren van de data. Een belangrijk voordeel in focusgroep-interviews is dat het inzicht biedt in complexe gedragingen en motivaties, die zichtbaar worden door de interactie tussen mensen. Doordat de onderzoeker in korte tijd veel informatie over verschillende meningen verzamelt, kan de methode ook als efficiënt beschouwd worden (Van 't Verlaat & Luttk, 2008). Een nadeel is dat deelnemers zich onvoldoende comfortabel zouden kunnen voelen in een grote groep om alles aan te geven wat zij willen zeggen en weinig persoonlijke informatie durven te onthullen, waardoor een sociaal wenselijke sfeer kan ontstaan (Morgan, 1996; Van 't Verlaat & Luttk, 2008). Daarnaast is een nadeel dat het risico op subjectiviteit groter is: de interviewer stuurt en bepaalt de onderwerpen en reguleert de groepsdiscussie (Morgan, 1996). In een focusgroep-onderzoek wordt vaak gebruik gemaakt van een interviewleidraad, waarbij een interviewer de gespreksleider is (CBO, 2010).

2.3. Diepte-interviews

Na de afname van focusgroepinterviews worden individuele diepte-interviews gehouden. Boeije (2005) geeft de volgende definitie van een interview: 'Een interview kan worden beschouwd als een gespreksvorm waarin een persoon – de interviewer – zich bepaalt tot het stellen van vragen over gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaring ten aanzien van bepaalde sociale verschijnselen, aan één of meer anderen – de participanten of geïnterviewden – die zich voornamelijk beperken tot het geven van antwoorden op die vragen.' (Boeije, 2005, p.57). Volgens Fitzpatrick & Boulton (2005) is het gebruik van diepte-interviews vooral geschikt om complexe onderwerpen in kaart te brengen, om ideeën achter opvattingen te verkennen en om een nieuw onderzoeksterrein te verkennen. De diepte-interviews zijn dus uitermate geschikt om het specifieke onderwerp psychopathologie bij de jongere te onderzoeken. In dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van een halfgestructureerd interview. De vragen liggen bij een dergelijk interview niet vast, maar de onderwerpen wel.

Er worden een aantal van te voren vastgestelde topics uitgevraagd. Kenmerkend in een half-gestructureerd interview is dat niet alleen naar meningen wordt gevraagd, maar ook naar ervaringen en belevingen (Baarda, De Goede & Van der Meer-Middelburg, 2007).

2.4. Participanten en procedure

Het doel is om 45 mensen te laten deelnemen aan focusgroepinterviews. Mensen zullen benaderd worden door betrokkenen van de organisaties gezinshuis.com, JOOZT/LSG-Rentray. Deze organisaties coördineren verschillende gezinshuizen. Allereerst ontvangen de professionele opvoeders een brief, waarin het doel van het onderzoek wordt uitgelegd en waarin gevraagd wordt of ze willen deelnemen. Nadat bekend is welke professionele opvoeders mee willen werken, worden focusgroepen samengesteld van 4 of 5 personen. De focusgroepinterviews worden op video opgenomen, zodat vervolgens alles letterlijk uitgetypt kan worden. Ook wordt alles op audio opgenomen als back-up. De deelnemers worden ervan verzekerd dat de gegevens geanonimiseerd worden en dat de video- en audio-opname na het uitwerken vernietigd zal worden. Daarnaast wordt vertrouwelijkheid van de onderzoekers benadrukt. De focusgroepen zullen ongeveer 2 uur duren. De interviews worden letterlijk uitgetypt, waarbij non-verbale communicatie (zoals knikken) tussen haken wordt gezet. Vervolgens zal door een andere onderzoeker het interview nageluisterd en gecontroleerd worden. Op die manier wordt getracht de betrouwbaarheid te waarborgen. Naast de focusgroepinterviews worden individuele diepte-interviews gehouden met een gezinsvoogd, een behandelcoördinator en twee professionele opvoeders. Zij worden benaderd via e-mail of telefoon en gevraagd of zij mee willen werken aan het onderzoek. De interviews worden op audio opgenomen en opnieuw wordt benadrukt dat gegevens geanonimiseerd worden en dat de opname vernietigd wordt na het uitwerken. De diepte-interviews duren ongeveer drie kwartier en ook deze interviews worden letterlijk uitgetypt. De gegevens van de definitieve focusgroepinterviews en diepte-interviews worden geanalyseerd en verwerkt in het kwalitatieve programma Atlas-Ti.

2.5. Instrumenten

Voor de focusgroepinterviews en diepte-interviews wordt een interviewleidraad opgesteld. Het interviewleidraad van de focusgroepinterviews wordt grotendeels gebaseerd op het model van Bruininks (zie bijlage 1). De onderwerpen die besproken worden in de

focusgroepen zijn ontleend aan dit model. De interviewleidraad bestaat uit een inleiding, openingsvraag, kernvragen, overige vragen en een slotvraag (zie bijlage 2). De interviewleidraad van de diepte-interviews wordt gebaseerd op theorie (zie inleiding) en de ervaringen uit de focusgroepinterviews. Er is een interviewleidraad voor experts (zie bijlage 3) en een interviewleidraad voor professionele opvoeders (zie bijlage 4). De leidraden bestaan uit een inleiding, openingsvraag, kernvragen en een slotvraag

3. Literatuurstudie

3.1. Prevalentie van psychopathologie

3.1.1. Psychopathologie

Onderzoeken met betrekking tot de psychopathologie bij uithuisgeplaatste jongeren laten verschillende resultaten zien, maar eenduidig is dat psychopathologie in pleegzorg meer voorkomt dan bij jongeren die niet uithuisgeplaatst zijn (o.a. Janssens & Deboutte, 2009). Volgens Janssens en Deboutte (2009) komt psychopathologie bij uithuisgeplaatste kinderen 10-15% vaker voor dan bij kinderen die niet uit huis geplaatst zijn. Ander onderzoek heeft een vergelijking gemaakt tussen gediagnosticeerde kinderen die niet uithuisgeplaatst zijn en gediagnosticeerde kinderen die wel uithuisgeplaatst zijn. Uit dit onderzoek bleek dat jongens in pleeggezinnen meer symptomen van gebrekkige concentratie en meer hyperactiviteit vertoonden dan jongens die niet uithuisgeplaatst waren (Rogeness, 1988).

3.1.2 Diagnoses

Om meer zicht te krijgen op de psychopathologie wordt ingegaan op veelvoorkomende diagnoses. In het huidige onderzoek zal beperkt worden tot enkele diagnoses. Met name de stoornissen ADHD, ODD/CD en depressie blijken vaak voor te komen (o.a. Van der Steege, 2012; McMillen et al, 2005) . Depressie valt onder de categorie stemmingsstoornissen en is een ander type stoornis dan ADHD en ODD/CD (DSM-IV-TR, 2000) en zal in het huidige onderzoek niet worden meegenomen. Verschillende onderzoeken hebben de stoornissen ADHD en ODD/CD meegenomen (Meertens, 2009; Satake, Yamashita & Yoshida, 2004), mogelijk vanwege een hoge mate van comorbiditeit (Maughan et al., 2004).

Uit onderzoek van Van der Steege (2012) blijkt dat van de 56 Nederlandse kinderen en jongeren die in een gezinshuis geplaatst zijn 63% opstandig/antisociaal gedrag vertoont

en 38% druk/impulsief gedrag. Bij 41% is de diagnose ADHD gesteld. De kinderen en jongeren waren afkomstig uit 12 verschillende organisaties, waaronder JOOZT/LSG-Rentray en Jeugdformaat. Opvallend in dit onderzoek is dat er weinig stoornissen worden genoemd. In een steekproef van 373 jongeren is ODD/CD de meest voorkomende stoornis (47%), ADHD kwam 20% voor. ADHD was in 75% van de gevallen al gediagnosticeerd voor aanvang van pleegzorg en CD/ODD was 57% van de gevallen al gediagnosticeerd (McMillen et al, 2005). Uit ander onderzoek blijkt dat pleegkinderen een hogere kans hebben op een diagnose ADHD en CD in vergelijking met andere kinderen (Moore & Fombonne, 1999). Ook een vergelijking tussen kinderen die een *Aid to Families with Dependent Children (AFDC)* programma krijgen aangeboden en kinderen die in *Foster Care* (pleegzorg) zitten, laat zien dat in pleeggezinnen ADHD, ODD en CD veel vaker voorkomt (Harman, Childs & Kelleher, 2000). Er is vaak sprake van comorbiditeit en complexe problematiek. De uithuisgeplaatste jongeren hebben niet alleen vaak psychopathologie, maar ook problemen rondom het biologische gezin en problemen in de cognitieve ontwikkeling (Meuwissen, 2011). Het huidige onderzoek richt zich op ADHD, ODD en CD en daarom wordt hieronder ingegaan op criteria van deze stoornissen volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR).

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

In de DSM-IV-TR (2000) wordt van ADHD gesproken wanneer er zes of meer symptomen van aandachtstekort en zes of meer symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit minimaal zes maanden aanwezig zijn in onaangepaste mate en niet passend bij het ontwikkelingsniveau. Een voorbeeld van een symptoom van aandachtstekort is: 'heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden'. Een voorbeeld van een symptoom van hyperactiviteit is: 'beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel' en van impulsiviteit is 'heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten' een voorbeeld van een symptoom. Enkele symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit die beperkingen veroorzaken moesten al aanwezig zijn voor het 7^e levensjaar van het kind en het disfunctioneren doet zich voor op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school en thuis). Er zijn duidelijke aanwijzingen dat er beperkingen zijn in het sociale, school- en/of beroepsmatig functioneren. Ten slotte zijn de symptomen niet eerder toegeschreven aan een andere psychische stoornis, zoals angststoornis (DSM-IV-TR, 2000).

Oppositional Deficit Disorder (ODD)

Er is sprake van ODD als er minstens zes maanden negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag op minimaal vier van de gestelde criteria is vastgesteld. Een voorbeeldcriterium is 'irriteert vaak met opzet andere mensen'. De aandoening dient niet uitsluitend op te treden als onderdeel van een psychotische stoornis of stemmingsstoornis en het gedrag verstoort het sociale functioneren (DSM-IV-TR, 2000).

Conduct Disorder (CD)

ODD wordt wel gezien als een subsyndroom van CD, omdat veel dezelfde gedragingen voorkomen, maar bij CD de gedragingen erger zijn. (Biederman, Van Faraone, Milberger, Jetton, Chen, Mick, Greene & Rusell, 1996). De DSM-IV-TR (2000) onderscheidt ODD en CD echter als twee aparte stoornissen. De diagnose CD wordt gesteld wanneer er een herhaald en aanhoudend gedragspatroon aanwezig is, waarbij de rechten van anderen of de sociale normen en waarden worden geschonden, zoals blijkt uit de aanwezigheid van drie of meer criteria gedurende de laatste twaalf maanden. Daarvan heeft minimaal één criterium zich in de afgelopen zes maanden voorgedaan. De criteria zijn onderverdeeld in de categorieën agressie tegen mensen of dieren, vernieling van beschadiging of eigendommen, bedriegen of diefstal en ernstige overtredingen van de regels. Een voorbeeldcriterium is 'is fysiek wreed tegen mensen geweest'. Het gedrag verstoort het sociale functioneren en er is geen sprake van de antisociale persoonlijkheidsstoornis bij personen die 18 jaar en ouder zijn (DSM-IV-TR, 2000).

De bovengenoemde stoornissen komen vaak gelijktijdig voor. Uit een metastudie blijkt dat 11 van de 14 studies comorbiditeit tussen ODD/CD en ADHD aantonen met een gemiddelde odds-ratio van 10.7 (95% CI = 7.7-14.8) (Angold, Costello & Erkanli, 1999). Ook blijkt dat 62% van de jongens en 65% van de meisjes met de diagnose ODD of CD zowel kenmerken van ODD als kenmerken van CD vertoont, er is bij hen overlap in de symptomen (Rowe, Maughan, Pickles, Costello & Angold, 2002).

3.3. Opvoedingsstijl van professionele opvoeders

De opvoedingsstijl van de professionele opvoeders is een belangrijke factor in het onderzoek naar psychopathologie bij jongeren. Uit onderzoek blijkt namelijk dat moeders van kinderen met ADHD vaker een autoritaire opvoedingsstijl hanteren. Deze opvoedingsstijl kenmerkt zich door het stellen van veel regels (Hinshaw, 2002; Lange, Sheerin, Carr, Dooley, Barton, Marshall, Mulligan & Lawlor, Belton & Doyle, 2005). Mogelijk roept het gedrag behorend bij

de diagnose een bepaalde opvoedreactie op bij ouders. De vraag die hieruit voortvloeit, is of jongeren met een diagnose een andere aanpak en opvoeding vragen. Van der Steege (2012) geeft een aantal handelingsadviezen aan gezinsouders en één daarvan is het hanteren van een autoritatieve opvoedingsstijl, waarbij de professionele opvoeder het gezag heeft en tegelijkertijd aansluit bij de problemen van de jongere. In de huidige steekproef wordt onderzocht welke opvoedstijl gehanteerd wordt in de praktijk van het gezinshuis en of deze verschilt voor jongeren met ADHD en/of ODD/CD in vergelijking met andere opgenomen kinderen en biologische kinderen.

3.4. Matching

Met matching wordt bedoeld dat er een juiste hulpverleningsplaats voor het juiste kind wordt gevonden (Van der Ploeg, 2002). Goede matching wordt door pleegouders erg belangrijk gevonden. In de praktijk wordt een kind echter vaak in een niet-passend pleeggezin geplaatst vanwege de noodzaak om een kind te plaatsen (Brown, 2008). Ook Bartelink (2011) onderstreept het belang van zorgvuldige matching. Volgens Van der Steege (2012) bepaalt de vraagstelling van het pleegkind enerzijds en de opvoedingskwaliteiten van de pleegouders anderzijds of er een optimale match is. Zij merkt daarbij op dat er in de praktijk echter vaak sprake is van een tekort aan pleeggezinnen, waardoor de keuzemogelijkheden beperkt zijn. Dit lijkt volgens haar met name te gelden voor jongeren met gedragsproblemen en handicaps, kinderen uit etnische minderheden en brussen. Er wordt dan vaak gewacht met een langdurige plaatsing totdat er een goede match is, waardoor kortdurende plaatsingen vaak langer duren dan bedoeld. Opvallend is dat Van der Steege (2012) een aantal inhoudelijke criteria geeft voor matching in gezinshuizen, maar hierbij niet de achtergrond/ psychopathologie van het kind en de opvoedkwaliteiten van de ouder als criterium noemt. Ook geeft zij aan dat de praktijk laat zien dat het niet altijd mogelijk is om met de criteria rekening te houden, omdat matching voor een groot deel wordt ingegeven door het gezinshuis waar een plaats vrijkomt en de jeugdige die bovenaan de lijst staat. Van der Ploeg (2002) heeft risicofactoren en beschermende factoren in kaart gebracht in het matchingsproces. Hij noemt als risicofactoren in het kind onder andere ernstige emotionele- en gedragsproblemen. Risicofactoren in het pleeggezin is volgens hem onder andere een autoritaire attitude. Hij besteedt dus wel aandacht aan de achtergrond/psychopathologie van het kind en opvoedkwaliteiten van de opvoeder.

Bovenstaande onderzoeken lijken in ieder geval allen het belang van goede matching te onderstrepen. Vooral bij kinderen en jongeren met externaliserende problematiek lijkt dit van belang. James (2010) geeft namelijk ook aan dat bij kinderen met externaliserende problemen plaatsingen vaker mislukken. Volgens hem is het effectief om verstorend gedrag te behandelen. Echter wordt verstorend gedrag niet altijd herkend als psychische problematiek. Het herkennen en interveniëren op psychopathologie van het kind lijkt dus van belang bij het succes van plaatsingen. Dit onderzoek wil daar verder op ingaan.

3.5. Vroegtijdige beëindiging van de plaatsing

Van de plaatsingen die in 2009 beëindigd werden woonde 35% van de geplaatste kinderen korter dan drie maanden in het pleeggezin, 27% drie maanden tot een jaar en 38% langer dan een jaar (Prakken, 2011). 65% van de professionele opvoeders heeft één of meer keer meegemaakt dat een kind uit het gezinshuis moest vertrekken (Gardeniers & De Vries, 2012). Er worden in beide onderzoeken geen concrete verklaringen gegeven voor het hoge percentage wat uitvalt. Volgens Bartelink (2011) is de kans op succes van uithuisplaatsing sowieso kleiner als kinderen psychische- of gezondheidsproblemen hebben. Zij onderstreept het belang van zorgvuldige matching. Onderzoeken laten zien dat met name bij jongeren met externaliserende problemen plaatsingen mislukken. Zij gaan vaak eerder abrupt en ontevreden weg bij hun pleegouders. Een groot aantal van hen keert terug naar hun biologische ouders (McCoy, McMillen & Spitznagel, 2008). Barber, Delfabbro & Cooper (2001) laten eveneens zien dat bij jongeren met externaliserende problemen vaker plaatsingen in pleeggezinnen mislukken. Daarom vinden zij dat jongeren met een gedragsstoornis ongeschikt zijn om in een pleeggezin geplaatst te worden. Dat voorkomt dat ze elke keer opnieuw overgeplaatst worden. Deze jongeren hebben intensievere begeleiding nodig. Hussey & Guo (2005) tonen ook aan dat jongeren met een hoger aantal verplaatsingen meer gestoord gedrag laten zien en meer stoornissen hebben. In tegenstelling tot Barber et al (2001) geeft Van der Steege (2013) altijd de voorkeur aan een vervangend gezin, omdat het kind daar recht op heeft.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van het huidige onderzoek, waarin gebruik is gemaakt van focusgroepinterviews en diepte-interviews. Na enkele beschrijvende gegevens worden de onderzochte onderwerpen prevalentie van psychopathologie, opvoedingspraktijk, matching en vroegtijdige beëindiging bij jongeren in gezinshuizen achtereenvolgens behandeld.

4.1. Beschrijvende gegevens

In dit onderzoek hebben 33 professionele opvoeders (9 mannen, 24 vrouwen) tussen de 31 en 63 jaar (gemiddelde leeftijd: 48 jaar) deelgenomen aan een focusgroepinterview. Daarvan kwamen 13 professionele opvoeders (39.4%) uit jeugdorp de Glind. 15 professionele opvoeders (45.5%) hebben een HBO- of Bachelor opleiding, 11 professionele opvoeders zijn MBO of lager geschoold (33.3%), 2 professionele opvoeders universitair (6.1%) en van 5 professionele opvoeders (15.1%) is niet bekend op welk niveau zij geschoold zijn. De ervaring in het werk als professionele opvoeder is divers en loopt van 2 tot en met 20 jaar (gemiddeld 9 jaar ervaring).

4.2. Prevalentie van psychopathologie

4.2.1. *Genoemde diagnoses*

In de focusgroepinterviews is niet expliciet gevraagd of ouders jongeren in huis hebben of hebben gehad die gediagnosticeerd zijn met ADHD en/of ODD/CD. Toch benoemen ouders soms zelf dat zij een jongere in huis hebben of hebben gehad met één van de genoemde stoornissen. Het is één keer voorgekomen dat een ouder aangeeft dat zij een jongen in huis heeft met de diagnoses ODD en ADHD. Daarnaast komt het vijf keer voor dat een ouder aangeeft dat een opgenomen jongere gediagnosticeerd is met ADHD. De diagnose CD wordt niet één keer genoemd. In tegenstelling tot het weinig benoemen van stoornissen wordt wel heel vaak hechtingsproblematiek genoemd. In ieder focusgroepinterview geeft minstens één professionele opvoeder vanuit zichzelf aan ervaring te hebben met een jongere met hechtingsproblematiek of hechtingsstoornis. Ook in alle aanvullende diepte-interviews wordt hechtingsproblematiek expliciet genoemd zonder dat hier naar gevraagd wordt.

'Ik denk dat we daarin het stukje hechtingproblematiek echt niet moeten onderschatten'

(Janneke, behandelcoördinator)

Volgens één van de professionele opvoeders komen stoornissen ook vaak gelijktijdig met hechting voor. Veel jongeren die gediagnosticeerd zijn met ADHD, hebben volgens hem forse hechtingsproblematiek. Ook de behandelcoördinator geeft aan dat het nooit alleen ADHD of ODD is, maar dat er ook vaak sprake is van hechtingsproblematiek. Een professionele opvoeder geeft aan dat hij het lastig vindt om te onderscheiden wat bij hechting, ADHD, PDD-NOS, ODD en andere stoornissen hoort. Er zijn twee professionele opvoeders die aangeven dat hun opgenomen kind ADHD en een laag IQ heeft. In de diepte-interviews is expliciet gevraagd naar het voorkomen van stoornissen bij opgenomen jongeren. Ondanks dat stoornissen niet vaak genoemd worden in de focusgroepinterviews, geeft één van de professionele opvoeders in een diepte-interview aan dat stoornissen in gezinshuizen groter zijn dan in de pleegzorg. Zij geeft aan dat drie van de vier kinderen bij haar in huis gediagnosticeerd zijn met ADHD. Volgens een andere professionele opvoeder komen alle drie de stoornissen voor bij opgenomen jongeren, hoewel hij daarbij aangeeft dat veel diagnoses over de tijd heen verdwijnen. De behandelcoördinator heeft de ervaring dat ADHD in gezinshuizen meer voorkomt dan ODD en CD. ODD komt volgens haar weinig voor, maar er zijn wel veel kinderen die gedragskenmerken van ODD vertonen. De gezinsvoogd geeft aan dat de meeste jongeren die ergens worden geplaatst wel een stoornis als ADHD of ODD hebben.

4.2.2. ADHD-gerelateerd gedrag

Al worden stoornissen in de focusgroepinterviews niet altijd expliciet genoemd, toch noemen enkele professionele opvoeders ook voorbeelden van jongeren met gedragsymptomen passend bij de diagnose ADHD. Op het gebied van aandachttekort noemen drie professionele opvoeders chaotisch gedrag van hun opgenomen kind.

‘Die jongen van ons die kan elke week z’n hele kamer opruimen, zijn kamer ziet er na een week weer net zo uit als de kamer ernaast van mijn zoon die zesenhalf is.’ (Bernadet, professionele opvoeder)

Op het gebied van hyperactiviteit of impulsiviteit worden bijna geen probleemgedragingen van opgenomen kinderen genoemd. Er is één professionele opvoeder die aangeeft dat één van de opgenomen kinderen ontzettend wiebelig, flippend en onrustig is.

4.2.3. ODD-gerelateerd gedrag

Gedragingen die kenmerkend zijn voor ODD volgens de DSM-IV-TR worden meermalen genoemd door verschillende ouders. Het eerste kenmerk 'heeft vaak driftbuien' komt in de verhalen vijf keer terug. Ouders beschrijven dat een kind met de deur gooide, naar boven stampte, uitbarstte, scheldde en schreeuwde of door het lint ging.

'Dan barstte ze uit, zei van alles en liep weg' (Francien, professionele opvoeder)

Een ander kenmerk van ODD is 'weigert vaak aan verzoeken van volwassenen te voldoen'. Twee keer noemen professionele opvoeders in de focusgroepinterviews nadrukkelijk dat een kind helemaal niet meer wilde luisteren. De ene professionele opvoeder geeft aan dat een kind na zeven maanden helemaal niets meer wilde en een andere professionele opvoeder geeft aan dat een kind overal bij ging liggen en niet wilde luisteren. Ook het kenmerk 'irriteert vaak met opzet andere mensen' komt twee keer duidelijk terug: er wordt door een ouder beschreven dat een kind expres een glas omstoot of vertelt wat er op TV gaat komen om anderen te irriteren. Een andere ouder noemt een voorbeeld van een meisje wat op zondagochtend om half 8 ging belletje lellen. Ten slotte worden door twee ouders duidelijke voorbeelden genoemd, waarbij het kind 'schuld van fouten en ongepast gedrag bij anderen legt', wat eveneens een kenmerk is van ODD.

4.2.4. CD-gerelateerd gedrag

Veel gedragingen wijzen in de richting van conduct disorder. De eerste categorie van kenmerken die passen bij CD is 'agressie richting mensen en dieren'. Er wordt door ouders vijftien verschillende situaties genoemd, waarbij de jongere in ernstige mate agressief is. Daarbij wordt vier keer expliciet genoemd dat een professionele opvoeder is aangevallen of geslagen. Andere voorbeelden van ernstig agressieve gedragingen is een jongen die een klauwamer naar zijn zus gooide, een meisje die door de politie afgevoerd moest worden, een jongen die de juffrouw met een stoel sloeg, een jongen die meisjes ronselde om aan drugs te komen en een jongen die zijn professionele opvoeders bedreigde. Daarnaast wordt er één voorbeeld van agressie tegen dieren genoemd, waarbij een kind een hond expres aan zijn kop trok. Ook wordt er drie keer een voorbeeld van seksueel overschrijdend gedrag genoemd.

'Hij ging hele rare seksuele spelletjes doen, zodat ik gewoon bang was voor het meisje dat naast zijn kamer aan het slapen was' (Hilda, professionele opvoeder)

In de categorie 'vernietiging van eigendom' worden vier voorbeelden genoemd, waarbij twee keer wordt genoemd dat een kind ruiten ingooide. Binnen de categorie 'leugenachtigheid en diefstal' worden veel voorbeelden genoemd. Liegen en stelen blijkt veelvuldig voor te komen bij jongeren in gezinshuizen. Er worden ongeveer acht voorbeelden genoemd waarbij het om een ernstige mate van liegen en stelen gaat. Een voorbeeld hiervan is een meisje dat altijd zwart reisde en de rekening naar haar professionele opvoeders liet sturen, terwijl ze er al niet meer woonde. Binnen de laatste categorie 'ernstige schending van de regels' worden vier voorbeelden genoemd, waarbij het in alle gevallen om wegloupedrag gaat, waarbij het kind minimaal de hele nacht wegbleef. In één geval liep het kind definitief weg.

4.3. Opvoedingspraktijk

4.3.1. (Voor)kennis

Verschillende professionele opvoeders geven tijdens de focusgroepinterviews aan dat boekenkennis niet voldoende is en dat er vaak intuïtief gehandeld moet worden. Hiermee is echter nog niet duidelijk of zij wel de kennis in huis hebben. In de diepte-interviews is hierop doorgevraagd. Op de vraag of ouders zich van te voren verdiept hebben in stoornissen (ADHD, ODD, CD) worden door de twee geïnterviewde professionele opvoeders verschillende antwoorden gegeven. De ene professionele opvoeder geeft aan dat ze van te voren boeken heeft gelezen en cursussen gevolgd. Een voorbeeld van zo'n cursus is omgaan met ADHD. Tegelijkertijd geeft deze ouder aan dat de praktijk vaak toch anders is dan in een boek geschreven staat. Een andere professionele opvoeder had van te voren geen kennis over stoornissen. Toen hij begon aan zijn werk is hij zich gaan verdiepen in het gedrag van kinderen door middel van samenwerking met een organisatie met de nodige expertise.

'Ik ben natuurlijk tien jaar geleden via weekendpleegzorg eigenlijk in zorgland gerold, ik heb gewoon hotelschool gedaan, dus ik kom uit een totaal andere wereld.' (Alex, professionele opvoeder)

De gezinsvoogd vindt het heel erg belangrijk dat professionele opvoeders kennis hebben over stoornissen. Volgens haar is kennis over stoornissen bij professionele opvoeders een

gemis. In de praktijk vragen de professionele opvoeders om uitleg over gedrag van de opgenomen kinderen, diagnoses etc. De behandelcoördinator onderstreept eveneens het belang van kennis over stoornissen, maar geeft hierbij aan dat stoornissen niet als één deel uitgelicht moet worden. Kennis over stoornissen moet altijd toegespitst worden op de praktijk.

4.3.2. Visie van professionele opvoeders op diagnose

Hoe professionele opvoeders hun opgenomen jongeren met de diagnose benaderen, heeft te maken met de visie van de professionele opvoeder op de diagnose van de jongere. In de focusgroepinterviews geeft een professionele opvoeder aan dat het een leermoment voor haar was dat haar opgenomen kinderen niet eens heel veel afwijken en dat ze teveel gefocust was op de problemen, beperkingen en stoornissen van het kind. Twee andere professionele opvoeders beklemtonen allebei dat een kind allereerst als kind moet behandeld worden. De ene professionele opvoeder geeft aan dat in kritieke situaties eerst gehandeld moet worden en dat je daarna pas gaat nadenken hoe je ermee omgaat en welke rol de diagnose speelt. De andere professionele opvoeder geeft aan dat er vaak onterecht is gediagnosticeerd en dat veel gestelde diagnoses wegvallen nadat kinderen en jongeren zijn opgenomen. Ook de behandelcoördinator vindt dat je niet in de eerste plaats naar de diagnose moet kijken, maar vooral naar wat het kind nodig heeft.

‘Op een gegeven moment moet je niet zo in dat labelen gaan denken, maar kijken naar het kind en wat het nodig heeft. Dat staat voor mij voorop’ (Janneke, behandelcoördinator)

4.3.3. Jongere inzicht geven in diagnose

De visie van professionele opvoeders op de diagnose bepaalt ook in grote mate of zij jongeren inzicht geven in de diagnose. De ene professionele opvoeder geeft aan dat zij uitlegt wat de diagnose inhoudt als het kind vastloopt. Ze legt dan uit dat de hersenen van dat kind anders werken en dat het kind anders denkt dan andere kinderen. Volgens haar verschilt het heel erg per kind of zij dit oppikken. Een andere professionele opvoeder geeft echter juist aan dat hij niet communiceert met de kinderen en jongeren over hun diagnose. Volgens hem vinden de kinderen dat ze normaal zijn en dat is hun recht. Als iemand anders, bijvoorbeeld een gezinsvoogd, ingaat op de diagnoses van het kind, kapt de professionele

opvoeder dit af. Volgens hem vinden de kinderen dit fijn, omdat ze er op deze manier geen last van hebben.

4.3.4. Opvoedingsstijl

Een gezinsouder geeft aan dat ze veel meer beschermend is bij opgenomen kinderen dan bij eigen kinderen. Een andere gezinshuisouder laat door middel van een voorbeeld ook duidelijk zien dat ze een andere opvoedingsstijl hanteert bij één specifiek kind. Deze jongen is gediagnosticeerd met ODD en ADHD.

'De enige communicatie vanuit hem was eigenlijk altijd: mag ik? en toen zei ik er een keer een zin achteraan. Ik zei niet nee, maar ik zei: nee, we gaan zo eten ofzo. En gelijk wilde hij de discussie met mij aan. Dus het was voor mij een bevestiging van: o ja, ik moet bij jou dus geen uitleg geven, want dan ga je de discussie aan en stop je niet zomaar meer' (Annelies, professionele opvoeder)

Deze professionele opvoeder geeft geen uitleg aan het betreffende kind en hanteert de regels streng. Een andere professionele opvoeder geeft echter aan dat regels niet per definitie verschillen voor kinderen met een diagnose. Wel moet je bij hen volgens hem veel kleinere stapjes nemen, omdat ze meer verwerkingstijd nodig hebben. Ze hebben veel meer structuur en duidelijkheid nodig. Structuur wordt ook door een andere professionele opvoeder genoemd als heel belangrijk bij jongeren met ADHD. Zij geeft aan dat er vaak wat meer kan bij jongeren die geen ADHD hebben als zij eenmaal gewend zijn aan het gezinshuis. Tegelijkertijd geeft ze aan dat structuur en voorspelbaarheid niet alleen specifiek voor jongeren met ADHD nodig zijn, maar dat alle kinderen hierbij gebaat zijn.

4.4. Matching

De behandelcoördinator geeft aan het voortouw te nemen bij het matchingstraject. Zij overlegt met de zorgmanager en de ambulant hulpverlener wat een passende plaats voor het kind of de jongere is. De gezinsvoogd bepaalt ook in grote mate waar een kind wordt geplaatst. Dit doet zij in overleg met de gedragswetenschapper. Enkele professionele opvoeders geven aan goede matching heel belangrijk te vinden. De ene problematiek past beter bij de één dan bij de ander. Tegelijkertijd geeft een professionele opvoeder dat het ook vaak de praktijk is dat een kind zo snel mogelijk geplaatst moet worden. Dit wordt

herkend door de behandelcoördinator en gezinsvoogd. Volgens hen is de tendens dat er niet gematcht wordt en een kind ergens geplaatst wordt als er een plek vrijkomt. De behandelcoördinator probeert zelf echter wel altijd te kijken naar de psychopathologie van het kind en de opvoedkwaliteiten van de ouders. Ze geeft hierbij een voorbeeld van gezinshuisouders die heel veel kinderen met autisme in huis hebben. Zij vindt een diagnose wezenlijk bij het bepalen van een match, maar niet belangrijker of minder belangrijk dan andere factoren, zoals de sfeer in het gezinshuis. Ook de locatie kan een afweging zijn bij het bepalen van een match. Eén van de professionele opvoeders geeft aan dat de locatie van haar gezinshuis uitermate geschikt is voor jongeren met ADHD. In tegenstelling tot de behandelcoördinator geeft de gezinsvoogd aan dat ze nog nooit heeft meegemaakt dat professionele opvoeders in bepaalde problematiek (zoals ADHD) gespecialiseerd zijn. Volgens haar wordt er niet gekeken naar psychopathologie van de jongere en opvoedkwaliteiten van de ouders, omdat er maar weinig plekken zijn. Ze onderstreept echter wel het belang van matching.

‘Het is ook in Nederland dat alles zo vol is, dat er geen doorstroming is. Dat maakt ook wel dat je je waarden naar beneden bijstelt’ (Brenda, gezinsvoogd)

4.5. Vroegtijdige beëindiging

Vroegtijdige beëindiging lijkt meer voor te komen bij jongeren met de diagnose ADHD, ODD en CD. Volgens de gezinsvoogd mislukken ongeveer zes op tien plaatsingen in pleeggezinnen of gezinshuizen bij jongeren met één van genoemde diagnoses. Ze noemt een voorbeeld van een jongen met ADHD en ODD, die op tienjarige leeftijd in een pleeggezin is geplaatst. Deze jongen is later naar een leefgroep overgeplaatst en nog later naar gesloten jeugdzorg. Een professionele opvoeder noemt het voorbeeld van een jongen met ADHD die steeds agressiever werd en uiteindelijk uit het gezinshuis werd geplaatst. De behandelcoördinator geeft een voorbeeld van een jongen met ODD, die weg is gegaan uit een gezinshuis, omdat het niet haalbaar bleek te zijn vanwege zijn problematiek. Zij heeft echter niet de ervaring dat bij jongeren met ADHD eerder sprake is van vroegtijdige beëindiging. Volgens haar is het moeilijk om daar iets over te zeggen, omdat jongeren met ADHD vaak op relatief jonge leeftijd geplaatst worden en de puberteit ook van grote invloed is. Daarom zal zij ook niet zeggen dat jongeren met ADHD of ODD per definitie niet in een gezinshuis passen. Bij de

diagnose CD ziet zij het somberder in, omdat kinderen binnen hun mogelijkheden toch rekening moeten houden met anderen in het gezin. Professionele opvoeders knappen er volgens haar vaak op af als kinderen dat helemaal niet kunnen. De gezinsvoogd denkt dat deze jongeren meer kans in een gezinshuis hebben dan in een leefgroep.

'Het lukt gezinshuisouders denk ik niet altijd om het hoofd te bieden. Aan de andere kant, met medicijnen en goede ondersteuning, ik denk dat de jongeren meer kans hebben dan op een leefgroep' (Brenda, gezinsvoogd)

5. Conclusies en discussie

5.1. Prevalentie

Diagnoses zijn veelvoorkomend bij uithuisgeplaatste jongeren. De diagnose ADHD lijkt het meest voor te komen. Deze diagnose kwam 41% voor bij een steekproef onder 56 kinderen en jongeren (Van der Steege, 2012). Ook een ander onderzoek laat zien dat pleegkinderen een hogere kans hebben op de diagnose ADHD dan andere kinderen (Moore & Fombonne, 1999). In de huidige steekproef kon niet met zekerheid gesteld worden hoe vaak diagnoses in de gezinshuizen voorkwamen, maar professionele opvoeders gaven een enkele keer uit zichzelf aan jongeren met ADHD in huis te hebben. Het voorkomen van jongeren met ADHD in gezinshuizen is in overeenstemming met hier bovengenoemde literatuur. Vijf professionele opvoeders vertelden uit zichzelf kinderen of jongeren met ADHD in huis te hebben. Ook was er één professionele opvoeder die aangaf dat drie van de vier opgenomen kinderen en jongeren gediagnosticeerd zijn met ADHD. Daarnaast zei de behandelcoördinator dat ADHD meer in gezinshuizen voorkomt dan de diagnoses ODD en CD. Wel is opvallend dat professionele opvoeders zelden gedragingen van hun opgenomen kinderen beschrijven die gerelateerd zijn aan de kenmerken van de diagnose ADHD. De diagnoses ODD en CD bleken bij een steekproef van 373 jongeren met 47% het meest voorkomend (McMillen et al, 2005). Ook onderzoek van Van der Steege (2012) laat zien dat van de 56 kinderen en jongeren die in een gezinshuis zijn geplaatst 63% opstandig/antisociaal gedrag vertoont. In tegenstelling tot deze literatuur laat de huidige onderzoeksgegevens echter zien dat ODD en CD niet of nauwelijks lijkt voor te komen in gezinshuizen. Tegelijkertijd is het opvallend dat door de professionele opvoeders wel veel

gedragingen van jongeren worden beschreven die verwijzen naar kenmerken van ODD en CD.

5.2. Opvoedingspraktijk

Hoe is de opvoedingspraktijk van professionele opvoeders bij jongeren met ADHD, ODD en/of CD? Uit de literatuur is gebleken dat ouders van kinderen met ADHD vaker een autoritaire opvoedingsstijl hanteren (Hinshaw, 2002). Een autoritatieve opvoedingsstijl is echter het meest gewenst (Van der Steege, 2012). Het huidige onderzoek liet een voorbeeld zien, waarin een professionele opvoeder een autoritaire opvoedingsstijl lijkt te hanteren bij een kind met ADHD en ODD. Daarnaast komt verschillende keren naar voren dat jongeren met diagnoses gebaat zijn bij meer structuur, regels en duidelijkheid. De notie uit de literatuur dat kinderen en jongeren met de diagnose ADHD een bepaalde opvoedingsstijl bij ouders oproepen lijkt hiermee bevestigd. Hoe de diagnose een plaats heeft in de opvoedingspraktijk blijkt uiteen te lopen. De ene professionele opvoeder had juist wel van te voren kennis opgezocht, de andere niet. De ene professionele opvoeder legt haar kind duidelijk uit wat de invloed van de diagnose is op het kind, de andere professionele opvoeder kiest er bewust voor om geen aandacht aan de diagnose te besteden. Kennis over stoornissen wordt door de gezinsvoogd heel belangrijk gevonden. De behandelcoördinator vindt dit ook belangrijk, maar vindt dat het wel moet worden toegespitst op de praktijk. Ook geven verschillende professionele opvoeders aan dat een kind allereerst als kind moet worden behandeld en niet als een kind met een diagnose.

5.3. Matching

Of er in het matchingsproces rekening wordt gehouden met diagnoses van het kind en opvoedkwaliteiten van de ouder, blijkt zowel in de literatuur als in de huidige steekproef te verschillen. Een optimale match in gezinshuizen wordt bepaald door de vraagstelling van het opgenomen kind enerzijds en de opvoedingskwaliteiten van de professionele opvoeders anderzijds (Van der Steege, 2012). De diagnose wordt niet als criterium genoemd voor matching. Een ander onderzoek heeft echter wel als risicofactoren emotionele- en gedragsproblemen van het kind benoemd. Ook autoritaire attitude van de professionele opvoeder wordt als risicofactor bestempeld (Van der Ploeg, 2002). Matching blijkt in de praktijk moeilijk te zijn vanwege de noodzaak om een kind snel te moeten plaatsen (Brown,

2008). Het belang van goede matching wordt in de huidige steekproef herkend en benoemd door enkele professionele opvoeders. Tegelijkertijd wordt door één van hen en ook door de behandelcoördinator en gezinsvoogd benoemd dat in de praktijk een kind zo snel mogelijk geplaatst moet worden. Het verschilt per organisatie in hoeverre er gematcht wordt. Eén van de professionele opvoeders heeft drie kinderen met de diagnose ADHD in huis. Mogelijk is hier sprake van matching op psychopathologie van het kind en opvoedkwaliteiten van de ouder.

5.4. Vroegtijdige beëindiging

Aan het begin van dit onderzoek werd de vraag gesteld of vroegtijdige beëindiging van de plaatsing van jongeren met ADHD, ODD en/of CD samenhangt met de gestelde diagnose. Uit de literatuur is gebleken dat vroegtijdige beëindiging veel voorkomt in gezinshuizen: 65% van de professionele opvoeder heeft minstens één keer meegemaakt dat een kind uit het gezinshuis moest vertrekken (Gardeniers & De Vries, 2012). De kans dat een uithuisplaatsing succes heeft, is kleiner als kinderen psychische- of gezondheidsproblemen hebben (Bartelink, 2011). Verschillende onderzoeken laten zien dat plaatsingen bij jongeren met externaliserende problematiek, gedragsstoornissen of ander gestoord gedrag vaker mislukken (Barber et al., 2001; Hussey & Guo, 2005). In het huidige onderzoek lijkt de samenhang tussen vroegtijdige beëindiging van jongeren met ADHD, ODD en/of CD en de gestelde diagnose bevestigd te worden. Volgens de gezinsvoogd mislukken gemiddeld zes op de tien plaatsingen in pleeggezinnen of gezinshuizen bij jongeren met één van de genoemde diagnoses. Ook een professionele opvoeder en de behandelcoördinator noemen een voorbeeld van een jongere met één van de genoemde diagnoses, die uit het gezinshuis moest. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat jongeren met ADHD of ODD niet per definitie niet in een gezinshuis kunnen wonen. De gezinsvoogd denkt dat deze jongeren in een gezinshuis meer kans hebben op een succesvolle plaatsing dan op een leefgroep.

5.5. Beantwoording hoofdvraag

De hoofdvraag die aan het begin van dit onderzoek is gesteld, is: 'Welke plaats hebben diagnoses ADHD, ODD en CD in gezinshuizen?' Uit het onderzoek is gebleken dat de aandacht van professionele opvoeders voor diagnoses over het algemeen gering is. Bij het beschrijven van de opgenomen jongeren en het vertellen van ervaringen over deze jongeren

wordt door professionele opvoeders niet vaak genoemd of de jongere is gediagnosticeerd. Hechtingsproblematiek wordt daarentegen zeer vaak benoemd. Diagnoses worden door verschillende professionele opvoeders en professionals in een bredere context geplaatst. De visie van de professionele opvoeder en professionals op de diagnose bepaalt ook in grote mate welke plaats diagnoses hebben in gezinshuizen. Ten slotte is ook de organisatie, waarvoor men werkt, van invloed. De ene organisatie heeft genoeg mogelijkheden om bij het matchen aandacht te besteden aan psychopathologie, terwijl bij de andere organisatie de mogelijkheden hiervoor beperkt lijken te zijn. De mogelijkheden leken beperkt, omdat er weinig plaatsingen beschikbaar waren.

Bovenstaande gegevens laten zien dat professionele opvoeders en professionals niet veel gebruik maken van psychiatrische termen en classificaties en zich over het algemeen niet laten leiden door diagnostiek. Zoals in de inleiding beschreven is, wordt het laten leiden door diagnostische gegevens beschouwd als een signaal van handelingsverlegenheid (Metaheru, 1995; Meininger, 2001). Er lijkt in dit onderzoek niet veel handelingsverlegenheid ervaren te worden.

Het bleek gedurende het onderzoek dat de verschillen tussen ADHD, ODD en CD groter zijn dan verwacht. Daarom wordt de plaats van de diagnoses in gezinshuizen ook afzonderlijk per diagnose beschreven.

De diagnose ADHD lijkt van de drie diagnoses de belangrijkste plaats te hebben in gezinshuizen. Van de drie diagnoses wordt deze diagnose het meest genoemd door professionele opvoeders en de ervaring is dat deze jongeren vaak ook goed kunnen functioneren in een gezinshuis. Tegelijkertijd beschrijven professionele opvoeders weinig gedragingen van de opgenomen jongeren, die kenmerkend zijn voor ADHD. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat hyperactiviteit en aandachttekort geen bijzonderheden vormen voor de professionele opvoeder. Mogelijk vertelt de professionele opvoeder alleen de meer extreme gedragingen van de opgenomen jongere.

De diagnose ODD lijkt een minder belangrijke plaats te hebben in gezinshuizen. Het komt in gezinshuizen minder vaak voor dan ADHD en professionele opvoeders benoemen ook niet dat hun opgenomen jongeren met deze stoornis gediagnosticeerd zijn met uitzondering van één professionele opvoeder. Tegelijkertijd zijn professionals niet bij voorbaat pessimistisch over jongeren met ODD in gezinshuizen.

De diagnose CD is dermate ernstig dat het de vraag is of jongeren met deze diagnose in een gezinshuis geplaatst kunnen worden. De diagnose wordt niet genoemd door professionele opvoeders en ook professionals zijn pessimistisch over de kans op succes bij deze jongeren in gezinshuizen. Kenmerkend voor de diagnose CD is dat de gewetensontwikkeling zeer beperkt is. Wellicht maakt dit functioneren in een gezinshuis moeilijk.

Concluderend: de plaats van en de aandacht voor de diagnoses ADHD, ODD en CD bij jongeren in gezinshuizen is gering.

6. Beperkingen, aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek

6.1. Beperkingen

Bij aanvang van het onderzoeksproject was het de bedoeling om een eigen focus te kiezen en te onderzoeken. Toen de focus gekozen was, waren focusgroepinterviews al voor het grootste gedeelte afgenomen. Daardoor was het niet mogelijk om onderzoeksvragen met betrekking tot het gekozen onderwerp (psychopathologie in gezinshuizen) aan de professionele opvoeders te stellen. Het voordeel hiervan is dat professionele opvoeders niet gestuurd zijn, waardoor meer uitspraken gedaan kunnen worden over de aandacht die professionele opvoeders hebben voor de diagnoses. Een nadeel hiervan is echter dat sommige vragen grotendeels onbeantwoord gebleven zijn, bijvoorbeeld hoe vaak diagnoses voorkomen in gezinshuizen.

Vanwege de tijd zijn er maar een beperkt aantal diepte-interviews gehouden. De diepte-interviews waren een rijke bron van informatie, omdat het gekozen onderwerp (psychopathologie in gezinshuizen) specifiek uitgevraagd kon worden. Doordat er echter maar twee professionele opvoeders en twee andere professionals geïnterviewd zijn, moeten conclusies die enkel gebaseerd zijn op de informatie uit de diepte-interviews voorzichtiger worden getrokken.

6.2. Aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek

Naar aanleiding van dit onderzoek wordt een tweetal aanbevelingen geformuleerd.

Allereerst is wordt aanbevolen aandacht te besteden aan goede matching. Verschillende professionele opvoeders en professionals hebben het belang van goede en zorgvuldige matching benadrukt. De behandelcoördinator heeft zes gezinshuizen onder haar hoede en kent de professionele opvoeders goed. Zij heeft dus de mogelijkheden om op een zorgvuldige manier te matchen. Zij kijkt naar de problematiek van het kind, de diagnose van het kind en de kwaliteiten van de professionele opvoeders, maar ook naar de sfeer in het gezinshuis en de locatie van het gezinshuis. Interventie-onderzoek zou het succes van deze praktijk na kunnen gaan in vergelijking met andere praktijken waar matching een minder nadrukkelijke rol speelt. Ook is het hierbij van belang om de langetermijneffecten te onderzoeken; betekent een zorgvuldige matching minder vroegtijdige beëindiging? Kunnen jongeren langer in een gezinshuis wonen als er op een zorgvuldige manier gematcht is? Vervolgonderzoek zou dit kunnen uitwijzen.

In de tweede plaats wordt aanbevolen de mogelijkheden te onderzoeken van een gezinshuis voor jongeren die gediagnosticeerd zijn met ODD/CD. De vraag of een gezinshuis passend is voor een jongere met ernstige gedragsproblemen is in dit onderzoek meerdere malen naar voren gekomen. De gezinsvoogd denkt dat deze jongeren meer kans op een succesvolle plaatsing in een gezinshuis hebben dan op een leefgroep. Ook de behandelcoördinator denkt dat er voor jongeren met ODD mogelijkheden zijn om in een gezinshuis te wonen. Voor de diagnose CD ziet zij het somberder in. Professionele opvoeders beschrijven veel gedragingen die kenmerkend zijn voor de diagnoses ODD en CD. Hieruit blijkt dat ernstige gedragsproblematiek de dagelijkse praktijk is voor veel professionele opvoeders. Vervolgonderzoek zou kunnen onderzoeken of er kansen zijn voor jongeren met ODD en CD om in een gezinshuis te wonen. Dit zou meer informatie geven over de kansen voor deze jongeren en waar zij het best geplaatst kunnen worden.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2000, 4th edition). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57–97.
- Baarda, D. B., de Goede, M. P. M. & Teunissen, J. (2009, 2^e geheel herziene druk). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Barber, J.G., Delfabbro, P.H. & Cooper, L.L. (2001). The predictors of unsuccessful transition to foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 785-790.
- Barbour R.S. & Kitzingen J. (1999). *Developing focus group research. Politics, Theory and Practice*. Sage, London.
- Bartelink, C. (2011). *Uithuisplaatsing: wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Biederman, J., van Faraone, S., Milberger, S., Jetton, J. G., Chen, L., Mick, E., Greene, R. W., & Rusell, R. L. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Child adolescent Psychiatry*, 35(9), 1193-1204.
- Boeije, H., Hart, H. 't., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom.
- Brown, J.D. (2008). Foster parents' perceptions of factors needed for successful foster placements. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 538-554.
- CBO (2010). *Handleiding focusgroep onderzoek*. Verkregen op 7 februari 2013 van <http://www.cbo.nl/Downloads/102/Handleiding%20focusgroepen.pdf>
- FCB (2011). *Rapport peiling Handelingsverlegenheid WJK*. Utrecht: FCB (Dienstverleners in Arbeidsmarktvoorwaarden).
- Fitzpatrick, R. & Boulton, M. (1994). Qualitative methods for assessing health care. *Quality in Health Care*, 3, 107-113.
- Gardeniers, M. & Vries, A. de (2011). *Factsheet gezinshuizen. Gezinshuizen in Nederland; een verkenning*. De Glind: Rudolphstichting en Gezinshuis.com.
- Gardeniers, M. & Vries, A. de (2012). *Continuïteit in gezinshuizen. Ervaring professionele opvoeders en onderzoeksgegevens verzameld*. De Glind: Rudolphstichting/ Gezinshuis.com.

- Harman, J.S., Childs, G.E., Kelleher, K.J. (2000). Mental health care utilization and expenditures by children in foster care. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 154, 1114–1117.
- Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1086–1098.
- Hussey, D. I. & Guo, S. (2005). Characteristics and trajectories of treatment foster care youth. *Child Welfare*, 84(4), 485–506.
- James, S. (2010). Promoting placement stability by studying the dynamics and antecedents of placement instability. *Child Welfare 360^o (CW360^o)*, Spring, 12-13. Center for Advanced Studies in Child Welfare (CASCW), School of Social Work, College of Education and Human Development, University of Minnesota.
- Janssens, A. & Deboutte, D. (2010). Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 353-359.
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., Mulligan, A., Lawlor, M., Belton, M. & Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.
- Mataheru, M.J. (1995). *Vroegtijdige onderkenning van gedragsstoornissen bij verstandelijk gehandicapten*. Amersfoort: 's Heerenloo.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 609-621.
- McCoy, H., McMillen J.C. & Spitznagel E.L. (2008). Older youth leaving the foster care system: Who, what, when, where, and why? *Children and Youth Services Review*, 30, 735–745.
- Meertens, L.M.I. (2009). De mediërende rol van opvoeding op de relatie tussen persoonlijkheidsdimensies en externaliserend probleemgedrag bij kinderen met ADHD en ODD. Verkregen op 15 april 2013 van <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2010-0128-200146/Masterthesis%20Meertens,%20LMI-0203456.pdf>
- Meuwissen, I. (2011). *Een landelijke sectorverkenning. Kenmerken van en opvoeding binnen*

- gezinshuizen*. Masterthesis Universiteit Utrecht. De Glind/Utrecht: Rudolphstichting/Universiteit Utrecht.
- Meininger, H. P. (2001). Authenticity in community: Theory and practice of an inclusive anthropology in care for persons with intellectual disabilities. In: W. C. Gaventa, D. L. Coulter, *Spirituality and Intellectual Disability*. New York, NY: Haworth Press.
- Moore, J. & Fombonne, E. (1999). Psychopathology in adopted and non-adopted children: a clinical sample. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 403 -409.
- Morgan D. (1996) Focus groups. *Annual Review Sociology*, 22, 129–152.
- Pilowsky, D.J., Wu, L.T. (2006). Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health*, 38, 351–358.
- Ploeg, van der, J.D. (2002). *Orthopedagogische werkvelden in Nederland*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Rogeness, G. A., Hoppe, S. K., Macedo, C. A., Fischer, C., & Harris, W R. (1988). Psychopathology in hospitalized, adopted children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5), 628-631.
- Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, J. & Angold, A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(3), 365-373.
- Satake, H., Yamashita, H., & Yoshida, K. (2004). The family psychosocial characteristics of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder with of without oppositional of conduct problems in Japan. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 219-235.
- Steege, M. van der (2012). *Gezinshuizen in de jeugdzorg. Kennis verzameld en de stand van zaken*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Steege, M. van der (2013). Langdurig opgroeien van uithuisgeplaatste kinderen. *Jeugdbeleid*, 7(1), 23-28.
- Verlaat, E. van 't & Luttik, M-L. (2008). Data verzamelen door interviews. *Cordiaal*, 2, 66.
- Vries, A. de & Gardeniers, M. (2013). Wat hebben de gezinshuizen in huis? *Jeugdbeleid*, 7(1), 5-12.

Bijlage 1: Model van Bruininks

Basisaanpak

Klimaat creëren

- Basisregels
- Ruimte
- Ritme
- Materiaal

Situaties hanteren

- Vrijtijdssituaties
- Spelsituaties
- Eetsituaties
- Werk-
/taaksituaties
- Gesprekssituaties
- Lichamelijk
contactsituaties
- Bijzondere
situaties

Relatie presenteren

Houding:

- Jezelf blijven
- Accepteren van de
persoon achter
het gedrag
- Vriendelijk-zakelijk
en/of persoonlijk
- Zorg

Handelen:

- Het stellen van
grenzen
- Helderheid in
handelen
- Het volgen en
bevestigen van
initiatieven

Bijlage 2: Interviewleidraad voor focusgroepen

Inleiding

'Hartelijk welkom vandaag, heel fijn dat u bent gekomen! Mijn naam is (...) en ik ben (...) aan de CHE. Dat is (student). Zij zal aantekeningen maken, dit helpt ons later met het uitwerken en ook enkele vragen stellen. Wilt u, voor zover mogelijk, uw mobiele telefoon uitzetten? Het thema van deze focusgroep is de relatie van de professionele opvoeders met de in huis geplaatste puber. De aanleiding van het onderzoek is dat veel pubers ongepland en voortijdig vertrekken. Uiteindelijk willen we komen tot aanbevelingen van wat werkt in de omgang met pubers. Daarvoor moeten we natuurlijk weten wat nu die lastige momenten zijn en waar spanningen ontstaan. Vandaag willen we hier meer zicht op krijgen en hopen we dat u ons daar meer over kunt vertellen: wat waren leermomenten in de omgang met puber. Wat heeft u door uw ervaring geleerd en zou u nu anders doen? We zullen dit interview opnemen op video, zodat we het zorgvuldig en precies kunnen uittypen. Uw namen zullen geanonimiseerd worden en vervolgens zullen de tapes vernietigd worden. Van ons als onderzoekers kunt u ook vertrouwelijkheid verwachten. Ook verwachten we dat hetgeen hier besproken wordt vertrouwelijk blijft, als in een intervisie groep, en we elkaars verhalen respecteren. Het is handig dat we er allemaal op letten dat iedereen aan bod komt. Zijn er nog vragen? Dan starten we de opname en gaan van start'

	Type vraag:	Interviewvraag	
1.	Openingsvraag	Hoe zou je de band omschrijven tussen uzelf en de puber?	
2.	Kernvragen naar leermomenten in relatie professionele opvoeder-puber.	<p>De volgende vraag gaat over een situatie waarin u geleerd heeft over de relatie met uw puber. Kunt u een dergelijke situatie uitkiezen en vertellen hoe dit er precies aan toe gaat? (6x deze vraag behandelen)</p> <p>Situaties hanteren rond:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. <i>Vrije tijd</i> (multimedia, drank/drugs, uitgaan) II. <i>Maaltijd</i>, samen eten. III. <i>Gesprekken</i> (bijv. over financiën, biologische ouders) IV. <i>School/huiswerk/taken</i>. <p>Wie herkent deze situatie? Reacties van andere ouders (noteren door student)</p>	<p>Verdiepingsvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat zeg je dan? (relatie) • Wat vind daarvan? (houding/ klimaat) • Wat dacht je? • Hoe verklaar je dat? (verklaring) • Kun je daar wat meer over vertellen? (uitbreiding).
3.	Overige vragen, mits niet eerder behandeld	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe gaat u om met seksualiteit in uw gezinshuis? • Hoe gaan jullie om met de biologische ouder, als die op 	

		bezoek komt? <ul style="list-style-type: none"> • Hoe praten jullie met de kinderen over hun biologische ouders? • Heeft u ervaring met jongeren met hechtingsproblemen? • Wat heeft u specifiek geleerd met betrekking tot het omgaan met een puber met een hechtingsstoornis? 	
4	Slotvraag	Welk advies zou u meegeven aan een beginnende professionele opvoeder met een jongere in de puberleeftijd?	
5.	Achter de hand:	Welke situaties omtrent de ontwikkeling van uw puber heeft u (onlangs) besproken met uw gezinscoach?	

'Heel hartelijk dank voor uw tijd! We waarderen het enorm dat u hierheen bent gekomen en hebt willen meewerken, dat is enorm waardevol. (info over resultaten, follow-up). Daarnaast kunt u contact met ons opnemen als u vragen heeft. Een goede terugreis!

Bijlage 3: Interviewleidraad professionals (psycholoog en gezinsvoogd)

Allereerst hartelijk bedankt dat u mee wilt werken aan dit interview. Ik ben Thomas van Ekeris en ben stagiair bij het Lectoraat Jeugd & Gezin. Op dit moment wordt door het lectoraat onderzoek gedaan naar de relatie tussen ouders en de opgenomen pubers in gezinshuizen. Er zijn focusgroepinterviews gehouden met professionele opvoeders. Door middel van dit interview willen we proberen over een specifiek onderwerp meer te weten te komen. Ik ben vooral geïnteresseerd in de diagnoses ADHD, ODD en CD en welke rol deze diagnoses spelen in een gezinshuis. Dit interview wordt opgenomen, zodat ik het interview hierna kan uittypen. Daarna zal de geluidsopname vernietigd worden en we zullen uw naam en gegevens anoniem verwerken. Heeft u nog vragen?

Type vraag	Interviewvraag	Verdiepingsvragen
Inleidende vraag	Kunt u iets vertellen over uzelf en over uw werk?	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe verklaar je dat? (verklaring) • Kun je daar wat meer over vertellen? (uitbreiding).
Kernvragen	<p><u>Hoofdonderwerp:</u> Diagnoses ADHD/ODD/CD bij jongeren</p> <p><u>Subonderwerpen:</u></p> <p>1. <i>Prevalentie</i> Hoe vaak komt ADHD, ODD en CD voor bij jongeren in gezinshuizen?</p> <p>2. <i>Matching</i> - Vindt u de hulpverlening in de vorm van een gezinshuis passend bij jongeren met de diagnose ADHD, ODD of CD? Waarom wel/niet? - Wordt bij de matching van kinderen en professionele opvoeders rekening gehouden met psychopathologie van het kind en kwaliteiten van professionele opvoeders? Op welke manier?</p> <p>3. <i>Plaatsingen</i> Wat is uw ervaring met plaatsingen van kinderen met ADHD, ODD en/of CD? Hoe vaak is er sprake van vroegtijdige beëindiging?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe verklaar je dat? (verklaring) • Kun je daar wat meer over vertellen? (uitbreiding).

	<p>4. <i>Psycho-educatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wordt er aandacht besteed aan specifieke opvoeding bij bepaalde problemen (zoals ADHD)? Op welke manier? - Hoe belangrijk is kennis over stoornissen (zoals ADHD) voor ouders? 	
Slotvraag	Wat is volgens u het meest belangrijk bij het werken met jongeren met (ernstige) gedragsproblemen?	
Samenvatting en afsluiting	Als ik even mag samenvatten: de belangrijkste punten die u aangeeft zijn ... Herkent u dit? Hartelijk dank voor uw tijd en medewerking! Hierdoor kunnen we ons onderzoek nog completer maken. U kunt contact met het lectoraat opnemen als u nog vragen heeft. Het interview zal ik letterlijk uittypen. Wilt u dat ik het interview naar u toestuur als het uitgewerkt is?	

Bijlage 4: Interviewleidraad professionele opvoeders

Allereerst hartelijk bedankt dat u mee wilt werken aan dit interview. Ik ben Thomas van Ekeris en ben stagiair bij het Lectoraat Jeugd & Gezin, die onderzoek doet naar de relatie tussen ouders en de opgenomen pubers in gezinshuizen. Een paar weken geleden heeft u deelgenomen aan een focusgroepinterview en door middel van dit interview willen we proberen over een specifiek onderwerp meer te weten te komen. Ik ben vooral geïnteresseerd in de diagnoses ADHD, ODD en CD bij de opgenomen puber en hoe u als ouder daarmee omgaat. Dit interview wordt opgenomen, zodat ik het interview hierna kan uittypen. Daarna zal de geluidsopname vernietigd worden en we zullen uw naam en gegevens anoniem verwerken. Heeft u nog vragen?

Type vraag	Interviewvraag	Verdiepingsvragen
Inleidende vraag	Kunt u iets vertellen over uzelf en uw werk?	<ul style="list-style-type: none"> • Wat zeg je dan? (relatie) • Wat vind daarvan? (houding/ klimaat) • Wat dacht je? • Hoe verklaar je dat? (verklaring) • Kun je daar wat meer over vertellen? (uitbreiding).
Kernvragen	<p><u>Hoofdonderwerp:</u> Diagnoses ADHD/ODD/CD bij jongeren</p> <p><u>Subonderwerpen:</u></p> <p>1. <i>(Voor)kennis</i> Wat wist u voordat u aan dit werk begon over ADHD, ODD en CD? Hoe kwam u aan deze kennis? Welke kennis heeft u in uw werk opgedaan over deze diagnoses?</p> <p>2. <i>Opvoedingspraktijk</i> Heeft u voorbeelden van andere ouders hoe zij met hun kinderen met ADHD, ODD en CD omgingen? Wat heeft u van hen geleerd? Hoe maakt u zelf het onderscheid in welk afwijkend gedrag bij de diagnose hoort en welk gedrag niet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wat zeg je dan? (relatie) • Wat vind daarvan? (houding/ klimaat) • Wat dacht je? • Hoe verklaar je dat? (verklaring) • Kun je daar wat meer over vertellen? (uitbreiding).

	<p>3. <i>Psycho-educatie</i> Praat u met de jongere over zijn/haar diagnose? Wanneer? Hoe brengt u het ter sprake? Heeft u andere manieren geprobeerd om de jongere inzicht in de diagnose te geven? Hoe is het voor de jongere om over zijn diagnose te praten? Hoe reageert hij/zij?</p> <p>4. <i>Opvoedingsstijl</i> Verschilt uw opvoedingsstijl bij opgenomen kinderen met ADHD, ODD en/of CD met andere opgenomen kinderen? En verschilt het met biologische kinderen? Waaruit bestaan die verschillen? Hoe reageert de puber met de diagnose op uw opvoedingsstijl? En de andere kinderen?</p>	
Slotvraag	Wat is volgens u het meest belangrijk bij het werken met jongeren met (ernstige) gedragsproblemen?	
Samenvatting en afsluiting	Als ik even mag samenvatten: de belangrijkste punten die u aangeeft zijn ... Herkent u dit? Hartelijk dank voor uw tijd en medewerking! Hierdoor kunnen we ons onderzoek nog completer maken. U kunt contact met het lectoraat opnemen als u nog vragen heeft. Het interview zal ik letterlijk uittypen. Wilt u dat ik het interview naar u toestuur als het uitgewerkt is?	