



# VERSLAG

**TYPERENDE KENMERKEN VAN  
UITHUISGEPLAATSTE KINDEREN IN  
PLEEGZORG, GEZINSHUIZEN EN  
OPEN RESIDENTIE  
- DE STARTSITUATIE -**

Typerende kenmerken van uithuisgeplaatste kinderen in  
pleegzorg, gezinshuizen en open residentie  
- de startsituatie -

Horizon: onderzoeksafdeling  
Drs. H. Leloux-Opmeer  
Dr. C. Kuiper  
Prof. Dr. E.M. Scholte

juli 2015

# Inhoudsopgave

---

Voorwoord	
1. Inleiding	7
2. Onderzoeksmethode	8
2.1. Inleiding	8
2.2. Onderzoeksvragen, design, onderzoekspopulatie en hypothesen	8
2.2.1. Onderzoeksvragen	8
2.2.2. Design	8
2.2.3. Onderzoekspopulatie	8
2.2.4. Hypothesen	8
2.3. Dataverzameling	9
2.3.1. Inclusiecriteria	9
2.3.2. Onderzoeksprocedure	10
2.4. Samenstelling onderzoekspopulatie	10
2.4.1. Respons van de onderzoekspopulatie	10
2.4.2. Kenmerken van de onderzoekspopulatie	11
2.4.3. Representativiteit van de onderzoekspopulatie	11
2.5. Meetinstrumenten	12
2.6. Data-analyse	13
3. Typerende kenmerken bij plaatsing volgens dossiergegevens	14
3.1. Inleiding	14
3.2. Biologische context	14
3.2.1. Geslacht, leeftijd en IQ	14
3.2.2. Samenvatting biologische context	14
3.3. Individuele context	15
3.3.1. Kindproblematiek bij plaatsing	15
3.3.2. Schoolkenmerken bij plaatsing	16
3.3.3. Samenvatting individuele context bij plaatsing	17
3.4. Gezinscontext	18
3.4.1. Gezinsamenstelling bij plaatsing	18
3.4.2. Gezinsproblematiek bij plaatsing	18
3.4.3. Samenvatting gezinscontext bij plaatsing	20
3.5. Hulpverleningscontext	20
3.5.1. Hulpverleningsgeschiedenis	20
3.5.2. Vervangende opvoedingssituatie	23
3.5.3. Hulpverleningsprognose	25
3.5.4. Samenvatting hulpverleningscontext	25
3.6. Sociaal-culturele context	26
3.6.1. Etniciteit	26
3.6.2. Sociaal-economische status	26
3.6.3. Samenvatting sociaal-culturele context	27
3.7. Samenvatting typerende kenmerken bij plaatsing	27

4.	Testresultaten bij plaatsing .....	29
4.1.	Inleiding .....	29
4.2.	Psychosociale problemen bij plaatsing (ASEBA) .....	29
4.2.1.	ASEBA-resultaten van biologische ouders.....	29
4.2.2.	ASEBA-resultaten van vervangende opvoeders .....	30
4.2.3.	Vergelijking ASEBA-resultaten tussen de ouders en opvoeders .....	30
4.2.4.	ASEBA-resultaten in relatie tot eerdere resultaten.....	30
4.3.	Relatie met vervangende opvoeder kort na plaatsing (LLRV) .....	30
4.3.1.	LLRV-resultaten van de vervangende opvoeders .....	30
4.3.2.	LLRV-resultaten in relatie tot eerdere resultaten.....	31
4.4.	Gezinsfunctioneren bij plaatsing (GVL).....	31
4.4.1.	GVL-resultaten biologische ouders .....	31
4.4.2.	GVL-resultaten pleegouders.....	32
4.4.3.	GVL-resultaten in relatie tot eerdere resultaten .....	32
4.5.	Mate van sociale en emotionele onthechting (VFO) .....	32
4.5.1.	VFO-resultaten van de vervangende opvoeders.....	32
4.5.2.	VFO-resultaten in relatie tot eerdere resultaten .....	32
4.6.	Samenvatting testresultaten .....	33
5.	Conclusie.....	34
5.1.	Inleiding .....	34
5.2.	Beantwoording centrale onderzoeksvraag .....	34
5.3.	Profiel schets per zorgvorm .....	35
5.4.	Hypothetische schets van de hulpverleningsroute .....	36
5.5.	Aanbevelingen .....	37
	Literatuurlijst .....	40
	Bijlagen .....	43
	Bijlage 1: Tabellen deelname en respons.....	43
	Bijlage 2: Omschrijving van de meetinstrumenten .....	44
	Bijlage 3: Tabellen individuele problemen .....	46
	Bijlage 4: Tabellen gezinsproblemen.....	48
	Bijlage 5: Tabellen hulpverleningsgeschiedenis.....	49
	Bijlage 6: Tabellen testgegevens .....	50

## Voorwoord

---

Door de Universiteit Leiden (afdeling Orthopedagogiek) wordt samen met Horizon Jeugdzorg en Onderwijs onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van 4-12 jarige kinderen die uithuis zijn geplaatst in de drie meest voorkomende zorgvormen bij uithuisplaatsing, te weten pleegzorg, gezinshuizen en open residentie. Binnen het onderzoeksproject wordt een reeks van deelonderzoeken uitgevoerd.

In het eerste onderzoeksrapport werd aan de hand van de bestaande wetenschappelijke literatuur een beeld geschetst van de kinderen die in de drie genoemde zorgvormen worden opgenomen. De laatste decennia is echter fors geïnvesteerd in de professionalisering van het Jeugdzorgstelsel en met name van de pleegzorg. Het is mogelijk dat het beeld vanuit de literatuur niet meer volledig spoort met de hedendaagse situatie. Daarom is in aanvulling op het literatuuronderzoek een empirisch onderzoek uitgevoerd naar de kenmerken van de kinderen die in 2013 en het eerste kwartaal van 2014 zijn opgenomen in pleegzorg, gezinshuizen en open residentie. Dit biedt de mogelijkheid om ons beeld van de kinderen die in de drie meest voorkomende zorgvormen bij uithuisplaatsing worden opgenomen, te actualiseren.

In dit tweede onderzoeksrapport wordt verslag gedaan van de onderzoeksresultaten van het empirische onderzoek. Er wordt een beschrijving gegeven van de aanwezige kind- en gezinsproblemen bij plaatsing en van het tot dan toe gelopen hulpverleningstraject. Hierbij wordt vanuit verschillende perspectieven de startsituatie beschreven en zijn dossiergegevens geanalyseerd om een zo volledig mogelijk beeld te kunnen schetsen van de situatie van de kinderen bij de start van de geboden jeugdzorg in het kader van de uithuisplaatsing.

De gegevens van het empirische onderzoek worden niet alleen gebruikt om eerdere kennis over uithuisgeplaatste kinderen te vernieuwen. Ze vormen tevens de basis van het vervolgonderzoek naar de ontwikkeling van de kinderen op korte termijn ofwel één jaar na plaatsing (3<sup>e</sup> rapport). Daarnaast worden de gegevens gebruikt om in het vierde onderzoek te kunnen bepalen of er valide besluitvormingsadviezen zijn op te stellen over welke zorgvorm met het oog op doelmatigheid en effectiviteit de voorkeur heeft indien er sprake is van een op handen zijnde uithuisplaatsing (4<sup>e</sup> rapport).

Voor de uitvoering van het onderzoek hebben velen zich ingezet. Een woord van dank is dan ook op zijn plaats. Allereerst zijn we zeer erkentelijk voor de financiële steun die de Stichting Gereformeerd Burger Weeshuis van Rotterdam heeft geboden om het onderzoek uit te voeren. Daarnaast worden de deelnemende collega-instellingen ten zeerste bedankt voor hun belangeloze inzet voor het onderzoek. Hierdoor is het uiteindelijk gelukt de subpopulatie kinderen in gezinshuizen voor het onderzoek te behouden. Dit is van grote meerwaarde voor de resultaten. Verder gaat onze dank natuurlijk ook uit naar de inzet van de interne collega's en pleegouders voor het invullen van alle vragenlijsten naast hun reguliere werkzaamheden. De uitzonderlijk hoge responspercentages getuigen van grote betrokkenheid bij de doelgroep en bij de organisatie. Specifiek willen we Yolinda Assenberg van MKT Oostvoorne bedanken voor haar scherpzinnigheid en haar consciëntieuze inzet bij het uitzetten, volgen en verwerken van de uitgezette sets vragenlijsten de afgelopen jaren. Dit heeft zeker bijgedragen aan de hoge respons en aan de kwaliteit van de onderzoeksresultaten. Tot slot dank aan alle niet genoemde betrokkenen die zich actief hebben ingezet door middel van het geven van feedback, het invoeren van vragenlijsten, het uitvoeren van dossieranalyse of het zorgen voor publiciteit voor het onderzoek.

Leiden/Rotterdam, juli 2015

Prof. dr. Evert Scholte



# 1. Inleiding

---

In het eerste rapport van de reeks onderzoeksrapporten naar de ontwikkelingsperspectieven van kinderen in de verschillende zorgvormen bij uithuisplaatsing en succesbepalende factoren daarbij, is op basis van een gestructureerde literatuurreview beschreven door welke doelgroepkenmerken kinderen in pleegzorg, gezinshuizen en open residentie getypeerd worden [36]. Uit deze literatuurstudie blijkt dat er over bepaalde doelgroepkenmerken nog weinig bekend is of dat hetgeen bekend is, verouderd is. Daarnaast blijkt uit de literatuurstudie dat er slechts een beperkt aantal studies beschikbaar is waarbij de doelgroepkenmerken van kinderen in de verschillende zorgvormen met elkaar zijn vergeleken, iets wat ook geconstateerd wordt door Farmer e.a. [19]. Zij stellen dat er veel studies zijn die de effectiviteit van de jeugdzorg hebben aangetoond middels voor- en nametingen, maar dat een systematische vergelijking van kinderen in de verschillende zorgvormen een stuk zeldzamer is en vaak ook een minder rooskleurig beeld schets van de effectiviteit [19]. Ook Barth e.a. [6] pleiten voor meer onderzoek naar onderscheidende doelgroepkenmerken van kinderen in verschillende zorgvormen, omdat dit kennis oplevert over redenen voor overplaatsingen wat vervolgens kan bijdragen aan de verbetering van de efficiëntie en effectiviteit van de hulp.

In dit tweede onderzoeksrapport wordt verslag gedaan van het onderzoek naar uithuisgeplaatste kinderen in pleegzorg, gezinshuizen en open residentie met als doel meer actuele kennis te verwerven over kenmerken van kinderen in de drie zorgvormen, en overeenkomsten en verschillen daarin. De meerwaarde van dit onderzoek is onder andere dat de kind- en gezinsproblematiek vanuit meerdere perspectieven belicht wordt. Deze wordt namelijk zowel vanuit de historie (dossiergegevens) als vanuit het perspectief van biologische ouders, de vervangende opvoeders en de behandelcoördinator (testgegevens) beschreven. Er is wederom gebruik gemaakt van de indeling van het model van Kerig e.a. [33] om de onderzoeksresultaten weer te geven. Eveneens waardevol is de uitgebreide beschrijving van de hulpverleningsgeschiedenis van uithuisgeplaatste kinderen die in dit onderzoeksrapport wordt geboden, aangezien in Nederland nog weinig bekend is over bijvoorbeeld het gemiddeld aantal uithuisplaatsingen en herhaald beroep op de jeugdzorg [36].

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt allereerst beschreven welke onderzoeksvragen zijn geformuleerd en welke onderzoeksmethode is gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden. In hoofdstuk 3 worden de doelgroepkenmerken van de kinderen gepresenteerd zoals die voortkomen uit de dossiergegevens en volgt een inschatting van de behandelcoördinator over het verloop van het behandeltraject. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 beschreven hoe de kinderen te typeren zijn op basis van de testresultaten. In hoofdstuk 5 vindt een slotbeschouwing plaats en wordt per zorgvorm een samenvattende profielschets gegeven van de typerende kenmerken van de uithuisgeplaatste kinderen.

## 2. Onderzoeksmethode

---

### 2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat de onderzoeksmethode centraal. In paragraaf 2.2 van dit hoofdstuk worden de centrale onderzoeksvraag, de boogde populatie en de verwachte onderzoeksresultaten (de onderzoekshypothesen) beschreven. Paragraaf 2.3 geeft een overzicht van de wijze van dataverzameling waarbij allereerst de inclusiecriteria aan bod komen (§ 2.3.1) en vervolgens de gehanteerde onderzoeksprocedure (§ 2.3.2). Daarna wordt in paragraaf 2.4 de samenstelling van de onderzoekspopulatie vermeld, bestaande uit de respons (§ 2.4.1), de kenmerken van de onderzoekspopulatie (§ 2.4.2) en de representativiteit van deze populatie (§ 2.4.4). In paragraaf 2.5 komen de gebruikte onderzoeksinstrumenten aan bod. Tot slot wordt in paragraaf 2.6 de wijze van data-analyse besproken.

### 2.2. Onderzoeksvragen, design, onderzoekspopulatie en hypothesen

#### 2.2.1. Onderzoeksvragen

De centrale vraag van dit onderzoek is: *Welke overeenkomsten en verschillen in kindkenmerken, gezinskenmerken, hulpverleningskenmerken en sociaal-culturele kenmerken zijn er tussen 4-12 jarige kinderen bij plaatsing in pleegzorg, gezinshuizen of open residentie?*

Deze hoofdvraag wordt onderverdeeld in de volgende deelvragen:

1. Welke kind-, gezin- en omgevingsproblemen zijn aanwezig bij plaatsing?
2. Wat is de hulpverleningsgeschiedenis bij plaatsing?
3. Welke sociaal-culturele kenmerken hebben kinderen bij plaatsing?
4. Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de kinderen binnen de verschillende subpopulaties op bovengenoemde aspecten?

#### 2.2.2. Design

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van een cross-sectioneel onderzoeksdesign. Bij zo'n design wordt op een specifiek moment voor een specifieke groep respondenten de benodigde informatie verzameld. In dit geval betreft het niet-experimenteel observationeel onderzoek waarbij gebruik is gemaakt van diverse vragenlijsten om de gegevens te verzamelen. Daarnaast is gebruik gemaakt van de aanwezige dossiergegevens.

#### 2.2.3. Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit kinderen in de basisschoolleeftijd (4-12 jaar) die nieuw of recentelijk (<3 maanden geleden) zijn ingestroomd in een pleeggezin<sup>1</sup>, gezinshuis of open residentiële behandelgroep van Horizon. Specifiek voor de kinderen in gezinshuizen geldt dat een deel (34%) afkomstig is uit een gezinshuis van een collega-instelling. De nieuw ingestroomde kinderen kunnen rechtstreeks vanuit hun biologische gezin komen of vanuit een andere zorgvorm. Gekozen is voor kinderen in de basisschoolleeftijd, omdat het aannemelijk is dat bij oudere jeugd aanwezige risicofactoren zoals een biologische kwetsbaarheid of eerdere traumatische ervaringen (deels) al verankerd zijn in hun psychosociale ontwikkeling [33, 57]. Om preventief te kunnen handelen, dienen de aanwezige risico- en protectieve factoren in zo'n vroeg mogelijk stadium in kaart te worden gebracht.

#### 2.2.4. Hypothesen

Op basis van het literatuuronderzoek [36] en aanvullende literatuur wordt in dit onderzoek allereerst verwacht dat de kindproblematiek van pleegkinderen gemiddeld minder ernstig is dan die van kinderen in gezinshuizen of residentieel geplaatste kinderen. Anderzijds is de gezinsproblematiek van

---

<sup>1</sup> Dit kan zowel een pleeggezin in reguliere pleegzorg als behandelpleegzorg zijn.



de biologische gezinnen van pleegkinderen vermoedelijk ernstiger dan de gezinsproblematiek van kinderen in gezinshuizen of open residentie. Wat betreft de ernst van de kind- en gezinsproblematiek van kinderen in gezinshuizen wordt verder op grond van het literatuuronderzoek ingeschat dat deze tussen die van pleegkinderen en residentieel geplaatste kinderen in ligt [36]. Ten derde zullen kinderen in gezinshuizen en residentieel geplaatste kinderen waarschijnlijk een langere hulpverleningsgeschiedenis hebben dan pleegkinderen, voortvloeiend uit de wettelijke bepaling dat eerst gestart wordt met een lichtere vorm van hulp alvorens gekozen wordt voor een zwaardere behandelsetting [25]. Specifiek voor kinderen in gezinshuizen geldt daarbij dat verwacht wordt dat zij doorgaans vanuit een andere zorgvorm in het gezinshuis terecht zijn gekomen. Tot slot is ten aanzien van residentieel geplaatste kinderen de verwachting dat zijn gemiddeld het meest aantal plaatsingen hebben meegemaakt, mede omdat er een tendens lijkt te zijn deze setting te beschouwen als een 'last resort' [21, 63]. Ook is het mogelijk dat zij minder in staat zijn om te gaan met (emotionele) intimiteit in vergelijking met pleegkinderen en kinderen in gezinshuizen, aangezien dit door zowel door Doran en Berliner [15] als Curtis e.a. [13] als reden genoemd wordt om een kind niet in een gezinssetting als een pleeggezin of gezinshuis te plaatsen.

## **2.3. Dataverzameling**

### **2.3.1. Inclusiecriteria**

Voorafgaand aan het onderzoek werd gestreefd naar tenminste 70 respondenten per zorgvorm ofwel subpopulatie. In eerste instantie is alleen geworven binnen Horizon, zodat de uitgangspunten van de geboden zorg (het behandelbeleid) dan voor alle subpopulaties gelijk zouden zijn. De gehanteerde inclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek zijn als volgt:

- Het kind is nieuw of recentelijk (<3 maanden geleden) ingestroomd in desbetreffende subpopulatie (pleegzorg, gezinshuizen, open residentie) in de periode van 1 januari 2013 tot en met 31 maart 2014.
- Het betreft een perspectief zoekende of perspectief biedende plaatsing (crisisplaatsingen uitgesloten).
- Bij aanvang van de plaatsing is het kind tenminste vier en maximaal twaalf jaar.
- Het kind heeft een totale IQ-score van 70 of hoger.
- Naar verwachting is het verblijf minimaal een jaar.
- Het pleeggezin mag zowel een bestandsgezin als netwerkgezin zijn.
- Het verzoek tot deelname aan het onderzoek mag de behandelrelatie niet schaden.

Tijdens de looptijd van het onderzoek bleek dat er onvoldoende nieuwe kinderen instroomden in de gezinshuizen vanwege stagnatie van de doorstroom naar een vervolgplaats. Om het beoogde aantal toch te benaderen, zijn een drietal acties ondernomen. Ten eerste is de dataverzameling binnen Horizon met een halfjaar verlengd in de hoop dat er nog nieuwe kinderen in zouden stromen. Daarnaast zijn 12 jeugdzorginstellingen met gezinshuizen in hun zorgaanbod benaderd om aan te sluiten bij het onderzoek. Van deze 12 collega-instellingen hebben er 10 aangegeven deel te willen nemen. Bij vijf collega-instellingen bleek er echter geen nieuwe instroom te zijn in de gestelde onderzoeksperiode. Bij de overige vijf collega-instellingen was wel sprake van (beperkte) instroom en is deelgenomen aan het onderzoek. Het betreft de volgende instellingen: Driestroom, Jeugdformaat, Kompaan en de Bocht, Stek Jeugdhulp en TriviumLindenhof. Tot slot is het aantal respondenten in de subpopulatie gezinshuizen verhoogd middels retrospectief dossieronderzoek van kinderen die in 2011 of 2012 zijn ingestroomd in een gezinshuis van Horizon. Er konden nog 21 respondenten worden geïnccludeerd, waarbij tevens bij zeven respondenten relevante gedragsvragenlijsten beschikbaar bleken.

### 2.3.2. Onderzoeksprocedure

De onderzoeksprocedure was als volgt:

- a Binnen Horizon is aan biologische ouders<sup>2</sup> voor vragenlijsten die buiten de gestandaardiseerde uitkomstenmonitor van Horizon vielen per brief gevraagd de vragenlijst in te vullen en toestemming te verlenen voor geanonimiseerd gebruik van de gegevens. Bij de collega-instellingen ontvingen de biologische ouders van kinderen die voldeden aan de inclusiecriteria eveneens een brief met uitleg, een toestemmingsformulier en een set met vragenlijsten. Indien toestemming werd verleend, kon de vragenlijstset worden ingevuld en geretourneerd samen met het ingevulde toestemmingsformulier. Wanneer deelname niet gewenst was, konden de biologische ouders dit eveneens aangeven op het toestemmingsformulier en deze retourneren zonder desbetreffende vragenlijstset. De ouders konden er ook voor kiezen zelf niet deel te nemen, maar wel toestemming te verlenen voor het benaderen van de jeugdzorgmedewerkers van hun kind. Als de uithuisplaatsing meerdere kinderen uit hetzelfde gezin betrof, ontvingen de ouders per kind een vragenlijstset.
- b Bij het uitblijven van een reactie is eenmalig een herhalingsverzoek gestuurd en is de betrokken jeugdzorgmedewerker gevraagd het onderzoek nog eens onder de aandacht te brengen bij de biologische ouders.
- c Drie maanden na aanvang van de hulp hebben de vervangende opvoeders een vragenlijstset ontvangen. Binnen pleegzorg zijn dit de pleegouders, binnen de gezinshuizen de gezinshuisouders en binnen de open residentie de mentoren. Daarnaast is de behandelcoördinator om dossierinformatie gevraagd. Gekozen is voor een termijn van drie maanden zodat de jeugdzorgmedewerkers het kind en het gezin voldoende zouden kennen voor het invullen van de vragenlijstset.
- d Specifiek voor pleegzorg geldt dat binnen de netwerkpleegzorg gewacht is met het uitzetten van de metingen totdat de netwerkscreening was afgerond en het pleeggezin daadwerkelijk geaccepteerd was als pleeggezin. Om die reden zit er tussen de plaatsing in het netwerkpleeggezin en de invuldatum van de vragenlijstset doorgaans meer tijd dan bij de plaatsingen in een bestandspleeggezin.

Om de anonimiteit te waarborgen, zijn de dossiernummers vervormd naar onderzoeksnummers bij het uitzetten en verwerken van de vragenlijsten.

## 2.4. Samenstelling onderzoekspopulatie

### 2.4.1. Respons van de onderzoekspopulatie

Van de 255 ingestroomde 4-12 jarigen in de vastgestelde periode zijn 11 cases (4%) op voorhand geëxcludeerd. Dit betroffen zeven pleegzorgplaatsingen, twee gezinshuisplaatsingen en twee residentiële plaatsingen. Meest voorkomende reden hiervoor was dat het een tijdelijke plaatsing betrof. Van de overige 244 potentiële respondenten ofwel de oorspronkelijke populatie zijn allereerst de biologische ouders benaderd voor deelname aan het onderzoek en het invullen van een startmeting, met uitzondering van de cases die louter dossieronderzoek betroffen. Omdat ouders ook toestemming konden geven voor deelname zonder zelf een vragenlijstset in te vullen omdat ze bijvoorbeeld verstandelijk beperkt zijn, ligt het aantal daadwerkelijk ingevulde sets lager dan het aantal deelnemende kinderen.

In Tabel 1 is per subpopulatie af te lezen hoeveel ouders daadwerkelijk een startset hebben ingevuld. Gemiddeld heeft 40% een vragenlijstset ingevuld. Baserend op het responsonderzoek van Baruch en Holtom [7] is dit responspercentage vergelijkbaar met het algemene percentage dat gevonden wordt bij metingen binnen de gezondheidszorg. In Tabel 1.1 van Bijlage 1 worden de redenen van non-respons gespecificeerd voor de groep ouders die geen toestemming verleenden.

---

<sup>2</sup> Dit kan ook de wettelijke gezaghebber (voogd) van het kind betreffen.

Tabel 1: Aantal (%) ingevulde startmetingen per informant per subpopulatie

	Ouder/ gezaghebber		Vervangend opvoeder <sup>1</sup>		Behandelcoördinator	
	uitgezet	ingevuld	uitgezet	ingevuld	uitgezet	ingevuld
Pleegzorg	81	32 (40)	65	49 (75)	64	63 (98)
Gezinshuizen-totaal	71	8 (11)	38	21 (55)	38	34 (89)
Intern	4	1 (25)	4	4 (100)	4	4 (100)
Ketenpartners	46	5 (11) <sup>2</sup>	13	12 (92)	13	9 (69)
Retrospectief	21	2 (10) <sup>3</sup>	21	5 (24) <sup>3</sup>	21	21(100)
Open residentie	92	58 (63)	89	88 (99)	89	84 (94)
<b>Totaal</b>	<b>244</b>	<b>98 (40)</b>	<b>192</b>	<b>158 (82)</b>	<b>191</b>	<b>181 (95)</b>

<sup>1</sup> Pleegouder / gezinshuisouder / mentor

<sup>2</sup> Er waren ook 8 ouders die wel toestemming gaven voor deelname maar zelf geen set invulden. Inclusief toestemming is het responspercentage 28%.

<sup>3</sup> Betreft het percentage dossiers waarin bruikbare onderzoeksgegevens van de betrokken respondent gevonden zijn.

In Tabel 1 is naast de respons van ouders ook af te lezen hoeveel vragenlijstsets door de jeugdzorgmedewerkers zijn ingevuld. Te zien is dat het totaal aantal uitgezette vragenlijsten lager ligt dan bij de ouders. Zo kon in pleegzorg bij een relatief groot deel van de kinderen (20%) geen meting worden uitgezet bij de jeugdzorgmedewerkers vanwege een vroegtijdige beëindiging van de plaatsing. Voor de jeugdzorgmedewerkers in de gezinshuizen van de collega-instellingen geldt dat in verband met het ontbreken van toestemming bij bijna driekwart (72%) van de jeugdzorgmedewerkers geen vragenlijstset kon worden uitgezet. In de subpopulatie open residentie konden vrijwel alle jeugdzorgmedewerkers benaderd worden. Het totale responspercentage van de vervangende opvoeders wordt overigens enigszins gedrukt omdat het aantal beschikbare vragenlijsten in het retrospectief onderzoek ook zijn meegerekend terwijl daar strikt genomen niet gesproken kan worden van respons. Wanneer deze niet meegerekend worden, komt het responspercentage van de vervangend opvoeders op 89%. Dit percentage is eveneens als het responspercentage van de behandelcoördinator zeer hoog te noemen.

Uiteindelijk zijn er 200 respondenten<sup>3</sup> bij wie door tenminste één informant een vragenlijstset is ingevuld, wat overeenkomt met 82% van de oorspronkelijke populatie. In Bijlage 1, Tabel 1.3 is de precieze verdeling van geïncludeerde respondenten per subpopulatie terug te vinden. In de volgende paragraaf wordt een beschrijving gegeven van diverse kenmerken van de uiteindelijke onderzoekspopulatie.

#### 2.4.2. Kenmerken van de onderzoekspopulatie

De uiteindelijke onderzoekspopulatie bestaat uit 72 pleegkinderen, 38 kinderen in gezinshuizen en 90 residentieel geplaatste kinderen in de leeftijd van 4-13 jaar ( $M=8.8$ ,  $SD=2.4$ ). De kinderen zijn ingestroomd in de periode tussen 1 oktober 2012 en 31 maart 2014 in één van de drie zorgvormen, hoofdzakelijk in provincie Zuid-Holland (95%). De onderzoekspopulatie bestaat voor 54% uit jongens. Specifiek voor pleegzorg geldt dat 39% van de pleegkinderen in een netwerkpleeggezin is geplaatst. Doorgaans betrof het een reguliere pleegzorgplaatsing, slechts bij tien pleegkinderen (14%) betrof het de behandelvariant.

#### 2.4.3. Representativiteit van de onderzoekspopulatie

Het is belangrijk te weten of de onderzoekspopulatie representatief is voor de oorspronkelijke populatie uithuisgeplaatste kinderen en dat de resultaten dus gegeneraliseerd kunnen worden naar alle kinderen binnen Horizon, met uitzondering van de subpopulatie kinderen in gezinshuizen. Om dit te toetsen zijn de responsgroep ( $n=200$ ) en non-responsgroep ( $n=44$ ) met elkaar vergeleken op de kenmerken leeftijd bij plaatsing, geslacht en zorgvorm. Uit de onafhankelijke  $t$ -toets blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de responsgroep bij plaatsing significant lager ligt dan de leeftijd van de non-

<sup>3</sup> Eén respondent heeft zowel een pleegzorgtraject als residentieel traject gevolgd. Het betreffen in totaal dus 199 unieke cliënten.

responsgroep,  $t(239)=2.50$ ,  $p<0.05$ . Het betreft echter een klein effect ( $d=0.32$ ) en de kinderen bevinden zich ondanks het verschil wel in dezelfde ontwikkelingsfase (middenbouw basisonderwijs). De deelnemende respondenten zijn gemiddeld 8.8 jaar ( $SD=2.4$ ) bij plaatsing en de kinderen in de non-responsgroep gemiddeld 9.8 jaar ( $SD=2.4$ ). Het percentage jongens in de responsgroep en non-responsgroep is vrijwel gelijk, respectievelijk 54% en 53%. Dit verschil is dan ook niet significant,  $\chi^2(1)=0.03$ ,  $N=240$ ,  $p=n.s.$

Als de verdeling van geslacht en leeftijd voor de drie zorgvormen afzonderlijk wordt vergeleken, blijkt de subpopulatie kinderen in gezinshuizen representatief te zijn voor de oorspronkelijke groep nieuw ingestroomde kinderen in de betrokken gezinshuizen. Ook de subpopulatie residentieel geplaatste kinderen blijkt representatief dus kan gegeneraliseerd worden naar alle nieuwe residentieel geplaatste kinderen in Horizon. Voor pleegzorg geldt dat er in de oorspronkelijke populatie verhoudingsgewijs vaker toestemming is gegeven voor jongens voor deelname aan het onderzoek,  $\chi^2(2)=3.96$ ,  $p<0.05$ ,  $N=81$ . In de onderzoekspopulatie is de verhouding deelnemende jongens en meisjes binnen pleegzorg min of meer gelijk.

Tot slot verschilt de verdeling van de kinderen over de drie zorgvormen tussen de responsgroep en de non-responsgroep significant van elkaar,  $\chi^2(2)=57.15$ ,  $N=244$ ,  $p<0.001$ . Dit betekent dat er in de onderzoekspopulatie verhoudingsgewijs meer residentieel geplaatste kinderen zitten dan in de oorspronkelijke populatie. Omdat het accent in dit onderzoek op de afzonderlijke cijfers voor de verschillende subpopulaties ligt en niet op de resultaten voor de onderzoekspopulatie als geheel, heeft deze oververtegenwoordiging van residentieel geplaatste kinderen geen grote gevolgen.

Bovenstaande kanttekeningen in acht nemend vormt de uiteindelijk verworven onderzoeksgroep een voldoende representatieve afspiegeling van de oorspronkelijke populatie nieuw ingestroomde kinderen in Horizon en gezinshuizen van collega-instellingen.

## 2.5. Meetinstrumenten

Er zijn verschillende meetinstrumenten gebruikt om de onderzoeksgegevens te verzamelen. Om de mogelijk psychosociale- en gedragsproblemen van het kind in kaart te brengen, is zowel door de biologische ouders als door de jeugdzorgmedewerkers de Nederlandse versie van de *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* ingevuld [1]. Deze Nederlandse versie heet de Child Behavior Checklist (CBCL) van Verhulst e.a. [64]. De CBCL is een veelgebruikt instrument in de jeugdzorg om het functioneren van een kind in beeld te brengen [2, 9]. Zowel voor ouders als voor de jeugdzorg-medewerkers is in dit onderzoek de ouder-versie gebruikt.

Daarnaast is in kaart gebracht hoe een kind omgaat met intimiteit ofwel emotionele beschikbaarheid en in hoeverre het zich verbonden voelt met zijn vervangende opvoeders. Hiervoor zijn twee instrumenten gebruikt, beide ingevuld door de directe opvoeders ofwel jeugdzorgmedewerkers in de verschillende subpopulaties. Allereerst is gebruik gemaakt van de *Vragenlijst Fundamentele Onthechting (VFO)* van Van der Ploeg en Scholte [60]. Met hulp van de VFO kan gescreend worden in hoeverre er bij het kind sprake is van een pervasief gebrek aan emotionele en sociale binding, hier fundamentele onthechting genoemd.

Een tweede instrument waarmee de mate van binding met de vervangende opvoeders is gemeten, is de *Leerkracht Leerling Relatie Vragenlijst (LLRV)* van Koomen e.a. [34]. De vragenlijst is in eerste instantie bedoeld om de relatie tussen de leerkracht en de leerling in kaart te brengen. De ontwikkelaars van de vragenlijst stellen daarnaast echter dat er duidelijk raakvlakken zijn tussen onderzoek naar de relatie tussen leerkracht en leerling en gehechtheidsonderzoek bij ouders en kinderen [34]. Bij het ontwikkelen van de vragenlijst is ook nadrukkelijk aansluiting gezocht bij de gehechtheidstheorieën en gehechtheidsprincipes. Op basis van de bevindingen van Koomen e.a. [34] over de gelijkenissen tussen de ouder-kind relatie en leerkracht-leerling relatie is er in dit onderzoek voor gekozen met de LLRV de relatie tussen de vervangende opvoeders en het uithuisgeplaatste kind te screenen.

Het gezinsfunctioneren van zowel het biologisch gezin als van het pleeggezin is gemeten middels de *Gezinsvragenlijst (GVL)* van Van der Ploeg en Scholte [61] en is ingevuld door de ouders en

pleegouders. Doel van de GVL is het in kaart brengen van de gezins- en opvoedingssituatie van kinderen van 4 tot en met 18 jaar. Binnen de gezinshuizen en open residentie is dit achterwege gelaten omdat in beide zorgvormen gewerkt wordt met pedagogisch geschoold personeel en derhalve beide zorgvormen minder goed vergelijkbaar zijn met een doorsnee gezinscontext.

Tot slot zijn typerende kenmerken geïnventariseerd middels de vooraf opgestelde populatievragenlijst (PPV). Met dit instrument kunnen de in dossiers vermelde kind- en gezinskenmerken systematisch worden geïnventariseerd, zoals het geslacht, leeftijd en gezinssituatie bij plaatsing, het aantal eerdere plaatsingen, soort onderwijs, schoolfunctioneren, diagnoses etc. De dossiervragenlijst is drie maanden na plaatsing ingevuld door de behandelcoördinator zelf of door de pleegzorgwerker of ouderbegeleider in samenspraak met de behandelcoördinator.

Een meer gedetailleerde beschrijving van de gebruikte onderzoeksinstrumenten is terug te vinden in Bijlage 2.

## **2.6. Data-analyse**

Voor de data-analyses is gebruik gemaakt van SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences). Voor het bepalen van overeenkomsten en verschillen tussen de subpopulaties op variabelen op intervalniveau zijn ANOVA's gebruikt (variantieanalyse). Voor de vergelijking van percentages tussen de drie subpopulaties zijn kruistabellen met Chi-kwadraat toetsten gebruikt. Voor de testresultaten geldt dat de ruwe scores zijn omgezet naar T-scores, zodat voor het beoordelen van de klinische significantie eenzelfde normering kon worden gebruikt. Voorafgaand aan de toetsing is beoordeeld of aan de voorwaarden voor de toets is voldaan.

## 3. Typerende kenmerken bij plaatsing volgens dossiergegevens

---

### 3.1. Inleiding

Centraal in dit hoofdstuk staan de typerende kenmerken van de kinderen in de drie subpopulaties bij plaatsing die bij het onderzoek van de dossiergegevens naar voren zijn gekomen. Om deze kenmerken gestructureerd weer te geven, is gebruik gemaakt van het bewerkte model van Kerig e.a. [33]. Voor een beschrijving van dit model wordt verwezen naar de literatuurstudie [36]. Allereerst komt in paragraaf 3.2 de biologische context aan bod. In de daaropvolgende paragraaf 3.3 wordt de individuele context besproken, bestaande uit de onderwerpen kindproblematiek bij plaatsing (§ 3.3.1), schoolkenmerken bij plaatsing (§ 3.3.2) en een samenvatting van de typerende individuele kenmerken (§ 3.3.3). In paragraaf 3.4 wordt de gezinscontext beschreven en komen achtereenvolgens een beschrijving van de gezinssamenstelling (§ 3.4.1), de gezinsproblematiek bij plaatsing (§ 3.4.2) en een samenvatting van typerende gezinskenmerken aan bod. In paragraaf 3.5 staat de hulpverleningscontext centraal met daarbij de hulpverleningsgeschiedenis (§ 3.5.1), de vervangende opvoedingssituatie (§ 3.5.2), de hulpverleningsprognose (§ 3.5.3) en een samenvatting van de typerende kenmerken van de hulpverleningscontext (§ 3.5.4). In paragraaf 3.6 wordt de sociaal-culturele context beschreven. Tot slot worden in de laatste paragraaf 3.7 alle typerende kenmerken die naar voren zijn gekomen uit de dossiergegevens en uit de vragenlijst van de behandelcoördinator weergegeven in een samenvattende tabel.

### 3.2. Biologische context

#### 3.2.1. Geslacht, leeftijd en IQ

Bij aanvang van de hulp is de verdeling van het *geslacht* van de kinderen tussen de drie subpopulaties gelijk ( $\chi^2(2)=4.63$ ,  $p=n.s.$ ). De drie subpopulaties zijn dus vergelijkbaar wat betreft de verhouding tussen jongens en meisjes.

Bij plaatsing is de *gemiddelde leeftijd* van pleegkinderen 7.9 jaar ( $SD=2.6$ ). Dit verschilt significant met de gemiddelde plaatsingsleeftijd van kinderen in gezinshuizen en residentieel geplaatste kinderen,  $F(2,197)=8.09$ ,  $p<0.001$ . Pleegkinderen zijn gemiddeld ruim een jaar jonger dan kinderen in gezinshuizen ( $M=9.2$ ,  $SD=2.5$ ,  $p<0.05$ ) en residentieel geplaatste kinderen ( $M=9.3$ ,  $SD=2.1$ ,  $p<0.001$ ). Het betreft echter een relatief verschil omdat zowel acht- als negenjarigen tot de middenbouw van de basisschool behoren en een vergelijkbaar ontwikkelingsniveau hebben. Verondersteld wordt dat het gevonden verschil in leeftijd geen invloed heeft op de overige typerende kenmerken.

Het *totale IQ* ligt binnen alle drie de subpopulaties rond het gemiddelde. Voor pleegkinderen is dit 95 ( $SD=11$ ), voor kinderen in gezinshuizen eveneens 95 ( $SD=12$ ) en voor residentieel geplaatste kinderen 94 ( $SD=11$ ). Wel ontbreken vooral binnen pleegzorg (85%) en gezinshuizen (60%) gegevens over het IQ, omdat deze gegevens niet standaard worden geregistreerd.

#### 3.2.2. Samenvatting biologische context

Samenvattend komen de typerende kenmerken uit de onderzoekspopulatie ten aanzien van de biologische context op hoofdlijnen overeen met de kenmerken van uithuisgeplaatste kinderen uit het literatuuronderzoek [36].

### 3.3. Individuele context

#### 3.3.1. Kindproblematiek bij plaatsing

##### Emotionele problemen

Middels de dossiervragenlijst (PPV) zijn de aanwezige emotionele problemen geïnterviewd aan de hand van 7 categorieën. Bijna driekwart (72%) van de kinderen vertoont bij plaatsing emotionele (internaliserende) problemen. Dit is beduidend meer dan eerder gevonden percentages in het literatuuronderzoek waarbij de prevalentie van aanwezige emotionele problemen varieerde van 14-57% [36]. Binnen alle drie de subpopulaties komen emotionele problemen evenveel voor, waarbij angsten/fobieën relatief het meest voorkomen. Niet alle typen emotionele problemen zijn in alle drie de subpopulaties echter evenveel aanwezig. Zo is er een significant verschil in de mate waarin somberheid ( $\chi^2(2)=8.25$ ,  $p<0.05$ ), eenzaamheid ( $\chi^2(2)=6.94$ ,  $p<0.05$ ) en sociale angst ( $\chi^2(2)=6.13$ ,  $p<0.05$ ) voorkomen. Somberheid (27%) en eenzaamheid (14%) worden vooral gerapporteerd bij pleegkinderen, maar ook bij residentieel geplaatste kinderen komt somberheid regelmatig voor (22%). Sociale angst wordt het meest gezien bij kinderen in gezinshuizen (15%), maar ook bij pleegkinderen komt dit ongeveer evenveel voor (14%), zie verder Tabel 3.1 van Bijlage 3. Gemiddeld worden bij de kinderen 1.2 ( $SD=1.2$ ) typen emotionele problemen gerapporteerd, wat betekent dat veel kinderen één specifiek emotioneel probleem hebben. Er is tussen de verschillende subpopulaties geen verschil in gemiddeld aantal aanwezige emotionele problemen,  $F(2,177)=1.27$ ,  $p=n.s.$ , dus de kinderen in de drie subpopulaties zijn op dit aspect onderling vergelijkbaar.

##### Gedragsproblemen

Ook de aanwezige gedragsproblemen voorafgaand aan de plaatsing zijn in kaart gebracht met de dossiervragenlijst (PPV). Bij ongeveer driekwart (72%) van de kinderen is sprake van (externaliserende) gedragsproblemen. Er is een significant verschil in de mate waarin gedragsproblemen voorkomen binnen de drie subpopulaties, ( $\chi^2(2)=25.38$ ,  $p<0.001$ ), waarbij in de open residentie het grootste aantal kinderen met gedragsproblemen zijn (90%). Dit is ruim 30% meer dan in het literatuuronderzoek gevonden is voor residentieel geplaatste kinderen [36]. Wanneer de verschillende typen gedragsproblematiek worden gezien, zijn er significante verschillen in de mate waarin agressie ( $\chi^2(2)=32.42$ ,  $p<0.001$ ), druk/impulsief gedrag ( $\chi^2(2)=8.46$ ,  $p<0.05$ ) en aanwezigheid van 'overige typen gedragsproblemen' ( $\chi^2(2)=7.68$ ,  $p<0.05$ ) voorkomen. Deze gedragsproblemen komen in het algemeen binnen de open residentie het meest voor. Zo vertoont 57% van de residentieel geplaatste kinderen agressief gedrag, is 60% druk/impulsief en heeft 33% overige typen gedragsproblemen. Voor een specificatie zie Tabel 3.2 van Bijlage 3. Het gemiddeld aantal typen gedragsproblemen verschilt tussen de drie subpopulaties,  $F(2,177)=22.55$ ,  $p<0.001$ . De residentieel geplaatste kinderen hebben significant meer gedragsproblemen ( $M=1.7$ ,  $SD=1.0$ , range 0-5) dan pleegkinderen ( $M=0.7$ ,  $SD=0.8$ , range 0-3,  $p<0.001$ ) en kinderen in gezinshuizen ( $M=1.0$ ,  $SD=1.1$ , range 0-4,  $p<0.001$ ). Het gemiddeld aantal gedragsproblemen bij jonge residentieel geplaatste kinderen komt overeen met eerder onderzoek in de open residentiële behandelgroepen van Horizon, waarbij toen een gemiddelde van 1.8 gedragsproblemen gevonden werd [52].

Het verschil in ernst van gedragsproblemen tussen de drie subpopulaties is volgens Courtney [12] en James [29] overeenkomstig het gegeven dat kinderen met gedragsproblemen eerder doorverwezen worden naar een zwaardere (residentiële) voorziening. Dit zou het verschil in de mate van gedragsproblemen tussen de verschillende subpopulaties bij plaatsing verklaren. Daarnaast geldt specifiek voor gedragsproblemen bij pleegkinderen dat de ernst ervan een negatieve invloed heeft op de stabiliteit van een pleegzorgplaatsing [4, 6, 20, 27, 42-44, 54]. Een deel van deze pleegkinderen komt vervolgens vermoedelijk terecht in de open residentie. Over het algemeen geldt dat de hulpverleningsresultaten op langere termijn voor uithuisgeplaatste kinderen met gedragsproblemen minder gunstig zijn [5, 14, 32, 58].

### **Hechtingsproblemen**

Hechtingsproblemen in de vorm van onveilige hechting worden bij 57% van de kinderen in de dossiers gerapporteerd, waarbij er geen statistisch significante verschillen zijn in mate waarin dit binnen de verschillende subpopulaties voorkomt. Wel valt op dat het percentage kinderen met hechtingsproblemen in gezinshuizen meer dan 10% hoger ligt dan het gewogen gemiddelde en in pleegzorg meer dan 10% lager. Bij ruim een kwart (27%) van de kinderen met aanwijzingen voor onveilige hechting is in de dossiers ook een Reactieve Hechtingsstoornis geïndiceerd. Wanneer de percentages kinderen met een reactieve hechtingsstoornis worden vergeleken met de percentages kinderen met hechtingsproblematiek in het eerdere literatuuronderzoek, dan komen de cijfers redelijk overeen [36]. In totaal heeft 29% van de onderzoekspopulatie een indicatie voor een Reactieve Hechtingsstoornis. De verdeling hiervan verschilt binnen de subpopulaties, ( $\chi^2(2)=9.02$ ,  $p<0.05$ ). De Reactieve Hechtingsstoornis is het meest geïndiceerd bij kinderen in gezinshuizen (41%) en het minst bij pleegkinderen (15%). Bij residentieel geplaatste kinderen komt een Reactieve Hechtingsstoornis bij 35% van de kinderen voor. Het is opvallend dat een reactieve hechtingsstoornis het meest voorkomt in gezinshuizen. Volgens Lee [35] hebben kinderen die moeite hebben contact aan te gaan met volwassenen namelijk 75% minder kans in een gezinsgerichte setting te worden geplaatst. Dat er verschillen zijn tussen de drie subpopulaties is in ieder geval een relevant gegeven, gezien er aanwijzingen zijn dat kinderen met hechtingsgerelateerde problemen een verhoogde kans hebben op een breakdown van de plaatsing<sup>4</sup> [44, 54].

### **Psychiatrische kindproblematiek**

Uit de dossiergegevens blijkt dat bij 51% van de kinderen bij plaatsing sprake is van een indicatie voor psychiatrische kindproblematiek. Het percentage verschilt echter significant tussen de subpopulaties ( $\chi^2(2)=23.42$ ,  $p<0.001$ ). In het literatuuronderzoek kwamen geen specifieke gegevens naar voren over de prevalentie van psychiatrische problemen [36]. In de open residentie blijken psychiatrische problemen het meest voor te komen (69%) en in pleegzorg het minst (27%). Wanneer een onderverdeling in typen psychiatrische problematiek wordt gemaakt, zijn er specifiek voor de categorie autismespectrumstoornis ( $\chi^2(2)=8.56$ ,  $p<0.05$ ) en de categorie 'overige psychiatrische problematiek' ( $\chi^2(2)=9.87$ ,  $p<0.01$ ) verschillen tussen de drie subpopulaties. Een autismespectrumstoornis komt bij kinderen in gezinshuizen en residentieel geplaatste kinderen ongeveer bij één op de tien kinderen voor terwijl deze stoornis bij pleegkinderen geen enkele keer wordt gerapporteerd (zie ook Tabel 3.3 van Bijlage 3). Overige psychiatrische problemen zoals een posttraumatische stressstoornis komen bij residentieel geplaatste kinderen duidelijk het meest voor. Er is een significant verschil in gemiddeld aantal psychiatrische problemen tussen kinderen in de verschillende subpopulaties,  $F(2,167)=11.64$ ,  $p<0.001$ . Residentieel geplaatste kinderen hebben significant meer psychiatrische problemen ( $M=0.8$ ,  $SD=0.7$ , range 0-2) dan pleegkinderen ( $M=0.2$ ,  $SD=0.5$ , range 0-2,  $p<0.001$ ). Het gemiddeld aantal psychiatrische problemen van kinderen in gezinshuizen ligt tussen de andere twee subpopulaties. in ( $M=0.6$ ,  $SD=0.7$ , range 0-2). Gezien de negatieve relatie tussen de mate van psychiatrische problemen en het hulpverleningsresultaat op korte of lange termijn [3, 5], zijn residentieel geplaatste kinderen vanuit dit perspectief het meest kwetsbaar.

#### **3.3.2. Schoolkenmerken bij plaatsing**

Bij plaatsing volgt een groot deel van de kinderen regulier basisonderwijs (54%). Daarnaast had 26% een cluster 4 indicatie en ging 17% naar speciaal basisonderwijs. Tot slot volgde 3% van de kinderen andersoortig onderwijs en was 4% nog te jong voor onderwijs. Opvallend is dat het type onderwijs bij een groot deel van de kinderen in gezinshuizen (32%) onbekend is. Er is tussen de subpopulaties verschil in het aantal kinderen dat regulier of niet-regulier onderwijs volgt ( $\chi^2(2)=33.12$ ,  $p<0.001$ ). In gezinshuizen volgden de meeste kinderen bij plaatsing een vorm van speciaal onderwijs. Voor een verdere specificatie, zie de samenvattende tabel aan het einde van het hoofdstuk (Tabel 6).

---

<sup>4</sup> Gedefinieerd als een 'ongunstig voortijdig beëindiging van de pleegzorgplaatsing [56]'.



### **Taal en/of rekenachterstand**

Wat betreft taal en/of rekenachterstand valt op dat voor ongeveer twee derde van de kinderen (62%) niet bekend is of hiervan sprake is. Voor de 76 kinderen voor wie het wel bekend is, geldt dat 41% van de kinderen een taalachterstand heeft en 29% een rekenachterstand. Vaak gaat dit samen, want een kwart van de kinderen met een achterstand heeft een combinatie van een taal- en rekenachterstand. Meest voorkomend is een achterstand van een half jaar tot een jaar. Het verschil in taal- en/of rekenachterstand tussen de drie subpopulaties is significant ( $\chi^2(2)=6.34$ ,  $p<0.05$ ). Bij residentieel geplaatste kinderen is bij de plaatsing het vaakst sprake van achterstanden (61%). Wanneer specifiek naar taal en rekenen wordt gekeken, dan blijkt dit vooral om rekenachterstanden te gaan ( $\chi^2(2)=7.88$ ,  $p<0.05$ ). Wat betreft de CITO-uitslagen bleek dat deze bij slechts 26% van de kinderen bekend waren en vaak waren deze gegevens onvolledig. De CITO-gegevens zijn derhalve buiten beschouwing gelaten.

### **Schoolleerproblemen**

Bij een groot deel van de kinderen (68%,  $N=137$ ) is bij aanvang van de hulp volgens de dossiergegevens sprake van schoolleerproblemen als motivatieproblemen, conflicten, leerachterstand of leerprestatieproblemen. Dit is beduidend meer dan wat gevonden is in het literatuuronderzoek [36]. Meest voorkomend zijn conflicten met klasgenoten (28%). Voor een derde (32%) van de kinderen is onbekend of er schoolleerproblemen aanwezig zijn, vooral binnen gezinshuizen is dit onbekend (47%). Er is een verschil in percentage schoolleerproblemen tussen de subpopulaties ( $\chi^2(2)=12.79$ ,  $p<0.01$ ). Schoolleerproblemen blijken het meest binnen de open residentie voor te komen (83%). Wanneer specifiek de typen schoolleerproblemen worden gezien, blijkt dat zowel conflicten met klasgenoten ( $\chi^2(2)=11.86$ ,  $p<0.01$ ) als conflicten met leerkrachten ( $\chi^2(2)=8.98$ ,  $p<0.05$ ) bij residentieel geplaatste kinderen tenminste tweemaal zo vaak voorkomen dan in de andere twee subpopulaties (zie ook Tabel 3.4, Bijlage 3). Het gemiddeld aantal schoolleerproblemen tussen kinderen in de verschillende subpopulaties verschilt significant ( $F(2,134)=5.63$ ,  $p<0.01$ ). Residentieel geplaatste kinderen hebben gemiddeld 1.7 ( $SD=1.4$ , range 0-6,  $n=65$ ) schoolleerproblemen. Dit is significant meer dan pleegkinderen ( $M=0.9$ ,  $SD=1.1$ , range 0-5,  $n=52$ ,  $p<0.01$ ). Het gemiddelde van kinderen in gezinshuizen valt tussen de andere twee subpopulaties in ( $M=1.0$ ,  $SD=1.2$ , range 0-5,  $n=20$ ). Het gegeven dat er verschillen zijn in de mate van schoolfunctioneren is relevant, omdat er aanwijzingen zijn dat problemen op dit gebied mede een negatieve invloed hebben op het hulpverleningsresultaat [8, 48]. Andersom gesteld blijkt een gezond schoolfunctioneren in de zin van weinig uitval en goede schoolresultaten een positief effect te hebben op het hulpverleningsresultaat [14, 45].

### **3.3.3. Samenvatting individuele context bij plaatsing**

In Tabel 2 zijn de kindkenmerken op hoofdlijnen samengevat. Per subpopulatie wordt aangegeven of het een opvallend kenmerk is in desbetreffende populatie in vergelijking met de andere twee subpopulaties. Een kenmerk wordt als 'opvallend aanwezig' beschouwd als het percentage waarin het in de betreffende subpopulatie voorkomt tenminste 10% hoger ligt dan het gewogen percentage in de totale onderzoekspopulatie en/of als de verschillen statistisch significant zijn. Een kenmerk is 'beperkt aanwezig' als het percentage tenminste 10% lager ligt dan het gewogen totaalpercentage en/of als de verschillen statistisch significant zijn. Is een percentage niet opvallend hoog of laag en is het verschil statistisch gezien niet significant, dan wordt het kenmerk als 'gemiddeld aanwezig' beschouwd en is het geen opvallend kenmerk van de subpopulatie in kwestie.

Uit de tabel blijkt dat bij pleegkinderen bij start van de hulp de minste problemen voorkomen in de individuele context. Dit in tegenstelling tot residentieel geplaatste kinderen, waarbij er bij plaatsing duidelijk problemen zijn in het psychosociale- en schoolse functioneren. De mate waarin individuele problemen bij kinderen in gezinshuizen aanwezig zijn, ligt tussen de andere twee subpopulaties in, waarbij de aanwezigheid van hechtingsproblemen het meest opvallend kenmerk is van deze subpopulatie. Gezien de ernst van de kindproblematiek bij residentieel geplaatste kinderen kan gesteld worden dat deze subpopulatie vanuit dit perspectief de zwaarste startpositie heeft.

Tabel 2: *Samenvatting kindkenmerken per subpopulatie bij plaatsing.*

	Pleegzorg	Gezinshuizen	Open residentie
Emotionele problemen	±	±	±
Gedragsproblemen	-	-	+
Hechtingsproblemen en/of -stoornis	-	+	±
Psychiatrische problemen	-	±	+
Schoolleerproblemen	-	±	+

+ kenmerk opvallend aanwezig; ± kenmerk gemiddeld aanwezig; - kenmerk beperkt aanwezig.

De typerende kenmerken van de onderzoekspopulatie wat betreft de individuele context komen redelijk overeen met de kenmerken van uithuisgeplaatste kinderen in het algemeen [36]. Alleen emotionele- en schoolproblemen komen in de huidige onderzoekspopulatie duidelijk meer voor.

### 3.4. Gezinscontext

#### 3.4.1. Gezinsamenstelling bij plaatsing

Van ruim drie kwart van de kinderen (78%) zijn de ouders *gescheiden* op het moment van plaatsing. Slechts een klein deel van de biologische ouders zijn nog samen (18%). Verder is 3% van de vaders onbekend en 1% van de vaders is *overleden*. Binnen de drie subpopulaties komt echtscheiding evenveel voor,  $\chi^2(2)=0.23$ ,  $p=n.s.$  Het percentage gescheiden ouders in gezinshuizen (74%) is opvallend hoog in vergelijking met het literatuuronderzoek (43%). Anderzijds is het percentage overleden ouders (3%) beduidend lager dan eerdere cijfers uit gezinshuizen (27%) [36].

Van de deelnemende kinderen heeft 78% *broers en/of zussen*, met een gemiddelde van 1.7 ( $SD=1.4$ , range 0-7), waarbij stiefbroers/zussen en halfbroers/zussen ook zijn meegeteld. Tussen de drie subpopulaties is geen verschil in gemiddeld aantal broers en zussen ( $F(2,176)=0.34$ ,  $p=n.s.$ ). In de literatuur zijn geen specifiek gegevens gevonden over het gemiddeld aantal broers en zussen van uithuisgeplaatste kinderen. Wel stelt Barth e.a. [6] dat als uithuisgeplaatste kinderen met klinische psychosociale problemen samen met een broer of zus zijn geplaatst, dit een positieve invloed heeft op de stabiliteit van het verblijf.

#### 3.4.2. Gezinsproblematiek bij plaatsing

Om de gezinsproblematiek bij aanvang van de hulp in kaart te brengen, is aan de hand van 12 categorieën geïnterviewd welke gezinsproblemen er voorkomen. In alle gezinnen van herkomst (100%) blijkt sprake van gezinsproblematiek ( $N=179$ ). Gemiddeld staan er in de dossiers 3.2 ( $SD=1.3$ , range 1-6) gezinsproblemen vermeld. Het verschil in mate van gezinsproblematiek tussen de subpopulaties is significant ( $F(2,176)=7.00$ ,  $p<0.01$ ). De biologische ouders van pleegkinderen blijken gemiddeld de meeste gezinsproblemen te hebben ( $M=3.7$ ,  $SD=1.3$ , range 1-6). Dit verschilt significant van de biologische ouders van residentieel geplaatste kinderen ( $M=2.9$ ,  $SD=1.3$ , range 1-6,  $p<0.01$ ) en van biologische ouders van kinderen in gezinshuizen ( $M=3.0$ ,  $SD=1.2$ , range 1-6,  $p<0.05$ ).

#### Pedagogische onmacht

De meest voorkomende gezinsproblematiek is pedagogische onmacht (85%), wat niet in alle drie de subpopulaties evenveel voorkomt ( $\chi^2(2)=7.97$ ,  $p<0.05$ ). Volgens de behandelcoördinator is er bij de biologische ouders in de pleegzorg (89%) en open residentie (88%) vaker sprake van pedagogisch onmacht dan bij biologische ouders van kinderen in gezinshuizen (69%), zie ook Tabel 4.1 van Bijlage 4. Zowel volgens Xue e.a. [67], Bartelink [5], als Den Dunnen e.a. [14] is pedagogische onmacht negatief gerelateerd met het hulpverleningsresultaat.

### **Ouder(s) met psychische problemen**

Bijna twee derde (64%) van de kinderen heeft in ieder geval één ouder met psychische problemen, wat voornamelijk moeders betreft (56%). Het aantal kinderen met een ouder met een psychisch probleem ligt in de onderzoekspopulatie ongeveer 10% hoger dan in het literatuuronderzoek [36]. Opvallend is het verschil in psychische problemen bij de vader ( $\chi^2(2)=8.23$ ,  $p<0.05$ ). Dit komt binnen pleegzorg het meest voor (40%). Ten aanzien van psychische problemen bij moeders zijn er aanwijzingen dat dit voorspellend is voor de keus over te gaan tot een uithuisplaatsing [3], dat de aanwezigheid hiervan de kans op thuisplaatsing verkleint [37] en dat er meer kans is op een herhaling van de uithuisplaatsing [5].

### **Materiële gezinsproblemen**

Meer dan de helft (56%) van de gezinnen kampt met materiële problemen zoals financiële problemen (50%), huisvestingsproblemen (24%) en werkeloosheid (21%). Deze problemen komen in de pleegzorg significant vaker voor (75%) dan in de andere twee subpopulaties ( $\chi^2(2)=14.18$ ,  $p<0.001$ ). Er zijn zowel significante verschillen in de mate waarin financiële problemen voorkomen ( $\chi^2(2)=21.80$ ,  $p<0.001$ ), de mate van huisvestingsproblemen ( $\chi^2(2)=8.59$ ,  $p<0.05$ ) en de mate van werkeloosheid ( $\chi^2(2)=16.73$ ,  $p<0.001$ ). Met name werkeloosheid (38%) en daaraan gerelateerde financiële problemen (73%) komen bij biologische ouders van pleegkinderen het meeste voor.

Of de huidige onderzoeksresultaten verschillen van eerdere gegevens over uithuisgeplaatste kinderen is op grond van het literatuuronderzoek niet te zeggen, gezien het ontbreken van gegevens over materiële problemen bij biologische ouders. Uit verschillende onderzoeken blijkt wel dat de aanwezigheid van materiële problemen in het gezin van herkomst de kans op een uithuisplaatsing vergroten [17, 46]. Ook vergroot het de kans op een slechtere woonomgeving met meer geweld in de buurt, wat op zijn beurt weer een negatieve invloed heeft op het hulpverleningsresultaat op kortere of langere termijn [5, 10, 22, 48].

### **Kindermishandeling**

Vaak hebben uithuisgeplaatste kinderen te maken gehad met kindermishandeling. De meest voorkomende vorm van mishandeling in de onderzoekspopulatie is fysieke en/of emotionele verwaarlozing (44%). De gevonden percentages per subpopulatie komen redelijk overeen met de percentages genoemd in het literatuuronderzoek [36]. Verwaarlozing komt niet in alle subpopulaties evenveel voor ( $\chi^2(2)=21.63$ ,  $p<0.01$ ). Binnen pleegzorg blijkt deze vorm het meest voor te komen (60%). Volgens Marquis e.a. [38] vergroot een historie van verwaarlozing de kans op herhaling van de uithuisplaatsing na thuisplaatsing.

Een andere veel voorkomende vorm van kindermishandeling is fysieke en/of emotionele mishandeling. Bijna een kwart (23%) van de uithuisgeplaatste kinderen heeft dit meegemaakt. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de drie subpopulaties in de mate waarin fysieke en/of emotionele mishandeling heeft plaatsgevonden. De percentages liggen rond de ondergrens van de gevonden percentages in het literatuuronderzoek [36].

### **Seksueel misbruik**

Seksueel misbruik of vermoedens hiervan (5%) worden het minst genoemd. Tussen de subpopulaties verschilt de mate waarin kinderen dit hebben meegemaakt ( $\chi^2(2)=10.87$ ,  $p<0.01$ ). Bij geen enkel pleegkind wordt in het dossier of door de pleegzorgwerker gemeld dat er vermoedens zijn van seksueel misbruik. Dit is een opvallend gegeven, omdat uit het literatuuronderzoek blijkt dat misbruik bij 6-29% van de pleegkinderen aan de orde zou zijn [36]. Voor kinderen in gezinshuizen en residentieel geplaatste kinderen worden respectievelijk percentages van 16% en 5% gerapporteerd. Petrenko e.a. [47] stellen dat misbruikte kinderen meer trauma gerelateerde symptomen vertonen zoals externaliserend gedrag wat zoals eerder gesteld een ongunstige factor is voor een positief hulpverleningsresultaat op langere termijn. Uit onderzoek van Eggertsen [16] blijkt verder dat een historie van seksueel misbruik de kans op 3 of meer plaatsingen verdubbelt.

### **Middelenmisbruik en huiselijk geweld**

Voor middelenmisbruik en huiselijk geweld geldt dat daar geen specifieke navraag naar gedaan is middels de dossiervragenlijst. Wel werd meerdere malen in de categorie 'overige gezinsproblemen' aangegeven dat hier sprake van zou zijn. Middelenmisbruik wordt bij 6% van de onderzoekspopulatie specifiek genoemd binnen de categorie overige gezinsproblemen. In gezinshuizen zou bij 8% van de ouders middelenmisbruik voorkomen en in de open residentie bij 3% van de ouders. Wat betreft huiselijk geweld wordt voor de onderzoekspopulatie een percentage van 5% gerapporteerd. In pleegzorg zou dit bij 8% van de biologische gezinnen aan de orde zijn en in gezinshuizen en open residentie bij 3% van de biologische gezinnen. Gezien de beduidend hoger liggende percentages voor deze factoren in het literatuuronderzoek is er vermoedelijk sprake van onderrapportage, doordat niet systematisch gevraagd is naar deze typen gezinsproblematiek [36].

#### **3.4.3. Samenvatting gezinscontext bij plaatsing**

In Tabel 3 zijn de belangrijkste gezinskenmerken op hoofdlijnen samengevat waarbij een afwijking van 10% van het totaalpercentage en/of statistische significantie wederom als grens zijn gebruikt. Uit deze tabel blijkt dat in pleegzorg de meeste gezinsproblemen aanwezig zijn in het biologische gezin, waarbij materiële problemen en verwaarlozing de meest opvallende kenmerken zijn. Kinderen in gezinshuizen hebben in het verleden opvallend vaak te maken gehad met seksueel misbruik. De ernst van de gezinsproblematiek van residentieel geplaatste kinderen ligt tussen de andere twee subpopulaties in. Vanuit het perspectief van het gezinsfunctioneren kan gesteld worden dat pleegkinderen op dit gebied de minst gunstige prognose hebben.

Tabel 3: *Samenvatting gezinskenmerken per subpopulatie bij plaatsing.*

	<b>Pleegzorg</b>	<b>Gezinshuizen</b>	<b>Open residentie</b>
Aantal gezinsproblemen	±	-	±
Pedagogische onmacht	±	-	±
Ouder(s) met psychische problemen	±	-	±
Materiële problemen	+	±	-
Fysieke/emotionele mishandeling	±	±	±
Fysieke/emotionele verwaarlozing	+	±	-
Seksueel misbruik	±	+	±

+ kenmerk opvallend aanwezig; ± kenmerk gemiddeld aanwezig; - kenmerk beperkt aanwezig.

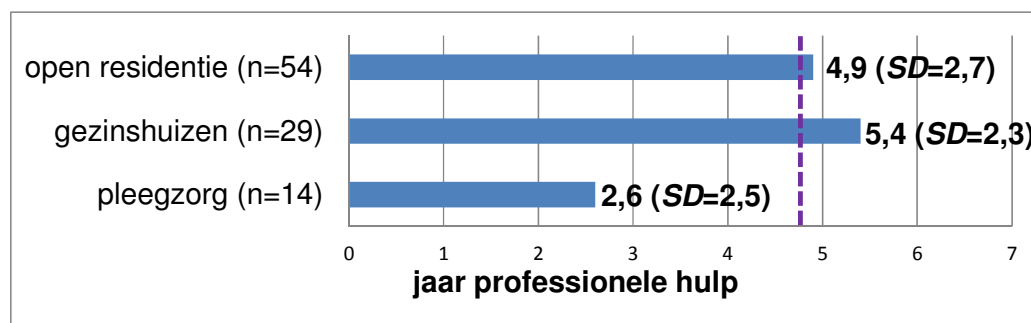
In vergelijking met het literatuuronderzoek kan geconcludeerd worden dat met uitzondering van de psychische problemen bij ouders de gezinsproblematiek in de huidige onderzoekspopulatie iets lichter lijkt dan gemiddeld bij een uithuisgeplaatst kind. Er kan echter niet worden uitgesloten dat dit te maken heeft met onderrapportage op een aantal factoren [36].

## **3.5. Hulpverleningscontext**

### **3.5.1. Hulpverleningsgeschiedenis**

De gemiddelde leeftijd waarop psychosociale problemen werden geconstateerd bij de kinderen is 3.8 jaar ( $SD=2.9$ ,  $N=86$ ). Vrij snel daarna werd de eerste professionele hulp geboden, namelijk op 4.5 jarige leeftijd ( $SD=2.9$ ,  $N=100$ ). Er zijn geen verschillen in gemiddelden gevonden tussen de subpopulaties. Baserend op de plaatsingsleeftijd blijkt dat kinderen gemiddeld 4.7 jaar ( $SD=2.7$ ,  $N=100$ ) na de start van de eerste hulp in de huidige zorgvorm terecht komen. Dat betekent dat na bijna 5 jaar professionele hulp alsnog een plaatsing in de huidige zorgvorm nodig wordt geacht. Hierbij krijgen pleegkinderen significant korter hulp (2.6 jaar) voorafgaand aan de huidige pleegzorgplaatsing dan de kinderen in gezinshuizen en residentieel geplaatste kinderen, zie afbeelding 1 ( $F(2,97)=5.91$ ,  $p<0.01$ ). Wel moeten de gegevens met enige voorzichtigheid

geïnterpreteerd worden, omdat met name bij een relatief grote groep pleegkinderen niet uit de dossiergegevens is af te leiden wanneer het kind of het biologische gezin voor het eerst te maken kreeg met professionele hulpverlening.



Afb. 1: Gemiddeld aantal jaar professionele hulp voorafgaand aan de huidige plaatsing.

### **Woonsituatie kort voor plaatsing**

Ongeveer de helft van de kinderen woonde kort voor plaatsing bij één of beide biologische ouders (46%), zie Tabel 4. Dit is een stuk lager dan het Nederlandse referentiepercentage (85%) van kinderen in de jeugdzorg [23]. Wanneer gespecificeerd wordt naar de drie subpopulaties, komen de cijfers wel meer overeen met de bevindingen uit de literatuurstudie [36]. Alleen het percentage kinderen in gezinshuizen dat voorafgaand aan de plaatsing in een open residentiële behandelgroep woonde (68%) ligt een stuk hoger dan het percentage (48%) volgens Rudolphstichting en Gezinshuis.com [49]. Er zijn duidelijk verschillen in woonsituatie tussen de kinderen uit de drie subpopulaties, ( $\chi^2(6)=35.91$ ,  $p<0.001$ ). Naast pleegkinderen (65%) woonden ook veel residentieel geplaatste kinderen thuis voorafgaand aan hun plaatsing (43%). Voor kinderen in gezinshuizen geldt dat slechts een beperkt percentage (18%) vanuit thuis is geplaatst. Voor een verdere specificatie van de woonsituatie kort voor plaatsing, zie Tabel 5.1 van Bijlage 5.

### **Wachlijst**

Uit Tabel 4 blijkt dat bijna de helft (47%) van de kinderen voorafgaand aan de plaatsing op de wachtlijst heeft gestaan (N=136). De wachtduur was gemiddeld 13 weken ( $SD=16$ , N=64). Voor een plaatsing in een gezinshuis of open residentiële behandelgroep moest 70% van de kinderen wachten. Voor een pleegzorgplaatsing heeft slechts 14% moeten wachten op een plekje. Dit verschil is significant, ( $\chi^2(2)=41.04$ ,  $p<0.001$ ). Tijdens het wachten kregen vrijwel al de wachtende kinderen wachthulp (95%, N=58), doorgaans 24-uurs hulp (76%). Meestal betrof deze overbruggingshulp een crisisplaatsing.

Tabel 4: Hulpverleningssituatie kort voor plaatsing in desbetreffende zorgvorm.

	Pleegzorg		Gezinshuizen		Open Residentie		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Plaatsing vanuit thuis<sup>+++</sup></b>	63	65	34	18	83	43	180	46
<b>Wachlijst voor plaatsing<sup>+++</sup></b>	56	14	20	70	60	70	136	47
<b>Crisisplaatsing voor plaatsing<sup>+</sup></b>	63	51	34	24	83	43	180	42
<b>Eerder uit huis geplaatst<sup>+++2</sup></b>	62	53	34	94	84	70	180	69
<b>KB-maatregel bij plaatsing<sup>+1</sup></b>	63	78	34	94	84	70	181	77

<sup>1</sup> op basis van de dossiervragenlijst; <sup>2</sup> inclusief crisisplaatsingen

<sup>+</sup>  $p<0.05$ ; <sup>+++</sup>  $p<0.001$  (chi-kwadraat toets).

### **Crisisplaatsing**

In totaal heeft 42% van de kinderen (N=180) voorafgaand aan de plaatsing een crisisplaatsing meegemaakt in een crisisgroep (22%) of een crisispleeggezin (19%). Gemiddeld duurde de crisisplaatsing 13 weken (SD=12, N=53) met een variatie van 1 tot 52 weken. Uit nadere analyses blijkt dat kinderen in gezinshuizen significant minder te maken hebben gehad met een crisisplaatsing (24%) ten opzichte van residentieel geplaatste kinderen (43%) en pleegkinderen (51%),  $\chi^2(2)=6.81$ ,  $p<0.05$ . In de literatuur liggen de percentages crisisplaatsingen voorafgaand aan de uiteindelijke plaatsing erg uiteen. Volgens James e.a. [30] komt het merendeel (86%) van de kinderen via een crisisplaatsing in de gekozen zorgvorm terecht. Strijker en Zandberg [56] vinden specifiek voor pleegzorg een percentage van 20%. Zij merken overigens op dat door gebruik te maken van crisispleegzorg het kind vaak noodgedwongen een extra verplaatsing meemaakt naar het uiteindelijke pleeggezin, wat een extra risico met zich meebrengt voor het (psychische) welzijn van het kind.

### **Eerdere uithuisplaatsing**

Uit Tabel 4 blijkt dat gemiddeld 69% van de kinderen in de onderzoekspopulatie een eerdere uithuisplaatsing heeft meegemaakt, wat ruim 5 maal meer is dan het aantal kinderen dat James [29] rapporteert in haar onderzoek naar uithuisgeplaatste kinderen (12%). In gezinshuizen hebben de meeste kinderen (94%) voorafgaand aan de plaatsing een eerdere uithuisplaatsing meegemaakt ( $\chi^2(2)=17.27$ ,  $p<0.001$ ) en pleegkinderen het minst. Uit Tabel 3 blijkt echter dat toch nog meer dan de helft (53%) van de pleegkinderen eerder uit huis geplaatst is geweest.

Gemiddeld hebben de kinderen in de onderzoekspopulatie 1.5 (SD=1.6) eerdere uithuisplaatsingen of verplaatsingen meegemaakt, waarbij er duidelijk verschillen zijn tussen de drie subpopulaties,  $F(2,168)=9.98$ ,  $p<0.001$ . De kinderen in de subpopulatie gezinshuizen hebben gemiddeld 2.3 (SD=1.5) eerdere plaatsingen meegemaakt, wat vrijwel overeenkomt met het gemiddelde (2.0) uit de literatuurstudie [36]. Het gevonden gemiddelde is beduidend hoger dan die van pleegkinderen die gemiddeld 0.8 (SD=1.1,  $p<0.001$ ) eerdere uithuisplaatsingen hebben meegemaakt. Residentieel geplaatste kinderen zijn voorafgaand aan de huidige plaatsing gemiddeld 1.6 keer (SD=1.8) uithuisgeplaatst geweest, wat eveneens significant meer is dan pleegkinderen ( $p<0.05$ ). Het gemiddeld aantal plaatsingen van residentieel geplaatste kinderen in de onderzoekspopulatie ligt overigens wel veel lager dan in de literatuurstudie (4.3–6.6). Daarnaast valt op dat er in de onderzoekspopulatie een grote groep kinderen (20%) is die drie of meer eerdere plaatsingen heeft meegemaakt met een maximum van negen plaatsingen. Zie voor meer informatie Tabel 5.2 van Bijlage 5.

### **Zorgvorm bij eerdere uithuisplaatsing**

In Tabel 5.3 van Bijlage 5 is gedifferentieerd naar de verschillende zorgvormen bij een eerdere uithuisplaatsing. Eerdere uithuisplaatsingen vonden vooral plaats in een open residentiële behandelgroep (48%) of een pleeggezin (42%). Opvallend is dat er significant minder pleegkinderen zijn (18%) die een open residentiële plaatsing hebben meegemaakt dan kinderen in gezinshuizen (79%) en residentieel geplaatste kinderen (57%),  $\chi^2(2)=39.01$ ,  $p<0.001$ . Ook wanneer het gemiddeld aantal keer dat kinderen in een open residentiële behandelgroep zijn geplaatst beschouwd wordt, zijn er verschillen tussen de drie subpopulaties ( $F(2,174)=19.06$ ,  $p<0.001$ ), zie ook Tabel 5.2 van Bijlage 5. Kinderen in gezinshuizen zijn voorafgaand aan deze plaatsing gemiddeld 1.3 keer (SD=1.1) geplaatst in een open residentiële behandelgroep. Dit is significant vaker dan pleegkinderen ( $M=0.2$ ,  $SD=0.6$ ,  $p<0.001$ ) en residentieel geplaatste kinderen ( $M=0.8$ ,  $SD=0.9$ ,  $p<0.01$ ). Ook het verschil in gemiddeld aantal eerdere plaatsingen in een open residentiële behandelgroep tussen residentieel geplaatste kinderen en pleegkinderen is significant ( $p<0.001$ ).

Verder valt op dat residentieel geplaatste kinderen (2%) in tegenstelling tot pleegkinderen (16%) en kinderen in gezinshuizen (18%) vrijwel nooit een eerdere gezinshuisplaatsing hebben meegemaakt,  $\chi^2(2)=10.22$ ,  $p<0.01$ . Het gemiddeld aantal keer dat een eerdere gezinshuisplaatsing is

ingezet, is voor de kinderen in alle drie de subpopulaties wel gelijk,  $F(2,173)=2.896$ ,  $p=n.s.$

### **Andersoortige hulp**

Naast uithuisplaatsing is ook andersoortige hulp ingezet in aanloop naar de huidige plaatsing, zie de tabellen 5.2 en 5.3 van Bijlage 5. Dit betrof veelal ambulante hulp (58%), waarbij het aantal kinderen dat eerder ambulante hulp kreeg binnen alle drie de subpopulaties gelijk is. Wel zijn er verschillen in het *aantal* keer dat ambulante hulp is ingezet, ( $F(2,159)=6.41$ ,  $p<0.01$ ). Residentieel geplaatste kinderen kregen gemiddeld 1.5 keer ( $SD=1.6$ ) ambulante hulp voorafgaand aan de plaatsing. Dit is significant vaker dan kinderen in gezinshuizen ( $M=0.6$ ,  $SD=0.7$ ,  $p<0.01$ ) en vaker dan pleegkinderen ( $M=0.9$ ,  $SD=1.3$ ,  $p<0.05$ ).

Voor dagbehandeling geldt dat deze eveneens het vaakst is geboden aan residentieel geplaatste kinderen voorafgaand aan de plaatsing,  $\chi^2(2)=13.16$ ,  $p<0.01$ . Ruim een kwart (28%) van de residentieel geplaatste kinderen heeft eerder dagbehandeling ontvangen. Voor kinderen in gezinshuizen is dit 9% en voor pleegkinderen 7%. Er zijn ook verschillen in het gemiddeld *aantal* keer ingezette dagbehandeling ( $F(2,175)=6.94$ ,  $p<0.01$ ). Residentieel geplaatste kinderen hebben voorafgaand aan de plaatsing gemiddeld vaker dagbehandeling ontvangen ( $M=0.4$ ,  $SD=0.7$ ) dan pleegkinderen ( $M=0.1$ ,  $SD=0.3$ ,  $p<0.01$ ) en kinderen in gezinshuizen ( $M=0.1$ ,  $SD=0.3$ ,  $p<0.05$ ). In de literatuur is weinig bekend over eerdere ingezette hulp voorafgaand aan een uithuisplaatsing en differentiatie naar verschillende hulpvormen hierbij.

### **Kinderbeschermingsmaatregel**

Bij 77% van de kinderen in de onderzoekspopulatie is er bij plaatsing sprake van een kindbeschermingsmaatregel. Dit is voornamelijk een (voorlopige) ondertoezichtstelling (64%). Voor kinderen in gezinshuizen is vaker een maatregel van kracht dan voor pleegkinderen of residentieel geplaatste kinderen ( $\chi^2(2)=7.89$ ,  $p<0.05$ ). Voor één op de vijf kinderen was er zo dringend hulp nodig, dat de kinderrechter aanvullend een 'machtiging uithuisplaatsing' af gaf. Deze machtiging is bij pleegkinderen (10%) significant minder vaak afgegeven dan bij kinderen in gezinshuizen (21%) of residentieel geplaatste kinderen (27%),  $\chi^2(2)=7.39$ ,  $p<0.05$ . Ten opzichte van de literatuurstudie ligt het percentage pleegkinderen en kinderen in gezinshuizen met een kindbeschermingsmaatregel in de huidige onderzoekspopulatie ongeveer 20% hoger [36]. Dit is relevant, gezien er aanwijzingen zijn dat kinderen die vrijwillig hulp krijgen eerder kans hebben op een thuisplaatsing [20].

## **3.5.2. Vervangende opvoedingssituatie**

### **Aantal aanwezige kinderen**

Tijdens de uithuisplaatsing groeien de kinderen op in een vervangende gezins- of opvoedingssituatie met zijn eigen kenmerken. Eén van die kenmerken is het aantal kinderen in de vervangende gezins- of opvoedingscontext. In een pleeggezin zijn gemiddeld 3 ( $SD=1$ ) kinderen aanwezig, in een gezinshuis 6 ( $SD=2$ ) en in een open residentiële behandelgroep 9 kinderen ( $SD=1$ ). Zoals verwacht is dit verschil significant,  $F(2,173)=374.06$ ,  $p<0.001$ ). In pleegzorg en gezinshuizen betreft het voor een deel biologisch eigen kinderen. Van de pleegouders heeft 44% ( $N=63$ ) biologisch eigen kinderen en in gezinshuizen is dit 73% ( $N=33$ ). Dit verschil is significant,  $\chi^2(1)=6.98$ ,  $p<0.01$ . Doorgaans gaat het in beide subpopulaties gemiddeld om twee biologisch eigen kinderen waarvan er één jonger dan 12 jaar is één 12 jaar of ouder. Er zijn aanwijzingen dat de aanwezigheid van biologisch eigen kinderen in het pleeggezin of gezinshuis de kans op een breakdown van de plaatsing vergroot [43, 44, 59].

### **Kenmerken vervangend opvoeder**

In de dossiervragenlijst is het gemiddeld aantal jaar ervaring van de vervangende opvoeder nagevraagd. Gemiddeld hebben pleegouders 2.2 jaar ( $SD=3.3$  jaar,  $n=41$ ) ervaring en gezinshuisouders 3.8 jaar ( $SD=3.6$  jaar,  $n=10$ ). Dit verschil is niet significant ( $F(49)=.276$ ,  $p=n.s.$ ). Er is weinig bekend over het aantal jaar ervaring en het succes van de plaatsing. Er is door O'Neill e.a. [43] alleen een klein negatief effect gevonden tussen het totaal aantal pleegkinderen dat een pleegouder

heeft opgevangen en de continuïteit van de plaatsing, maar dit verband wordt verder niet verklaard. Ten aanzien van de geloofsovertuiging van de pleegouders en gezinshuisouders blijkt dat 22% van de pleegouders dezelfde geloofsovertuiging heeft als hun pleegkind. In de gezinshuizen is dit bij 25% van de gezinshuisouders het geval. In de literatuur is geen informatie gevonden over een eventuele samenhang tussen de geloofsovertuiging van de vervangend opvoeders en het kind enerzijds en het hulpverleningsresultaat anderzijds.

### **Aanvullende therapie**

Ter ondersteuning van de plaatsing kan er aanvullend therapie worden gegeven aan de biologische ouders en/of kinderen. Tijdens het verblijf krijgt 35% van de uithuisgeplaatste kinderen (N=179) en 30% van de biologische ouders (N=174) aanvullende therapie. Van alle geboden therapieën werd in de open residentiële behandelgroep het vaakst therapie bij het kind ingezet (61%). Meestal betrof dit traumaverwerking/EMDR (26%) of therapie van een GGZ-instelling (24%). Van de therapieën die bij de ouder(s) werden ingezet, betrof het grotendeels opvoedhulp of gezinstherapie (40%). Dit werd het meest ingezet binnen de open residentiële behandelgroep. Daarnaast werd vaak GGZ-hulp aan één van de ouders geboden (29%), voornamelijk aan biologische ouders in de pleegzorg. Binnen de gezinshuizen ontving slechts 13% van de biologische ouder(s) aanvullende therapie.

### **Medicatie**

Bij een derde (33%) van de kinderen in de onderzoekspopulatie wordt de behandeling eveneens ondersteund met medicatie (N=145). Dit komt overeen met het percentage wat Tarren-Sweeney [57] vond, terwijl Hussey en Guo [28] in de open residentie een extreem hoog percentage medicatiegebruik vonden (92%). Het aantal kinderen dat medicatie gebruikt is in alle drie de subpopulaties gelijk,  $\chi^2(2)=5.42$ ,  $p=n.s.$  Van de voorgeschreven medicatie is 65% bedoeld voor ADHD-gedragskenmerken. Verder wordt een kwart van de gebruikte medicatie ingezet voor het tegengaan van angst en/of agressie, 19% is bedoeld om beter te kunnen slapen, 10% van het medicatiegebruik heeft een andere medische reden en tot slot is 2% voorgeschreven voor verschijnselen van depressie.

### **Toekomstperspectief**

De behandelcoördinatoren schatten in dat gemiddeld 4 maanden na plaatsing 56% van de kinderen zijn toekomstperspectief kent (N=154). Alhoewel het perspectief een belangrijk item is in het opstellen van het hulpverleningsplan, is er dus een relatief grote groep kinderen bij wie het toekomstperspectief nog niet bekend is (44%). Voor pleegkinderen is dit niet zo verwonderlijk, aangezien in pleegzorg uiterlijk een jaar na plaatsing het definitieve opvoedbesluit<sup>5</sup> genomen wordt. Toch weet al 53% van de pleegkinderen zijn toekomstperspectief. Er zijn aanwijzingen dat in ieder geval in de pleegzorg duidelijkheid over het perspectief een positieve invloed heeft op het succes van de pleegzorgplaatsing [59]. Voor kinderen in gezinshuizen is het perspectief vaker bekend (76%), waarschijnlijk omdat het merendeel in een perspectief biedend gezinshuis is geplaatst wat betekent dat al bekend is dat het kind daar langdurig zal blijven. Tot slot geldt voor de residentieel geplaatste kinderen dat 54% zijn of haar toekomstperspectief kent. Omdat het niet rechtstreeks aan het kind gevraagd is, geeft de vraag vermoedelijk eerder antwoord op de vraag of het perspectief bij de behandelaar bekend is of in het dossier vermeld staat en betekent dit niet altijd dat het kind ook daadwerkelijk op de hoogte is van zijn toekomstperspectief.

### **Acceptatie plaatsing**

Voor kinderen is het belangrijk dat de biologische ouder(s) de plaatsing accepteren, zodat het kind niet in een loyaliteitsconflict terecht komt. Uit onderzoek blijkt dat als de ouder niet achter de plaatsing staat, dit de kans op een breakdown verhoogt [5, 55]. Gemiddeld staat 78% van de biologische ouders

<sup>5</sup> Afweging of de tijdelijke pleegzorgplaatsing (hulpverleningsvariant) omgezet moet worden in een permanente plaatsing (opvoedingsvariant) [39].



in de onderzoekspopulatie achter de huidige plaatsing. Binnen pleegzorg is het percentage van 59% ( $n=59$ ) echter significant lager dan het percentage ouders dat in gezinshuizen (83%,  $n=23$ ) en open residentie (91%,  $n=78$ ) achter de huidige plaatsing staat ( $\chi^2(2)=20.07$ ,  $p<0.001$ ). Wel komt het gevonden percentage in de pleegzorg min of meer overeen met de 54% die door Strijker en Knorth [55] wordt gerapporteerd in een Nederlandse steekproef pleegkinderen. Voor gezinshuizen geldt dat in de huidige onderzoekspopulatie meer biologische ouders achter de plaatsing staan dan eerder gerapporteerde cijfers (70%) uit Nederlandse gezinshuizen [62]. Als ouders niet achter de plaatsing staan is de kans groot dat er ook geen goed contact is tussen hen en het kind tijdens **het verblijf**, terwijl dit volgens de meeste onderzoekers de kans op een succesvol hulpverleningsresultaat vergroot [21, 37, 44, 50, 53]. Alleen in het onderzoek van Scholte [51] werd verrassend genoeg een negatief verband gevonden tussen de betrokkenheid van de biologische ouders tijdens de pleegzorgplaatsing en de continuïteit van de plaatsing.

### 3.5.3. Hulpverleningsprognose

Voor elke respondent is bij plaatsing aan de behandelcoördinator of pleegzorgwerker gevraagd hoe de ernst en de hanteerbaarheid van de problematiek worden ingeschat en wat de kans is op een positief hulpverleningsresultaat ofwel slaagkans. De gegevens zijn samengevat in Tabel 5. Alhoewel de problematiek bij plaatsing gemiddeld bij bijna de helft van de kinderen (46%) als ernstig tot zeer ernstig wordt beschouwd, is er binnen alle drie de subpopulaties evenveel optimisme over de hanteerbaarheid van de problematiek en de slaagkans ( $p=n.s.$ ). Bij ruim driekwart (82%) van de kinderen in de onderzoekspopulatie wordt de problematiek als redelijk tot goed hanteerbaar beschouwd en bij 73% van de kinderen is de verwachting dat de plaatsing succes zal hebben meer dan 50%. In vergelijking met de gegevens die Scholte en Van der Ploeg [52] vonden in een steekproef in de open residentie, is de huidige prognose specifiek voor de residentieel geplaatste kinderen duidelijk gunstiger. In het onderzoek van Scholte en Van der Ploeg [51] lag het percentage kinderen met (zeer) ernstige problemen grofweg 20% hoger en lagen de hanteerbaarheid van het gedrag en de kans op de genoemde slaagkans zo'n 20% lager. Waarschijnlijk is dit gerelateerd aan het verschil in leeftijd in beide steekproeven, gezien het in het onderzoek van Scholte en Van der Ploeg [51] ook oudere jeugd betrof.

Tabel 5. *Inschatting van de ernst, hanteerbaarheid en slaagkans bij plaatsing*

	Pleegzorg		Gezinshuizen		Open Residentie		Totaal	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	Ernstig/zeer ernstige problemen	61	51	12	42	83	42	156
Redelijk/goed hanteerbaar	58	74	12	100	81	84	151	82
Slaagkans meer dan 50%	57	65	11	64	81	80	149	73

### 3.5.4. Samenvatting hulpverleningscontext

In Tabel 6 wordt voor de verschillende elementen van de hulpverleningsgeschiedenis aangegeven of dit wel of geen opvallend kenmerk was voor de drie subpopulaties, waarbij een verschil van 10% of meer van het totaalpercentage en/of statistische significantie als opvallend wordt beschouwd. Uit de tabel blijkt dat pleegkinderen relatief gezien de kortste hulpverleningsgeschiedenis hebben voorafgaand aan de plaatsing. Zij worden doorgaans vanuit hun ouderlijk huis in een pleeggezin geplaatst. Voor kinderen in gezinshuizen is de langdurige hulpverleningsgeschiedenis een opvallend kenmerk, waarbij vaak eerdere uithuisplaatsingen hebben plaatsgevonden en doorgaans een kinderbeschermingsmaatregel van kracht is. Voor residentieel geplaatste kinderen is het meest opvallend dat ze vaak hebben moeten wachten voordat ze geplaatst konden worden.

Al met al zijn kinderen in gezinshuizen vanuit het perspectief van de hulpverleningsgeschiedenis gezien de meest kwetsbare groep. Uit literatuuronderzoek blijkt namelijk dat de duur van de

hulpverleningsgeschiedenis en het aantal (ver)plaatsingen de kans op een ongunstig hulpverleningsresultaat vergroten. Zo is een negatieve relatie gevonden tussen de lengte van de hulpverleningsgeschiedenis en het risico op toekomstige uithuisplaatsingen [5]. Ook verhoogt de lengte van de hulpverleningsgeschiedenis de kans op een breakdown van de plaatsing [44, 54], is deze gerelateerd aan toename van gedragsproblemen en hechtingsgerelateerde problemen [54], is er een verhoogde kans op een langer hulpverleningstraject [31, 32] en meer kans op de inzet van zwaardere hulp [12, 29]. James [29] stelt overigens op grond van zijn onderzoeksresultaten dat er alleen een verhoogde kans is op de inzet van zwaardere hulp als kinderen al eerder een plaatsing in een gezinshuis of residentiële behandelgroep hebben meegemaakt.

Tabel 6: *Samenvatting kenmerken hulpverleningsgeschiedenis per subpopulatie.*

	Pleegzorg	Gezinshuizen	Open residentie
Lengte hulpverleningsgeschiedenis	-	±	±
Plaatsing vanuit thuis	+	-	±
Wachlijst voorafgaand aan plaatsing	-	+	+
Crisisplaatsing voorafgaand aan plaatsing	±	-	±
Eerder uit huis geplaatst	-	+	±
Kinderbeschermingsmaatregel bij plaatsing	±	+	±

+ kenmerk opvallend aanwezig; ± kenmerk gemiddeld aanwezig; - kenmerk beperkt aanwezig.

In hoeverre de hulpverleningsgeschiedenis van uithuisgeplaatste kinderen is verzwaard ten opzichte van eerdere kennis uit de literatuur is lastig te bepalen, gezien de beperkte beschikbaarheid van informatie hierover in de literatuur. Het lijkt er op dat de hulpverleningsgeschiedenis in de huidige onderzoekspopulatie iets zwaarder is dan gemiddeld bij een uithuisgeplaatst kind.

Voor de kenmerken van de hulpverleningscontext en -prognose is het eveneens lastig in te schatten hoe deze zich verhouden tot die van uithuisgeplaatste kinderen in het algemeen, omdat er in de literatuur weinig informatie over te vinden is. Op grond van het percentage medicatiegebruik, het percentage ouders dat de plaatsing accepteert en de hulpverleningsprognose lijkt de vervangende opvoedingssituatie voor de huidige onderzoekspopulatie in ieder geval niet veel ongunstiger dan gemiddeld. Overigens stellen Oosterman e.a. [44] dat in ieder geval in pleegzorg de kenmerken van de vervangende opvoedingssituatie geen grote invloed hebben op het hulpverleningsresultaat en dat de invloed zelfs verdwijnt als andere risico- en beschermende factoren worden meegewogen.

### 3.6. Sociaal-culturele context

#### 3.6.1. Etniciteit

Een belangrijk element binnen de sociaal-culturele context is de etniciteit van het kind, omdat dit van invloed kan zijn op het hulpverleningsresultaat. Zo stellen Fernandez [20] en Becker e.a. [8] dat kinderen van allochtone afkomst minder snel thuisgeplaatst worden. In de huidige onderzoekspopulatie is iets meer dan de helft van de kinderen (56%) autochtoon. Dit percentage is min of meer gelijk tussen de drie zorgvormen ( $N=151$ ,  $\chi^2(4)=3.85$ ,  $p=n.s.$ ). De overige kinderen hebben tenminste één ouder die in het buitenland is geboren, waarbij 11% uit een Westers land komt en 33% uit een niet-westers land. In het literatuuronderzoek ligt het percentage autochtone kinderen in gezinshuizen en residentie gemiddeld ongeveer 10% hoger [36].

#### 3.6.2. Sociaal-economische status

Op basis van de hoogst genoten opleiding van de kostwinnaar in het biologische gezin is de sociaal-economische status vastgesteld, ingedeeld naar een lage, middelbare of hoge sociaal-economische status. Deze gegevens zijn slechts bij een klein percentage (19%) van de kinderen bekend. Een lage sociaal-economische status lijkt het meest voor te komen (61%) en zijn er geen verschillen tussen de

drie subpopulaties ( $\chi^2(4)=3.68$ ,  $N=38$ ,  $p=n.s.$ ). Dit sluit niet geheel aan bij de eerdere bevinding dat met name biologische ouders binnen pleegzorg te kampen hebben met materiële problemen. De inschatting van de sociaal-economische status op basis van het opleidingsniveau moet derhalve met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. In vergelijking met het eerdere literatuuronderzoek is de gevonden sociaal-economische status gemiddeld gezien gunstiger, met name voor de subpopulatie residentieel geplaatste kinderen. De sociale voorzieningen in Nederland zijn echter niet één op één te vergelijken met die van andere landen uit het literatuuronderzoek zoals de Verenigde Staten.

### **3.6.3. Samenvatting sociaal-culturele context**

Al met al kan ten aanzien van de sociaal-culturele context niet goed worden bepaald in hoeverre de onderzoekspopulatie representatief is voor het uit huis geplaatste kind.

## **3.7. Samenvatting typerende kenmerken bij plaatsing**

In Tabel 7 op de volgende pagina worden alle typerende kenmerken op basis van het dossieronderzoek per ontwikkelingscontext samengevat. Hierbij is gebruik gemaakt van het model voor ontwikkelingspsychopathologie van Kerig e.a. [33]. Dit model is nader beschreven in het eerder uitgevoerde literatuuronderzoek [36].

Op grond van alle dossiergegevens samen kan de voorlopige conclusie worden getrokken dat er bij plaatsing duidelijk verschillen zijn tussen de kinderen in de drie subpopulaties. Verder lijken de kind- en gezinskenmerken van de onderzoekspopulatie op hoofdlijnen redelijk consistent met eerdere gegevens uit de literatuur, met als kanttekening dat niet voor alle ontwikkelingscontexten een goede vergelijking kan worden gemaakt door gebrek aan informatie.

Tabel 7: Totale samenvatting van relevante kenmerken per ontwikkelingscontext en subpopulatie op basis van dossiergegevens bij plaatsing (opvallend aanwezige kenmerken grijs gearceerd).

	Pleegzorg	n	Gezinshuizen	n	Open residentie	n	Totaal	N
<b>biologische context</b>								
mannelijk geslacht (%)	46	72	50	38	62	90	54	200
gem. leeftijd bij plaatsing (jaar)	7.9 (SD=2.6)	72	9.2 (SD=2.5)	38	9.3 (SD=2.1)	90	8.8 (SD=2.4)	200
(gem) Totaal IQ	95 (SD=11)	11	95 (SD=12)	21	94 (SD=11)	51	95 (SD=11)	83
<b>individuele context</b>								
<b>kindproblematiek</b>								
emotionele problemen (%)	71	63	77	34	70	83	72	180
gedragsproblemen (%)	56	63	59	34	90	83	72	180
onveilige hechting (%)	46	63	68	34	61	83	57	180
reactieve hechtingsstoornis (%)	15	55	41	32	35	83	29	170
psychiatrische problematiek (%)	27	55	44	32	69	83	51	170
medicatiegebruik (%)	20	49	38	16	40	80	33	145
<b>schoolkenmerken</b>								
vorm van speciaal onderwijs (%)	16	57	72	25	59	76	44	165
leerachterstand taal en/of rekenen (%)	30	33	33	15	61	28	42	76
school/cognitieve problemen (%)	52	52	65	20	83	64	68	135
<b>gezinscontext</b>								
<b>gezinsamenstelling</b>								
echtscheidingen (%)	79	62	74	34	79	77	78	173
overleden ouder (%)	2	62	3	34	0	77	1	173
(gem) aantal broers/zussen	1.8 (SD=1.4)	62	1.6 (SD=1.7)	33	1.7 (SD=1.4)	84	1.7 (SD=1.4)	179
<b>gezinsproblematiek</b>								
(fysiek/emotioneel) mishandeling (%)	25	63	31	32	18	84	23	179
(fysiek/emotioneel) verwaarlozing (%)	60	63	44	32	31	84	44	179
seksueel misbruik (%)	0	63	16	32	5	84	5	179
huiselijk geweld (%)	8	72	3	38	3	90	5 <sup>1</sup>	200
psychische problemen ouder(s) (%)	73	63	50	32	62	84	64	179
middelenmisbruik ouder (%)	7	72	8	38	3	90	6 <sup>1</sup>	200
delinquentie/prostitutie ouder(s) (%)	14	63	9	32	11	84	12	179
pedagogische onmacht (%)	89	63	69	32	88	84	85	179
materiële problemen (%)	75	63	50	32	44	84	56	179
<b>hulpverleningscontext</b>								
aantal eerdere uithuisplaatsingen (gem)	1.7 (SD=1.0)	27	2.5 (SD=1.5)	30	2.3 (SD=1.7)	58	2.2 (SD=1.5)	115
plaatsing vanuit thuis (%)	65	63	18	34	43	83	46	180
kinderbeschermingsmaatregel (%)	78	63	94	34	70	84	77	181
<b>sociaal-culturele context</b>								
ethniciteit: autochtoon (%)	59	63	56	25	54	63	56	151
lage sociaal-economische status (%)	70	20	50	2	50	16	61	38

<sup>1</sup> Mogelijk is sprake van onderrapportage gezien in de PPV niet specifiek gevraagd is naar deze typen gezinsproblematiek.

## 4. Testresultaten bij plaatsing

---

### 4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de resultaten van de gestandaardiseerde testinstrumenten die ingezet zijn om typerende kenmerken bij plaatsing te meten. Voor alle instrumenten geldt dat de ruwe scores zijn omgezet naar T-scores<sup>6</sup>. In paragraaf 4.2 komt de gedragsproblematiek gemeten met de ASEBA aan bod met daarbij de subparagrafen testresultaten van biologische ouders (§ 4.2.1), testresultaten van de vervangende opvoeders (§ 4.2.2), vergelijkingen tussen ouders en opvoeders (§ 4.2.3) en vergelijking met eerdere resultaten (§ 4.2.4). In paragraaf 4.3 worden de testresultaten van de vervangende opvoeders op de LLRV besproken (§ 4.3.1), waarna de resultaten vergeleken worden met eerdere resultaten (§ 4.3.2). In paragraaf 4.4 wordt het gezinsfunctioneren beschreven op basis van de GVL, waarbij achtereenvolgens de GVL-resultaten van biologische ouders (§ 4.4.1), de GVL resultaten van pleegouders (§ 4.4.2) en de GVL-resultaten in vergelijking tot eerdere resultaten aan bod komen (§ 4.4.3). In paragraaf 4.5 worden de resultaten op de VFO besproken met allereerst de resultaten van de vervangende opvoeders (§ 4.5.1). Daarna volgt een vergelijking van de VFO-resultaten met eerdere resultaten in relatie tot hechting (§ 4.5.2). Het hoofdstuk wordt afgesloten met paragraaf 4.6 middels een samenvatting van alle testresultaten met specifiek aandacht voor overeenkomsten en verschillen tussen de drie subpopulaties.

### 4.2. Psychosociale problemen bij plaatsing (ASEBA)

#### 4.2.1. ASEBA-resultaten van biologische ouders

Volgens de biologische ouders is bij aanvang van de hulp bij twee derde (68%) van de kinderen in (sub)klinische mate sprake van psychosociale problemen waarbij emotionele problemen (internaliserende problemen) en gedragsproblemen (externaliserende problemen) ongeveer evenveel voorkomen, zie Tabel 6.1 van Bijlage 6. Er zijn duidelijk verschillen in de mate waarin ouders psychosociale problemen ervaren bij hun kind in de drie subpopulaties, ( $F(2,91)=14.72$ ,  $p<0.001$ ). Deze verschillen zijn het duidelijkst wat betreft de gedragsproblemen ( $F(2,91)=15.99$ ,  $p<0.001$ ), maar er zijn ook verschillen in de mate van emotionele problemen ( $F(2,91)=3.71$ ,  $p<0.05$ ).

Uit post hoc analyses blijkt dat de ouders van residentieel geplaatste kinderen de algehele psychosociale problemen van hun kinderen als zwaarder ervaren dan de ouders van pleegkinderen ( $p<0.001$ ) en van kinderen in gezinshuizen ( $p<0.05$ ). Dit verschil ligt vooral in de mate van gedragsproblemen. Residentieel geplaatste kinderen vertonen volgens ouders significant meer gedragsproblemen dan pleegkinderen ( $p<0.001$ ) en kinderen in gezinshuizen ( $p<0.01$ ). Zo ervaart 86% van de biologische ouders van residentieel geplaatste kinderen (sub)klinische gedragsproblemen bij hun kind, tegenover 42% van de biologische ouders van pleegkinderen en 50% van de biologische ouders van kinderen in gezinshuizen. Tussen de ouders van kinderen in gezinshuizen en ouders pleegkinderen zijn geen verschillen in mate van psychosociale problemen gevonden.

Wanneer de syndroomschalen worden bekeken, valt op dat de ouders van de residentieel geplaatste kinderen de problematiek op het gebied van zowel sociale problemen ( $p<0.05$ ), denkproblemen ( $p<0.001$ ), regelovertredend gedrag ( $p<0.001$ ), angstig/depressief gedrag ( $p<0.05$ ), aandachtsproblemen ( $p<0.05$ ) en agressief gedrag ( $p<0.001$ ) significant zwaarder ervaren dan de biologische ouders van pleegkinderen. Hiernaast vertonen residentieel geplaatste kinderen volgens hun ouders meer regelovertredend gedrag ( $p<0.05$ ) en agressief gedrag ( $p<0.05$ ) dan kinderen in gezinshuizen. Wel dient de vergelijking tussen de biologische ouders met enige terughoudendheid geïnterpreteerd te worden gezien het gering aantal biologische ouders van kinderen in gezinshuizen dat de ASEBA heeft ingevuld.

---

<sup>6</sup>T-scores hebben een gemiddelde van 50 en een standaarddeviatie van 10. Een T-score van 60 tot 65 kan als subklinisch worden beschouwd en een T-score van 65 of hoger als klinisch.

#### **4.2.2. ASEBA-resultaten van vervangende opvoeders**

Volgens de vervangende opvoeders is bij plaatsing bij ruim de helft van de kinderen (54%) in de totale onderzoekspopulatie in (sub)klinische mate sprake van psychosociale problemen en komen internaliserende en externaliserende problemen procentueel gezien ongeveer evenveel voor (zie Tabel 6.2 van Bijlage 6). Opvallend is dat gezinshuisouders meer psychosociale problemen signaleren bij de geplaatste kinderen ( $F(2,152)=6.37, p<0.01$ ) dan mentoren ( $p<0.01$ ) of pleegouders ( $p<0.01$ ). Ook is er verschil in de klinische mate waarin gezinshuisouders externaliserende problemen ervaren ( $F(2,152)=6.65, p<0.01$ ). Gezinshuisouders ervaren significant meer externaliserende problemen bij de geplaatste kinderen (86%,  $p<0.01$ ) dan mentoren (52%). Pleegkinderen vertonen volgens pleegouders het minst externaliserende gedragsproblemen, maar nog steeds valt een derde (31%) van de scores van de pleegkinderen binnen het (sub)klinische gebied.

Als specifiek naar de syndroomschalen wordt gekeken, ervaren gezinshuisouders meer sociale problemen ( $p<0.01$ ), denkproblemen ( $p<0.05$ ), aandachtsproblemen ( $p<0.001$ ) en agressief gedrag ( $p<0.01$ ) bij de geplaatste kinderen dan de mentoren. Ook ervaren de gezinshuisouders significant meer sociale problemen ( $p<0.001$ ), regelovertrekend gedrag ( $p<0.01$ ), aandachtsproblemen ( $p<0.01$ ) en agressie ( $p<0.001$ ) bij de geplaatste kinderen dan pleegouders.

#### **4.2.3. Vergelijking ASEBA-resultaten tussen de ouders en opvoeders**

Bij vergelijking van de testresultaten tussen de biologische ouders en de vervangende opvoeders blijkt dat in pleegzorg de biologische ouders en pleegouders de problematiek bij plaatsing als even zwaar ervaren (zie Tabel 6.3 van Bijlage 6.) In de gezinshuizen valt op dat de gezinshuisouders de problematiek op een aantal gebieden zwaarder achten dan de biologische ouders van de geplaatste kinderen. De gezinshuisouders ervaren met name meer gedragsproblemen. Tot slot ervaren ouders van residentieel geplaatste kinderen de psychosociale problemen nagenoeg op alle gebieden beduidend zwaarder dan de mentoren. Daar waar de biologische ouders het gedrag als problematisch ervaren gezien de gemiddelde T-scores op de verschillende schalen, ervaren de mentoren het gedrag van het kind bij plaatsing gemiddeld gezien nog als redelijk goed hanteerbaar. Desondanks signaleren ook de mentoren bij ongeveer de helft van de residentieel geplaatste kinderen klinische problemen in het psychosociaal functioneren.

#### **4.2.4. ASEBA-resultaten in relatie tot eerdere resultaten**

In vergelijking met de dossiergegevens worden er in de onderzoekspopulatie middels de ASEBA minder kinderen met emotionele problemen geïdentificeerd door ouders en vervangende opvoeders, echter nog steeds meer dan in eerder literatuuronderzoek (zie paragraaf 3.3.1). Ook wat betreft gedragsproblemen gemeten middels de ASEBA, vallen de percentages kinderen die hiermee kampen gemiddeld lager uit in vergelijking met de dossiergegevens.

Ten opzichte van het literatuuronderzoek komen de percentages pleegkinderen met gedragsproblemen redelijk overeen. Voor kinderen in gezinshuizen en residentieel geplaatste kinderen vallen de scores van de gezinshuisouders en scores van de biologische ouders van residentieel geplaatste kinderen veel hoger uit dan de percentages gerapporteerd in de literatuur. De vergelijking met eerdere onderzoeken is echter niet zuiver te maken omdat in de gebruikte literatuur zowel gezinshuisouders als biologische ouders niet voorkomen als respondent bij het bepalen van de mate van gedragsproblemen.

### **4.3. Relatie met vervangende opvoeder kort na plaatsing (LLRV)**

#### **4.3.1. LLRV-resultaten van de vervangende opvoeders**

Bij 49% van de kinderen ervaren de vervangende opvoeders problemen in de opvoedrelatie met het kind. De verschillen op de totaalscores verschillen niet tussen de drie subpopulaties,  $F(2,145)=2.96, p=0.055$ . Gezien mogelijk de leeftijd van het kind mede de scores op de LLRV bepalen, is gecorrigeerd voor de invloed van leeftijd middels een ANCOVA. Uit de analyses blijkt dat leeftijd inderdaad negatief gecorreleerd is met de scores op de totaalschaal,  $F(1,144)=8.24, p<0.001$ . Na

correctie op leeftijd blijven de verschillen op de totaalscores niet significant,  $F(2,144)=1.82$ ,  $p=n.s.$

Wanneer specifiek gekeken wordt naar de drie dimensies van de opvoedrelatie, zijn er wel significante verschillen tussen de drie subpopulaties. Allereerst zijn er verschillen wat betreft de mate van *conflict* binnen de opvoedrelatie ( $F(2,145)=4.30$ ,  $p<0.05$ ). De relatie van pleegkinderen met hun pleegouder is significant meer conflictueus dan de relatie tussen residentieel geplaatste kinderen en hun mentor ( $p<0.01$ ). Binnen pleegzorg ervaart 58% van de pleegouders de relatie met hun pleegkind als conflictueus tegenover 36% van de mentoren. Daarnaast zijn er ook verschillen in de mate van negatieve *afhankelijkheid* ( $F(2,145)=7.62$ ,  $p<0.001$ ). Pleegkinderen vertonen volgens hun pleegouders significant meer negatieve afhankelijkheid in de opvoedrelatie dan residentieel geplaatste kinderen volgens hun mentor doen ( $p<0.05$ ). Binnen pleegzorg ervaart 62% van de pleegouders hun pleegkind als te afhankelijk tegenover 28% van de mentoren. Voor de verdeling van de overige percentages op de schalen, zie Tabel 6.4 van Bijlage 6.

#### 4.3.2. LLRV-resultaten in relatie tot eerdere resultaten

Er zijn in de literatuur geen vergelijkende gegevens bekend over de relatie tussen vervangende opvoeders en het uithuisgeplaatste kind. Wel hebben enkele onderzoekers binnen pleegzorg een verband gevonden tussen de pleegouder-pleegkind relatie en het succes van de pleegzorgplaatsing. Een positieve relatie tussen de pleegouder en het pleegkind is een beschermende factor voor een breakdown van de plaatsing [44]. Van den Bergh en Weterings [59] stellen zelfs dat de aard van de relatie van het pleegkind met zijn pleegouders de meest dominante en bepalende factor is voor een positieve ontwikkeling van het pleegkind. Verder zou een positieve relatie gerelateerd zijn aan meer welzijn en tevredenheid van de pleegouder [66]. Anderzijds neemt bij een negatieve relatie tussen de pleegouder en het pleegkind de kans op een breakdown toe [51].

### 4.4. Gezinsfunctioneren bij plaatsing (GVL)

#### 4.4.1. GVL-resultaten biologische ouders

Gezien het gering aantal ( $n=6$ ) ingevulde vragenlijsten van biologische ouders van kinderen in gezinshuizen, zijn deze scores uit de analyses gelaten. Uit de scores op de resterende ingevulde vragenlijsten blijkt dat de gezins- en opvoedingssituatie in de biologische gezinnen van pleegkinderen en residentieel geplaatste kinderen bij bijna één op de drie (29%) gezinnen problematischer is dan in een gemiddeld gezin. Dit geeft een verhoogd risico op gedrags- en emotionele problemen bij het kind [61].

Er is voor de totaalschaal geen statistisch verschil gevonden in gemiddelde T-scores van beide groepen biologische ouders, wat betekent dat de verschillen te klein zijn om uit te kunnen sluiten dat deze niet op toeval gebaseerd zijn,  $F(71)=2.12$ ,  $p=n.s.$ ). Ook zijn geen verschillen gevonden in gemiddelde T-scores wat betreft de verschillende subschalen. Wanneer echter naar de percentages (sub)klinische scores wordt gekeken, blijken de verschillen wel klinisch relevant te zijn, zie ook Tabel 6.5 van Bijlage 6.

Allereerst blijkt een significant verschil in percentage biologische ouders dat problemen ervaart in de *partnerrelatie*, wat een nadelig effect kan hebben op de opvoeding [61]. Binnen pleegzorg ervaart 59% van de biologische ouders conflicten in de relatie met hun partner tegenover 27% van de biologische ouders van residentieel geplaatste kinderen ( $\chi^2(1)=5.07$ ,  $p<0.05$ ). Er is sprake van een middelgroot effect ( $\phi = -.32$ ). Verder ervaart ruim de helft (57%) van de biologische ouders van residentieel geplaatste kinderen problemen in de *communicatie* met hun kind ten opzichte van 33% van de biologische ouders van pleegkinderen. De verschillen zijn net niet sterk genoeg om aan te nemen dat de verschillen niet op toeval gebaseerd zijn ( $\chi^2(1)=3.65$ ,  $p=0.056$ ). Tot slot valt op dat door biologische ouders van pleegkinderen bijna tweemaal zo vaak problemen worden gerapporteerd in het *totale gezinsfunctioneren* (42%) dan door de biologische ouders van residentieel geplaatste kinderen (22%). Ook hierbij kon toeval onvoldoende worden uitgesloten,  $\chi^2(1)=2.90$ ,  $p=0.088$ ). De trend komt overeen met de dossiergegevens waaruit blijkt dat de biologische gezinnen in de pleegzorg het meest

te kampen hebben met gezinsproblematiek, alhoewel de percentages gezinnen met problemen op basis van dossiergegevens vele malen hoger ligt en voor elke subpopulatie bij alle biologische gezinnen gezinsproblemen werden gerapporteerd.

#### **4.4.2. GVL-resultaten pleegouders**

Er is eveneens aan pleegouders is gevraagd hoe zij hun eigen gezinssituatie beoordelen. Deze gegevens worden weergegeven in Tabel 6.6 van Bijlage 6. Uit de resultaten blijkt dat de pleegouders goed in staat zijn een positief opvoedingsklimaat neer te zetten. Wel geeft 16% van de pleegouders aan dat er meer dan gemiddeld conflicten zijn met hun pleegkind, iets wat ook te zien was aan de scores op de LLRV. Zoals verwacht scoren pleegouders significant positiever op verschillende schalen van de GVL dan de biologische ouders van pleegkinderen.

#### **4.4.3. GVL-resultaten in relatie tot eerdere resultaten**

Er zijn in de literatuur nauwelijks testgegevens voorhanden over het gezinsfunctioneren van de biologische gezinnen van uit huis geplaatste kinderen. Er kan alleen een vergelijking worden gemaakt met eerdere resultaten op de GVL van biologische ouders van jonge residentieel geplaatste kinderen in Horizon [52]. Daaruit blijkt dat het percentage ouders van residentieel geplaatste kinderen dat problemen in het gezinsfunctioneren ervaart grotendeels gelijk is gebleven, alhoewel er wel grote verschillen zijn in percentages op de verschillende subschalen.

### **4.5. Mate van sociale en emotionele onthechting (VFO)**

#### **4.5.1. VFO-resultaten van de vervangende opvoeders**

Uit de resultaten op de VFO blijkt dat volgens de vervangende opvoeders bij de helft (51%) van de kinderen sprake is van een indicatie voor sociale- en emotionele onthechting, ook wel fundamentele onthechting genoemd. Dit betekent dat deze kinderen weinig remmingen hebben van binnenuit (geweten) en van buiten af (sociale normen). In vergelijking met het percentage kinderen met een fundamentele hechtingsstoornis in de normale jeugdbevolking volgens leerkrachten (3.7%), is het gevonden percentage uitzonderlijk hoog [60].

Op alle drie de schalen zijn er verschillen tussen de drie subpopulaties, zie ook Tabel 6.7 van Bijlage 6. Zo komt *sociale onthechting*, waarbij kinderen egocentrisch zijn en alleen volgens hun eigen norm leven, volgens de gezinshuisouders bij kinderen in gezinshuizen significant meer voor dan bij residentieel geplaatste kinderen ( $F(2,143)=4.54, p<0.05$ ). Ook het verschil in percentage kinderen dat een (sub)klinische score heeft op deze schaal is significant ( $\chi^2(2)=9.40, p<0.01$ ). Bij kinderen in gezinshuizen is bij 75% en duidelijke indicatie voor sociale onthechting, terwijl dit voor residentieel geplaatste kinderen 35% is. Voor de *emotionele onthechting*, wat zich met name uit in emotionele ongevoeligheid, is het verschil in de gemiddelde T-scores eveneens significant ( $F(2,142)=3.30, p<0.05$ ). De verschillen zijn net te klein om in de posthoc analyses na te gaan tussen welke subpopulaties het verschil het sterkst is. Wel blijkt uit de percentages dat met name kinderen in gezinshuizen problemen hebben in de gewetensontwikkeling ( $\chi^2(2)=8.45, p<0.05$ ). Deze groep kinderen heeft tweemaal zo vaak (81%) problemen op het gebied van de gewetensontwikkeling dan residentieel geplaatste kinderen (43%). Tot slot blijkt uit de totaalschaal voor *fundamentele onthechting* dat kinderen volgens de gezinshuisouders gemiddeld meer kenmerken van fundamentele onthechting vertonen dan dat mentoren signaleren bij de residentieel geplaatste kinderen ( $F(2,139)=4.38, p<0.05$ ). Het percentage kinderen in gezinshuizen dat (sub)klinisch scoort (81%) is significant hoger dan het percentage pleegkinderen (51%) of residentieel geplaatste kinderen (45%),  $\chi^2(2)=7.22, p<0.05$ . Wel moet dit met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden gezien het beperkt aantal metingen van gezinshuisouders.

#### **4.5.2. VFO-resultaten in relatie tot eerdere resultaten**

In vergelijking met de dossiergegevens wordt middels de VFO door de vervangende opvoeders met name in gezinshuizen meer hechtingsgerelateerde problemen gerapporteerd, namelijk bij 81% van de



kinderen. Pleegouders signaleren middels de VFO bij ongeveer de helft van de pleegkinderen hechtingsgerelateerde problemen, wat in overeenstemming is met het aantal kinderen waarvoor in de dossiers een onveilige hechting is gerapporteerd. Het door mentoren gerapporteerde percentage residentieel geplaatste kinderen met hechtingsgerelateerde problemen (45%) ligt lager dan het aantal kinderen dat op basis van dossiergegevens als onveilig gehecht is geïdentificeerd (61%).

Een vergelijking van het aantal kinderen met hechtingsgerelateerde problemen met het eerdere beeld uit het literatuuronderzoek is niet zomaar één op één te maken, omdat het in de literatuur doorgaans alleen kinderen betreft met een daadwerkelijke diagnose van een Reactieve Hechtingsstoornis of een indicatie hiervoor.

#### 4.6. Samenvatting testresultaten

In Tabel 8 wordt aangegeven in hoeverre de typerende kenmerken op basis van de testresultaten al dan niet opvallend aanwezig zijn in desbetreffende subpopulatie uithuisgeplaatste kinderen met als grens een afwijking van 10% of meer van het totaalgemiddelde.

Tabel 8: *Samenvatting testresultaten per subpopulatie uithuisgeplaatste kinderen.*

	Pleegzorg	Gezinshuizen	Open residentie
Psychosociale problemen vlgs ouders (ASEBA)	-	-	+
Psychosociale problemen vlgs opvoeders <sup>1</sup> (ASEBA)	-	+	±
Problemen in vervangende opvoedrelatie (LLRV)	+	±	±
Disfunctioneren biologisch gezin (GVL)	+	n.v.t.	±
Fundamentele onthechting kind (VFO)	±	+	±

<sup>1</sup> hiermee worden de pleegouders, gezinshuisouders en mentoren bedoeld.

+ kenmerk opvallend aanwezig; ± kenmerk gemiddeld aanwezig; - kenmerk beperkt aanwezig.

Meest opvallend binnen pleegzorg in vergelijking met de andere twee subpopulaties is de moeizame opvoedrelatie tussen pleegouders en pleegkinderen. Binnen gezinshuizen valt vooral het fundamenteel onthecht gedrag bij de kinderen op. Opvallend daarbij is dat het gevonden percentage overeenkomt met het percentage kinderen dat volgens gezinshuisouders te kampen heeft met psychosociale problemen, gemeten met de ASEBA (81%). De hechtingsgerelateerde problemen lijken daarentegen niet altijd te resulteren in een moeizame opvoedrelatie, aangezien dit percentage volgens gezinshuisouders beduidend lager ligt (53%, zie LLRV). Tot slot is voor residentieel geplaatste kinderen de mate waarin hun biologische ouders psychosociale problemen bij hen ervaren het meest opvallend.

Samenvattend blijkt uit de testresultaten dat er bij aanvang van de plaatsing enkele duidelijke verschillen zijn in de aanwezigheid van risico- en protectieve factoren bij de kinderen in de drie subpopulaties, wat eveneens naar voren kwam uit de analyses van de dossiergegevens. Op de vraag of de gevonden testresultaten afwijkend zijn ten opzichte van eerdere onderzoeksresultaten kan geen gegronde uitspraak worden gedaan, daar in de literatuur nog geen vergelijkbare testuitslagen gepubliceerd zijn voor de drie subpopulaties uithuisgeplaatste kinderen van dit onderzoek. Alleen over de psychosociale problemen kan gesteld worden dat er in de huidige onderzoekspopulatie meer dan gemiddeld emotionele problemen aanwezig zijn.

## 5. Conclusie

---

### 5.1. Inleiding

Dit laatste hoofdstuk betreft de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek. In paragraaf 5.2 wordt eerst de centrale onderzoeksvraag beantwoord. Vervolgens wordt in paragraaf 5.3 op basis van de typerende kenmerken voor elk van de drie subpopulaties uithuisgeplaatste kinderen een profielschets opgesteld en in paragraaf 5.4 wordt een hypothetische schets van het hulpverleningstraject gegeven. Daarna volgt in paragraaf 5.5 een samenvatting van de meest opvallende overeenkomsten en verschillen tussen de kinderen in de drie subpopulaties. Tot slot wordt in paragraaf 5.6 afgesloten met enkele aanbevelingen voor de praktijk.

### 5.2. Beantwoording centrale onderzoeksvraag

Centraal in dit onderzoek staat de vraag in hoeverre 4-12 jarige kinderen in pleegzorg, gezinshuizen of open residentie verschillen in typerende kenmerken bij plaatsing. Zowel op grond van de dossiergegevens als op basis van de testresultaten kan geconcludeerd worden dat er bij plaatsing tussen de kinderen in de drie subpopulaties een aantal duidelijke overeenkomsten en verschillen zijn in aanwezige risico- en protectieve factoren.

#### **Overeenkomsten tussen de drie subpopulaties**

Wat betreft overeenkomsten valt op dat de kinderen allen lijken te beschikken over een gemiddelde intelligentie, ook al komt binnen de open residentie deze gemiddelde intelligentie minder tot zijn recht. Verder hebben de kinderen dezelfde etnische achtergrond, waarbij iets meer dan de helft van de kinderen van autochtone afkomst is. Wat betreft kindproblematiek vertonen de kinderen in ongeveer gelijke mate emotionele problemen, alhoewel er wel verschillen zijn in de manier waarop deze geuit worden. Ten aanzien van de gezinnen van herkomst komen de kinderen veelal uit gebroken gezinnen met twee broers en/of zussen. Binnen alle drie de subpopulaties komen problemen als fysieke en/of emotionele mishandeling en delinquentie of prostitutie van één of beide ouders ongeveer evenveel voor. Bij alle gezinnen is sprake van gezinsproblemen, alhoewel er wel verschil is in de mate waarin gezinsproblemen spelen. Verder maken de kinderen tijdens het verblijf binnen alle drie de subpopulaties even vaak gebruik van medicatie veelal voor kenmerken van ADHD. Tot slot is er volgens de behandelcoördinator voor alle kinderen evenveel kans op een succesvol hulpverleningsresultaat en wordt het gedrag als goed hanteerbaar beschouwd, ook al wordt bij ongeveer de helft van de kinderen de problematiek als (zeer) ernstig ervaren.

#### **Verschillen tussen de drie subpopulaties**

Naast het beperkte aantal overeenkomsten, zijn er vooral verschillen gevonden tussen de drie subpopulaties. Als deze verschillen op hoofdlijnen worden beschouwd, kan gesteld worden dat bij pleegkinderen het zwaartepunt van de problematiek vooral binnen het gezin van herkomst ligt. Dit komt overeen met de resultaten uit het eerder uitgevoerde literatuuronderzoek [36]. De significant kortere hulpverleningsgeschiedenis van pleegkinderen past bij het wettelijke voorschrift dat eerst minder zware hulp moet zijn ingezet, voordat overgegaan wordt tot plaatsing in een gezinshuis of residentiële setting.

Bij kinderen in gezinshuizen valt vooral de lange en zware hulpverleningsgeschiedenis in combinatie met de hechtingsgerelateerde problemen op. Op basis van het literatuuronderzoek was juist de verwachting dat niet de kinderen in gezinshuizen, maar residentieel geplaatste kinderen de langste en zwaarste hulpverleningsgeschiedenis zouden hebben. Dit aangezien uit het literatuuronderzoek is gebleken dat open residentiële hulpverlening vaak gezien wordt als 'last resort'. Als echter gekeken wordt naar de woonsituatie van kinderen in gezinshuizen voorafgaand aan de plaatsing (residentie), eerder ontvangen hulp (uithuisplaatsing) en het percentage kinderen met een kinderbeschermingsmaatregel (94%), dan lijkt een gezinshuisplaatsing momenteel meer als 'last

resort' te worden ingezet. Dit zou betekenen dat deze relatief nieuwe zorgvorm nu de positie inneemt aan het einde van de zorgketen en dat kinderen die niet (meer) thuis kunnen wonen, geplaatst worden in een gezinsgerichte vervangende opvoedsituatie, conform de richtlijnen voor alternatieve zorg. Dit zou ook kunnen verklaren waarom de doorstroom binnen de gezinshuizen momenteel zo laag ligt, aangezien deze zorgvorm ingezet wordt als perspectief biedende (langverblijf) plaatsing. Het is wel een opvallend en onverwacht gegeven dat juist in deze gezinsgerichte zorgvorm de meeste kinderen met hechtingsgerelateerde problemen blijken voor te komen.

Tot slot kan als laatste verschil genoemd worden dat residentieel geplaatste kinderen inderdaad de zwaarste individuele externaliserende problematiek vertonen in vergelijking met pleegkinderen en kinderen in gezinshuizen. Deze problematiek komt zowel thuis als op school tot uiting, een bevinding die spoort met het literatuuronderzoek. Op basis van het percentage residentieel geplaatste kinderen en hun ouders dat aanvullend therapie krijgt binnen dan wel buiten Horizon (zie paragraaf 3.5.2), kan gesteld worden dat van alle drie de zorgvormen de open residentie het meest gericht is op behandeling van deze problematiek. Het vermoeden is echter dat een deel van de kinderen ondanks de geboden behandeling in het gezin onvoldoende ontwikkelingskansen geboden kan worden, met name vanwege chronische hechtingsgerelateerde problematiek van het kind en dat derhalve een deel van deze kinderen terecht komt in een perspectief biedend gezinshuis.

In het algemeen kan op grond van de onderzoeksresultaten gesteld worden dat bij de kinderen in alle drie de subpopulaties duidelijk sprake is van ernstige problematiek op een of meerdere ontwikkelingsgebieden en dat de inzet van jeugdzorg zeker gerechtvaardigd is. Ten opzichte van eerder gerapporteerde doelgroepkenmerken lijken met name de kindproblematiek en hulpverleningsgeschiedenis in de huidige onderzoekspopulatie zwaarder te worden bevonden dan gemiddeld bij een uithuisgeplaatst kind. Verder is het een belangrijke bevinding dat er daadwerkelijk verschillen zijn tussen de kinderen. In het vervolgonderzoek naar de ontwikkeling van de kinderen zal worden nagegaan of dit meegewogen dient te worden in de besluitvorming welke zorgvorm de voorkeur heeft indien sprake is van een aanstaande uithuisplaatsing of overplaatsing.

### **5.3. Profielschets per zorgvorm**

Op basis van de gerapporteerde kenmerken kunnen de volgende profielschetsen worden opgesteld voor pleegkinderen, kinderen in gezinshuizen en residentieel geplaatste kinderen.

#### **Profielschets voor pleegkinderen**

Pleegkinderen binnen Horizon kunnen worden beschreven als jonge basisschoolkinderen die zich bij plaatsing vooral somber en eenzaam voelen, maar bij wie doorgaans geen sprake is van psychiatrische problematiek. Zowel biologische ouders als pleegouders beschouwen het gedrag bij een groot deel van de pleegkinderen als goed hanteerbaar, alhoewel bij ongeveer 40% toch ook klinische problemen in het psychosociaal functioneren worden gesignaleerd. Over het cognitieve- en schoolse functioneren van de pleegkinderen is weinig bekend. De gezinnen van herkomst hebben een geschiedenis van pedagogische onmacht en fysieke en/of emotionele verwaarlozing en veelal heeft één of hebben beide ouders (met name vaders) te kampen met psychische problemen. Daarnaast heeft het biologische gezin vaak te maken met forse materiële- dan wel financiële problemen. Doorgaans komen pleegkinderen direct vanuit thuis of vanuit een crisispleeggezin in het huidige pleeggezin terecht. Vaak heeft het pleegkind al één of twee eerdere plaatsingen meegemaakt. Opvallend is dat de biologische ouders veelal niet achter de plaatsing staan. Direct na plaatsing heeft een groot deel van de pleegkinderen (ongeveer twee derde) de neiging zich aan hun pleegouders vast te klampen. Daarnaast doen zich relatief veel conflicten in de opvoedingsrelatie voor. Pleegouders geven bijvoorbeeld aan dat de omgang met het pleegkind veel energie vergt, het pleegkind in zijn gedrag naar de pleegouder onvoorspelbaar kan zijn en voortdurend de confrontatie aan lijkt te willen gaan met de pleegouder.

### **Profielschets voor kinderen in gezinshuizen**

Typerend voor de kinderen geplaatst in gezinshuizen van Horizon en collega-instellingen is de aanwezigheid van hechtingsgerelateerde problemen als een Reactieve Hechtingsstoornis en kenmerken van sociaal-emotionele of fundamentele onthechting. Op psychosociaal gebied beschouwen de biologische ouders het gedrag van hun kinderen echter als goed hanteerbaar. Dit in tegenstelling tot de gezinshuisouders. Deze rapporteren kort na plaatsing vaak ernstige gedragsproblemen bij de geplaatste kinderen, waarbij aandachtsproblemen, sociale problemen en agressie op de voorgrond staan. Ook geven gezinshuisouders relatief vaak aan dat het kind weinig oog heeft voor de gevoelens van de ander, zich niets van de ander aantrekt en zich niet schuldig voelt en spijt of berouw heeft als het zich misdragen heeft. Tussen de gezinshuisouder en het kind is dan ook regelmatig sprake van conflicten. Hoe de kinderen voorafgaand aan de plaatsing in het gezinshuis op school functioneerden is veelal onbekend. Wel volgde een groot deel van de kinderen speciaal (basis)onderwijs. Binnen de biologische gezinnen spelen vaak diverse gezinsproblemen, waarbij opvallend vaak gerapporteerd wordt dat sprake is geweest van seksueel misbruik. Meest typerend voor kinderen in gezinshuizen is hun lange en zware hulpverleningsgeschiedenis waarbij sprake is van een Kinderbeschermingsmaatregel, omdat de ontwikkeling van het kind (ernstig) wordt bedreigd. Voorafgaand aan de plaatsing is al ruim 5 jaar hulp geboden wat voornamelijk bestond uit eerdere uithuisplaatsingen in een open residentiële groep of een pleeggezin. Het merendeel van de kinderen heeft moeten wachten op een plek in het gezinshuis en deed dit vanuit de open residentie.

### **Profielschets voor kinderen in de open residentie**

Bij de residentieel geplaatste kinderen binnen Horizon Bergse Bos en MKT Oostvoorne is bij plaatsing vooral de ernst van het psychosociaal disfunctioneren kenmerkend, waarbij met name in klinische mate agressief, opstandig en druk/impulsief gedrag wordt gerapporteerd. Daarbij is deels sprake van psychiatrische problematiek, zoals ADHD, een autismespectrumstoornis of een Post Traumatische Stresstoornis. Ook heeft een relatief grote groep hechtingsgerelateerde problemen als een Reactieve Hechtingsstoornis. Binnen school is eveneens sprake van ernstige problemen waarbij vooral conflicten met klasgenoten en leerkrachten kenmerkend zijn. Wat betreft cognitieve vaardigheden is er ondanks het gemiddelde IQ regelmatig sprake van taal- en/of rekenachterstanden. De biologische ouders ervaren de psychosociale problemen –en dan vooral de externaliserende gedragsproblemen- van hun kind als zeer problematisch. Dit in tegenstelling tot de mentoren die het gedrag van het kind bij plaatsing gemiddeld gezien nog als redelijk goed hanteerbaar ervaren. Desondanks signaleren ook de mentoren bij ongeveer de helft van de residentieel geplaatste kinderen klinische problemen in het psychosociaal functioneren. Mentoren rapporteren merendeels een positieve opvoedrelatie met hun mentorkind, echter bij twee op de vijf kinderen is er volgens de mentoren wel sprake van problemen in de opvoedingsrelatie. De residentieel geplaatste kinderen komen uit gezinnen met diverse gezinsproblemen als pedagogische onmacht, problemen in de ouder-kind relatie en psychische problemen bij één van beide ouders (vooral moeder). Ook residentieel geplaatste kinderen hebben een lange hulpverleningsgeschiedenis. Zij komen doorgaans vanuit thuis via een crisisplaatsing -om de wachttijd te overbruggen- in de open residentie terecht. Vaak is daar wel al ambulante hulp, pleegzorg of dagbehandeling aan vooraf gegaan en heeft het merendeel in het verleden al één of twee eerdere uithuisplaatsingen meegemaakt.

## **5.4. Hypothetische schets van de hulpverleningsroute**

Wanneer de kind- en gezinsproblematiek en de hulpverleningsgeschiedenis specifiek vanuit het doelgroeponderzoek in de drie subpopulaties met elkaar in verband worden gebracht ontstaat de indruk dat er in eerste instantie sprake is van opschaling van de hulp in combinatie met toename van de problematiek, waarna een deel van de kinderen langdurig hulp nodig blijkt te hebben en gekozen wordt voor een perspectief biedende gezinsgerichte verblijfplaats. Deze schijnbare chronologie is in de volgende paragraaf vertaald naar een hypothetische schets van de hulpverleningsroute die het kind af lijkt te leggen.

Rond de kleuterleeftijd ontstaan de eerste psychosociale problemen bij het kind in het biologische gezin en breekt vrij snel een periode van ambulante thuishulp aan in combinatie met één of twee uithuisplaatsingen in met name een pleeggezin. Na ruim 2,5 jaar wordt opnieuw gekozen voor een pleegzorgplaatsing. Hoofdrede hiervoor is doorgaans niet de kindproblematiek maar de gezinsproblematiek waarbij ouders in psychische en materiële zin niet in staat zijn voor hun kind te zorgen. Vaak staan de biologische ouders niet achter deze plaatsing. Ongeveer een derde van de kinderen redt het niet in het pleeggezin en stroomt na ongeveer twee jaar alsnog via een crisisplaatsing door naar een open residentiële behandelgroep waar een intensievere behandeling plaatsvindt middels individuele aanvullende therapie voor het kind en/of zijn ouders binnen of buiten de instelling en plaatsing in het Speciaal Onderwijs.

Een ander aanzienlijk deel van de residentieel geplaatste kinderen komt via een eerdere open residentiële plaatsing wederom in de open residentie terecht. Vaak komt tijdens het verblijf een psychiatrische achtergrond van de kindproblematiek aan het licht. Na een behandeling van gemiddeld negen maanden wordt toch gezocht naar een meer gezinsgerichte plek waar het kind geruime tijd kan blijven en stroomt het merendeel door naar een gezinshuis. Onderhand is er voor het kind een Kinderbeschermingsmaatregel van kracht. In het gezinshuis wordt de problematiek van deze kinderen door de gezinshuisouders als zeer zwaar ervaren en zijn er met name veel problemen op het gebied van de sociale- en emotionele binding. Een groot deel van de kinderen krijgt medicatie om hun ontremde gedrag te temperen en een beperkt deel aanvullende therapie. Daarnaast gaat ongeveer driekwart van de kinderen naar een school voor Speciaal Onderwijs. Aan de biologische ouders wordt weinig therapie gegeven en het lijkt alsof de gezinshuisplaatsing fungeert als 'last resort' voor het kind. Een groot deel van de biologische ouders staat achter de plaatsing en de behandelcoördinator is optimistisch over de slagingskans. Of inderdaad sprake is van een positief hulpverleningsresultaat en waarheen er dan is toegewerkt (welk perspectief), dat moet nog blijken.

## 5.5. Aanbevelingen

Het uiteindelijke doel van het in kaart brengen van de aanwezige risico- en protectieve factoren is om de resultaten van de geboden hulp in de vorm van een uithuisplaatsing te vergroten. Deze resultaten zijn onder andere zichtbaar in de mate waarin sprake is van stabiliteit van de uithuisplaatsing, in een positief hulpverleningsresultaat (doelend op een positieve ontwikkeling bij kind en gezin) en in een duidelijk en positief toekomstperspectief. Voor elk van deze indicatoren zijn een aantal aanbevelingen te formuleren. Sommige aanbevelingen zijn gerelateerd aan meerdere indicatoren. In deze situaties is de aanbeveling gekoppeld aan de indicator waaraan deze het meest gerelateerd is.

### **Aanbevelingen ter bevordering van de stabiliteit van de uithuisplaatsing**

*Het verdient aanbeveling om samen met de wetenschap, praktijk en overheid concrete (evidence- en practice based) criteria vast te stellen om te bepalen wanneer welke zorgvorm toereikend is.* Een goede match tussen de aanwezige problematiek en het type hulp is belangrijk voor de stabiliteit van de uithuisplaatsing [51, 68]. Momenteel bepalen volgens James [29] echter vooral het beschikbare aanbod en de subjectieve indruk van hulpverleners en verwijzers de keuze voor een bepaalde zorgvorm. Daarnaast wordt op grond van de richtlijnen voor alternatieve zorg voor kinderen bij voorkeur voor pleegzorg gekozen, echter voor de juistheid van deze richtlijn is nog maar weinig wetenschappelijk bewijs [5, 24, 28]. Volgens verschillende onderzoekers zijn er situaties denkbaar waarbij een 3-milieu voorziening de voorkeur heeft boven pleegzorg, gezien de voordelen van de integrale aanpak [11, 13, 15, 19, 26, 28, 29, 65]. Uit de onderzoeksresultaten blijkt in ieder geval dat de problemen gemiddeld al op kleuterleeftijd beginnen en dat vrij snel daarna de eerste professionele hulp wordt geboden, maar dat desondanks na gemiddeld 4.7 jaar hulp alsnog overgegaan wordt op de huidige uithuisplaatsing. Dit roept de vraag op of er in beginsel wel een juiste matching was tussen de daadwerkelijke hulpvraag en de geboden hulp.

*Een tweede advies is om pleegouders bij aanvang van de hulp expliciet te ondersteunen bij het opbouwen van een positieve opvoedrelatie met het pleegkind.* Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat

vooral pleegouders bij (oudere) pleegkinderen bij de start van de plaatsing problemen ervaren in bepaalde aspecten van de opvoedrelatie. Uit literatuuronderzoek blijkt zoals eerder genoemd dat deze opvoedrelatie van invloed is op de stabiliteit van de uithuisplaatsing [44, 51, 59]. Door hier bij aanvang van de hulp direct aandacht voor te hebben, kan misschien voorkomen worden dat hechtingsgerelateerde problemen ontstaan dan wel verergeren wat ten goede komt aan de stabiliteit van de uithuisplaatsing.

*Een derde aanbeveling is gericht op de gezinshuizen en betreft expliciete ondersteuning aan gezinshuisouders betreffende de omgang met sociaal- en emotioneel onthecht gedrag van de geplaatste kinderen.* Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat gezinshuisouders bij veel kinderen in ernstige mate psychosociale problemen ervaren (zie ASEBA) en dat veel kinderen weinig remming hebben van binnenuit en van buitenaf (zie VFO). Ook uit dossieranalyse blijkt bij deze groep kinderen het vaakst een Reactieve Hechtingsstoornis voor te komen. De hechtingsgerelateerde problemen vergroten de opvoedbelasting van de gezinshuisouders en verhogen daarmee de kans op een breakdown.

### **Aanbevelingen ter bevordering van het hulpverleningsresultaat**

*Allereerst wordt aanbevolen om binnen het pleeggezin een intensievere behandeling te bieden aan die groep pleegkinderen die te kampen heeft met psychosociale problemen en/of trauma's.* Alhoewel bij de pleegkinderen de kindproblematiek niet voorop staat, wordt er toch bij ruim 40% in klinische mate problemen ervaren op dit gebied (zie ASEBA). Ook uit het dossieronderzoek blijkt dat bij de helft tot driekwart van de pleegkinderen sprake is van gedrags- en emotionele problemen. Verder is er een relatief grote groep pleegkinderen waarbij signalen van een post traumatische stressstoornis worden gerapporteerd. Wanneer deze problemen vroegtijdig gediagnosticeerd en behandeld worden, vergroot dit de kans op een gunstige psychosociale ontwikkeling van het pleegkind en heeft dit eveneens een preventieve werking op de opvoedbelasting voor pleegouders en dus op de stabiliteit van de uithuisplaatsing. Het intensiveren van de behandeling van pleegkinderen in een pleeggezin zou kunnen middels het uitbreiden van het aanbod van behandelpleegzorg<sup>7</sup>. Behandelpleegzorg is de lichtste behandelsetting in het behandelcontinuüm en sluit aan bij het streven te kiezen voor een zo licht mogelijke interventie. Het is volgens Farmer e.a. [19] en Chor e.a. [11] opmerkelijk dat er desondanks weinig gebruik gemaakt wordt van deze pleegzorgvariant. Ook uit het huidige doelgroeponderzoek blijkt dat de pleegzorgplaatsing slechts in 14% van de cases een behandelvariant betrof.

*Aansluitend bij de eerstgenoemde aanbeveling is het eveneens van belang met name binnen pleegzorg intensiever aan de slag te gaan met de specifieke problematiek van de biologische ouders.* Zowel uit het dossieronderzoek als uit de GVL blijkt dat de biologische ouders van pleegkinderen vaak te kampen hebben met complexe problemen als individuele psychische problemen, materiële problemen en pedagogische onmacht wat veelal lijkt te resulteren in situaties van fysieke en/of emotionele verwaarlozing van het kind. Uit het dossieronderzoek blijkt echter ook dat er momenteel op een aantal gezinsaspecten sprake lijkt te zijn van onderrapportage, zoals de mate waarin drugsgebruik, huiselijk geweld of seksueel misbruik voorkomt in het gezin. Wanneer de problemen van de biologische ouders vroegtijdig en volledig in kaart worden gebracht en samen met ouders worden aangepakt, vergroot dit de kans op een terugplaatsing van het kind in het biologische gezin. Randvoorwaarde hiervoor is wel de bereidheid om verder te kijken dan de grenzen van Jeugdzorg en de bereidheid samen te werken met andere branches om ook bijvoorbeeld de biologische ouders te ondersteunen in de aanpak van hun psychische problemen of materiële problemen. Te denken valt aan toeleiding naar psychologische hulp, de inzet van schuldhulpverlening, hulp bij de aanvraag van een woning en andere praktische hulp om gezamenlijk thuis weer een positief opvoedingsklimaat te creëren. Misschien dat met meer aandacht voor en behandeling van biologische ouders uiteindelijk ook meer ouders de (tijdelijke) pleegzorgplaatsing kunnen accepteren, wat eveneens een positief

<sup>7</sup> Behandelpleegzorg is een specialistische vorm van pleegzorg waarbij behandeling plaatsvindt van kinderen en hun ouders, wanneer er sprake is van complexe problematiek bij het kind en/of de ouders (Handboek pleegzorgbeleid Horizon, 2009).

effect zou hebben op het hulpverleningsresultaat. Uit de lage responscijfers ontstaat nu de indruk dat biologische ouders zich onvoldoende betrokken voelen bij de pleegzorgplaatsing of vanwege persoonlijke problematiek niet in staat zijn zelf voldoende betrokkenheid te tonen.

### **Aanbevelingen ter bevordering van het toekomstperspectief**

*Een eerste aanbeveling ten aanzien van het toekomstperspectief is om dit thema met name binnen de open residentie bij plaatsing nog meer centraal te stellen.* Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat het perspectief naar inschatting van de behandelcoördinator bij 44% van de residentieel geplaatste kinderen niet bekend is. Een gedeelde visie op het toekomstperspectief geeft sturing aan de plaatsing en heeft zoals eerder gesteld mede een positief effect op het hulpverleningsresultaat.

*Tot slot wordt geadviseerd om met beleidsmakers, wetenschappers en praktijkwerkers een gezamenlijke visie te ontwikkelen op de behandeling van de groep kinderen die chronische en forse gedrags- en emotionele problemen vertonen, veelal voortkomend uit een fundamentele hechtingsstoornis.* Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat deze groep momenteel voornamelijk geplaatst worden in gezinshuizen waarbij de indruk ontstaat dat de betrokkenen zich hebben neergelegd bij het feit dat deze uithuisplaatsing langdurig is. De biologische ouders blijken grotendeels achter de plaatsing te staan en de intensiteit van de therapie ligt lager ten opzichte van een open residentiële behandelgroep. De vraag is echter of een gezinshuisplaatsing het best past bij deze groep kinderen gezien de enorme psychosociale problematiek die gezinshuisouders bij deze kinderen ervaren, wat de opvoedbelasting niet ten goede zal komen.

Samengevat is het advies dat als ondanks intensieve ambulante hulp een (tijdelijke) uithuisplaatsing toch onvermijdelijk blijkt te zijn, te zorgen voor een goede match tussen de problematiek van het kind en zijn gezin en de benodigde zorgvorm. Daarnaast is het van wezenlijk belang direct breed en intensief de aanwezige problemen aan te pakken om het sneeuwbaaleffect in de vorm van een opeenstapeling van (over)plaatsingen, toenemende psychosociale problemen bij kinderen en onvrede of overbelasting bij ouders en vervangende opvoeders te voorkomen.

## Literatuurlijst

---

- [1] Achenbach, T. M. en Rescorla, L. E. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles* Burlington, VT: University of Vermont, Research Centre for Children, Youth and Families.
- [2] Armsden, G., Pecora, P. J., Payne, V. H., en Szatkiewicz, J. P. (2000). Children placed in long-term foster care: An intake profile using the Child Behavior Checklist/4-18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(1), 49-64.
- [3] Barber, J. G. en Delfabbro, P. H. (2002). The plight of disruptive children in out-of-home care. *Children's Services: Social Policy, Research, & Practice*, 5(3), 201-212.
- [4] Barber, J. G., Delfabbro, P. H., en Cooper, L. L. (2001). The predictors of unsuccessful transition to foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 785-790.
- [5] Bartelink, C. (2011). *Uithuisplaatsing: wat werkt?* Retrieved from website: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/27/663.html>
- [6] Barth, R. P., Lloyd, E. C., Green, R. L., James, S., Leslie, L. K., en Landsverk, J. (2007). Predictors of placement moves among children with and without emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(1), 46-55.
- [7] Baruch, Y. en Holtom, B. C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human Relations*, 61(8), 1139-1160.
- [8] Becker, M. A., Jordan, N., en Larsen, R. (2007). Predictors of successful permanency planning and length of stay in foster care: The role of race, diagnosis and place of residence. *Children and Youth Services Review*, 29(8), 1102-1113.
- [9] Bernedo, I. M., Salas, M. D., Fuentes, M. J., en García-Martín, M. A. (2014). Foster children's behavior problems and impulsivity in the family and school context. *Children and Youth Services Review*, 42(0), 43-49.
- [10] Boyer, S. N., Hallion, L. S., Hammell, C. L., en Button, S. (2009). Trauma as a predictive indicator of clinical outcome in residential treatment. *Residential Treatment for Children & Youth*, 26(2), 92-104.
- [11] Chor, K. H. B., McClelland, G. M., Weiner, D. A., Jordan, N., en Lyons, J. S. (2012). Predicting outcomes of children in residential treatment: A comparison of a decision support algorithm and a multidisciplinary team decision model. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2345-2352.
- [12] Courtney, M. E. (1998). Correlates of social worker decisions to seek treatment-oriented out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 20(4), 281-304.
- [13] Curtis, P. A., Alexander, G., en Lunghofer, L. A. (2001). A Literature Review Comparing the Outcomes of Residential Group Care and Therapeutic Foster Care. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 18(5), 377-392.
- [14] Den Dunnen, W., St. Pierre, J., Stewart, S., Johnson, A., Cook, S., en Leschied, A. W. (2012). Predicting residential treatment outcomes for emotionally and behaviorally disordered youth: The role of pretreatment factors. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(1), 13-31.
- [15] Doran, L. en Berliner, L. (2001). *Placement decisions for children in long-term foster care: Innovatieve practices and literature review* Olympia, Washington: Washington State Institute for Public Policy.
- [16] Eggertsen, L. (2008). Primary Factors Related to Multiple Placements for Children in Out-of-Home Care. *Child Welfare*, 87(6), 71-90.
- [17] Esposito, T., Trocmé, N., Chabot, M., Shlonsky, A., Collin-Vézina, D., en Sinha, V. (2013). Placement of children in out-of-home care in Québec, Canada: When and for whom initial out-of-home placement is most likely to occur. *Children and Youth Services Review*, 35(12), 2031-2039.
- [18] Evers, A., van Vliet-Mulder, J. C., en Groot, C. J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II* Assen: Van Gorcum.
- [19] Farmer, E. M. Z., Mustillo, S., Burns, B. J., en Holden, E. W. (2008). Use and Predictors of Out-of-Home Placements Within Systems of Care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(1), 5-14.
- [20] Fernandez, E. (1999). Pathways in substitute care: Representation of placement careers of children using event history analysis. *Children and Youth Services Review*, 21(3), 177-216.
- [21] Fensch, K. M. en Cameron, G. (2002). Treatment of choice or a last resort? A review of residential mental health placements for children and youth. *Child & Youth Care Forum*, 31(5), 307-339.
- [22] Garrido, E. F., Culhane, S. E., Petrenko, C. L. M., en Taussig, H. N. (2011). Psychosocial consequences of caregiver transitions for maltreated youth entering foster care: The



- moderating impact of community violence exposure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(3), 382-389.
- [23] Geurts, E., Lekkerkerker, L., Van Yperen, T., en Veerman, J. W. (2010). *Over verandering gesproken. Op weg naar meer zicht op effectiviteit van de jeugdzorgpraktijk*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut en Praktikon.
- [24] Grietens, H. (2012). *Aard en omvang van seksueel misbruik in de pleegzorg en de reactie op signalen (periode 1945-2007)*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen Afdeling Orthopedagogiek.
- [25] *Guidelines for the Alternative Care of Children, A/RES/64/142* (General Assembly, 2010).
- [26] Hair, H. J. (2005). Outcomes for children and adolescents after residential treatment: A review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 551-575.
- [27] Helton, J. J. (2011). Children with behavioral, non-behavioral, and multiple disabilities, and the risk of out-of-home placement disruption. *Child Abuse & Neglect*, 35(11), 956-964.
- [28] Hussey, D. L. en Guo, S. (2002). Profile characteristics and behavioral change trajectories of young residential children. *Journal of Child and Family Studies*, 11(4), 401-410.
- [29] James, S. (2006). Children in out-of-home care: Entry into intensive or restrictive mental health and residential care placements. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 14(4), 196-208.
- [30] James, S., Landsverk, J., en Slymen, D. J. (2004). Placement movement in out-of-home care: Patterns and predictors. *Children and Youth Services Review*, 26(2), 185-206.
- [31] James, S., Zhang, J. J., en Landsverk, J. (2012). Residential care for youth in the child welfare system: Stop-gap option or not? *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(1), 48-65.
- [32] Jones, R., Everson-Hock, E. S., Papaioannou, D., Guillaume, L., Goyder, E., Chilcott, J., Cooke, J., Payne, N., Duenas, A., Sheppard, L. M., en Swann, C. (2011). Factors associated with outcomes for looked-after children and young people: A correlates review of the literature. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 613-622.
- [33] Kerig, P. K., Ludlow, A., en Wenar, C. (2012). *Developmental psychopathology : from infancy through adolescence* Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- [34] Koomen, H., Verschuren, K., en Pianta, R. (2007). *LLRV: Leerling Leerkracht Relatie Vragenlijst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- [35] Lee, B. (2010). Transitioning from group care to family care: Child welfare worker assessments. *Children and Youth Services Review*, 32(12), 1770.
- [36] Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C., en Scholte, E. M. (2014). *Literatuurreview naar doelgroepenmerken bij uithuisplaatsing: de actuele stand van zaken*. Rotterdam.
- [37] López, M., del Valle, J. F., Montserrat, C., en Bravo, A. (2013). Factors associated with family reunification for children in foster care. *Child & Family Social Work*, 18(2), 226-236.
- [38] Marquis, R. A., Leschied, A. W., Chiodo, D., en O'Neill, A. (2008). The relationship of child neglect and physical maltreatment to placement outcomes and behavioral adjustment in children in foster care: A Canadian perspective. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 87(5), 5-25.
- [39] Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en Ministerie van Justitie. (2014). *Wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, het Wetboek van Burgelijke Rechtsvordering, de Wet op de jeugdzorg en de Pleegkinderenwet in verband met herziening van de maatregelen van kindbescherming*. Wassenaar: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Retrieved from [http://wetten.overheid.nl/BWBR0034989/geldigheidsdatum\\_27-05-2015](http://wetten.overheid.nl/BWBR0034989/geldigheidsdatum_27-05-2015).
- [40] Nederlands Jeugdinstituut. (2015). *Instrument Gezinsvragenlijst (GVL)*. Retrieved from website: file:///C:/Users/applicatiebeheer06/Downloads/Gezinsvragenlijst-(GVL).pdf
- [41] Nederlands Jeugdinstituut. (2015). *Instrument Vragenlijst Fundamentele Onthechting (VFO)*: Nederlands Jeugdinstituut.
- [42] Newton, R. R., Litrownik, A. J., en Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1363-1374.
- [43] O'Neill, M., Rislely-Curtiss, C., Ayón, C., en Williams, L. R. (2012). Placement stability in the context of child development. *Children and Youth Services Review*, 34(7), 1251-1258.
- [44] Oosterman, M., Schuengel, C., Slot, N. W., Bullens, R. A. R., en Doreleijers, T. A. H. (2007). Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 29(1), 53-76.
- [45] Pears, K. C., Fisher, P. A., Kim, H. K., Bruce, J., Healey, C. V., en Yoerger, K. (2013). Immediate effects of a school readiness intervention for children in foster care. *Early Education and Development*, 24(6), 771-791.
- [46] Perlman, S. en Fantuzzo, J. W. (2013). Predicting risk of placement: A population-based study

- of out-of-home placement, child maltreatment, and emergency housing. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4(2).
- [47] Petrenko, C. L. M., Friend, A., Garrido, E. F., Taussig, H. N., en Culhane, S. E. (2012). Does Subtype Matter? Assessing the Effects of Maltreatment on Functioning in Preadolescent Youth in Out-of-Home Care. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 36(9), 633-644.
- [48] Raviv, T., Taussig, H. N., Culhane, S. E., en Garrido, E. F. (2010). Cumulative risk exposure and mental health symptoms among maltreated youth placed in out-of-home care. *Child Abuse & Neglect*, 34(10), 742-751.
- [49] Rudolphstichting en Gezinshuis.com. (2011). *Factsheet Gezinshuizen: Gezinshuizen in Nederland; een verkenning*. De Glind: Rudolphstichting en Gezinshuis.com.
- [50] Scholte, E. (2000). Exploring Factors Governing Successful Residential Treatment of Youngsters with Serious Behavioural Difficulties: Findings from a Longitudinal Study in Holland. *Childhood*.
- [51] Scholte, E. M. (1997). Exploration of criteria for residential and foster care. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 38(6), 657-666.
- [52] Scholte, E. M. en Van der Ploeg, J. D. (2010). *Effectiviteit in de residentiele jeugdzorg: Doelgroepen en werkwijze van Horizon*. Leiden: Universiteit Leiden: afdeling Orthopedagogiek.
- [53] Sen, R. en Broadhurst, K. (2011). Contact between children in out-of-home placements and their family and friends networks: A research review. *Child & Family Social Work*, 16(3), 298-309.
- [54] Strijker, J., Knorth, E., en Knot-Dickscheit, J. (2008). Placement history of foster children: A study of placement history and outcomes in long-term family foster care. *Child Welfare*, 87(5), 107-124.
- [55] Strijker, J. en Knorth, E. J. (2009). Factors Associated With the Adjustment of Foster Children in the Netherlands. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(3), 421-429.
- [56] Strijker, J. en Zandberg, T. (2004). Over-Leven in de pleegzorg. *Pedagogiek*, 24(3), 230-245.
- [57] Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30(1), 1-25.
- [58] Taussig, H. N. (2002). Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: a longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child Abuse & Neglect*, 26(11), 1179-1199.
- [59] Van den Bergh, P. M. en Weterings, A. M. (2010). *Pleegzorg in perspectief : ontwikkelingen in theorie en praktijk* Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- [60] Van der Ploeg, J. D. en Scholte, E. M. (2005). *Handleiding Vragenlijst Fundamentele Onthechting (VFO)* Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- [61] Van der Ploeg, J. D. en Scholte, E. M. (2008). *GVL Gezinsvragenlijst Handleiding* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- [62] Van der Steege, M. (2012). *Gezinshuizen in de jeugdzorg: De kennis verzameld en de stand van zaken*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- [63] Van IJzendoorn, M. H. (2008). IQ of children growing up in children's homes - A meta-analysis on IQ delays in orphanages. *Merrill - Palmer Quarterly*, 54(3), 341-366.
- [64] Verhulst, C., Van der Ende, J., en Hoolhans, M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18* Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.
- [65] Wells, K., Wyatt, E., en Hobfoll, S. (1991). Factors associated with adaptation of youths discharged from residential treatment. *Children and Youth Services Review*, 13(3), 199-216.
- [66] Whenan, R., Oxlad, M., en Lushington, K. (2009). Factors associated with foster carer well-being, satisfaction and intention to continue providing out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 31(7), 752-760.
- [67] Xue, Y., Hodges, K., en Wotring, J. (2004). Predictors of outcome for children with behavior problems served in public mental health. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), 516-523.
- [68] Yampolskaya, S., Sharrock, P., Armstrong, M. I., Strozier, A., en Swanke, J. (2014). Profile of children placed in out-of-home care: Association with permanency outcomes. *Children and Youth Services Review*, 36, 195-200.

## Bijlagen

### Bijlage 1: Tabellen deelname en respons

Tabel 1.1. Aantallen (%) non-respons redenen van biologische ouders per subpopulatie (N=244).

	Weigering (%)	Niet in staat (%)	Niet bereikbaar(%)	Geen reactie(%)	TOTAAL Non-respons (%)
Pleegzorg	7(9)	3(4)	10(12)	29(36)	49(60)
Gezinshuizen-totaal	7(10)	3(4)	0(0)	26(37)	55(77)
<i>Intern</i>	0(0)	2(50)	0(0)	1(25)	3(75)
<i>Ketenpartners</i>	7(15)	1(2)	0(0)	25(54)	33(72)
<i>Retrospectief</i> <sup>1</sup>	<i>nvt</i>	<i>nvt</i>	<i>nvt</i>	<i>nvt</i>	19(90)
Open residentie	1(1)	6(7)	4(4)	23(25)	34(37)
<b>Totaal</b>	<b>15(6)</b>	<b>12(5)</b>	<b>14(6)</b>	<b>78(32)</b>	<b>138(57%)</b>

<sup>1</sup> Bij het retrospectief onderzoek ging het om beschikbare vragenlijsten en zijn de redenen van non-respons niet van toepassing. Wanneer deze aantallen niet worden meegerekend, ligt het totale non-respons percentage op 54%.

Tabel 1.2. Aantal geïncludeerde respondenten per subpopulatie met een startdatum liggend in de periode 01-10-2012 tot en met 31-03-2014.

	Oorspronkelijke populatie	Onderzoekspopulatie (%)
Pleegzorg	81	72 (89)
Gezinshuizen-totaal	71	38 (54)
<i>Intern</i>	4	4 (100)
<i>Ketenpartners</i>	46	13 (28)
<i>Retrospectief</i> <sup>1</sup>	21	21 (100)
Open residentie	92	90 (98)
<b>Totaal</b>	<b>244</b>	<b>200 (82)</b>

<sup>1</sup> Dit betroffen respondenten met een startdatum tussen 01-01-2011 tot en met 30-09-2012.

## Bijlage 2: Omschrijving van de meetinstrumenten

### Child Behavior Checklist (CBCL)

De CBCL heeft naast een ouderversie ook een jongerenversie en een leerkrachtversie, waarvan in dit onderzoek geen gebruik is gemaakt. Gezien het leeftijdsbereik van de onderzoekspopulatie, zijn zowel de variant voor het zeer jonge kind (CBCL/1.5-5) als de variant voor het oudere kind (CBCL/4-18) ingezet. In het onderzoek is alleen gebruik gemaakt van het numerieke deel van de CBCL, waarbij de informant met hulp van een driepuntsschaal (0 = helemaal niet van toepassing, 1 = een beetje of soms van toepassing, 2 = duidelijk of vaak van toepassing) kan aangeven welke score naar zijn mening het meest past bij het gedrag van het afgelopen half jaar. Voor de CBCL/1.5-5 betreft het in totaal 99 items en voor de CBCL/4-18 jaar 120 items. Met hulp van de itemscores kunnen de scores op de verschillende syndroomschalen worden berekend. Voor de CBCL/1.5-5 zijn dit de volgende syndroomschalen: Emotioneel reactief, Angstig/depressief, Lichamelijke klachten, Teruggetrokken, Slaapproblemen, Aandachtsproblemen en Agressief gedrag. Voor de CBCL/4-18 jaar zijn de volgende syndroomschalen beschikbaar: Angstig/Depressief, Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke Klachten, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Regelovertredend Gedrag en Agressief Gedrag. Er kunnen ook scores worden berekend op twee zogenoemde brede bandschalen waarmee een algemene indruk kan worden verkregen van de emotionele problematiek (schaal 'internaliseren') en de gedragsproblematiek (schaal 'externaliseren'). Tot slot kan een totaalscore worden berekend, die een indruk geeft van het algehele functioneren van het kind. Wanneer een score binnen het 80<sup>ste</sup> percentiel of hoger valt, is sprake van (sub)klinische problemen op desbetreffend gebied wat aangeeft dat er op dat gebied aanzienlijke problemen zijn en ondersteuning gewenst is. De betrouwbaarheid en validiteit van de ASEBA zijn goed [18].

### Vragenlijst Fundamentele Onthechting (VFO)

De VFO is bedoeld voor kinderen van 4-18 jaar en bestaat uit 16 items die gescoord kunnen worden op een 5-puntsschaal (0 = niet, 1 = af en toe, 2 = geregeld, 3 = vaak, 4 = zeer vaak). Op grond van de scores kunnen drie schaalscores worden berekend voor de schalen sociale onthechting, emotionele onthechting en sociaal-emotionele onthechting. Sociale onthechting laat zich kenmerken door dominant, manipulatief en intimiderend gedrag. Emotionele onthechting staat voor gewetenloos, emotioneel en egocentrisch gedrag en bij sociaal-emotionele onthechting is er sprake van een combinatie van beide vormen [60]. Bij kinderen die op of boven het 95<sup>ste</sup> percentiel scoren, is er sprake van evident probleemgedrag op het gebied van sociale- en emotionele onthechting. De COTAN beoordeelt de betrouwbaarheid van de VFO als voldoende tot goed en de begrips- en criteriumvaliditeit als onvoldoende [41].

### Leerkracht Leerling Relatie Vragenlijst

Volgens Koomen e.a. [34] blijkt uit verschillende studies niet alleen dat de kwaliteit van de hechtingsrelatie met de leerkracht overeenkomt met de kwaliteit van de hechtingsrelatie met de ouders, maar ook dat er een onderlinge samenhang is tussen de kwaliteit van beide relaties. Verondersteld wordt dat dit te maken heeft met de geïnternaliseerde opvattingen ofwel mentale representatie die een kind heeft over hoe een relatie hoort te zijn. In dit onderzoek is de vragenlijst ingevuld door de vervangende opvoeder van het kind. De vragenlijst is geschikt voor kinderen van drie tot en met twaalf jaar. De lijst bestaat uit 28 items die op een 5-puntsschaal worden ingevuld (1 = zeker niet van toepassing, 2 = niet echt van toepassing, 3 = neutraal, niet zeker, 4 = in enige mate van toepassing, 5 = zeker van toepassing). De totaalscore geeft een indruk van de algemene kwaliteit van de relatie tussen de vervangende opvoeder en het kind en er kunnen drie scores berekend worden voor de dimensies nabijheid, conflict en afhankelijkheid. Een hoge score op de nabijheidschaal geeft aan dat er warmte, genegenheid en een open communicatie wordt ervaren in de relatie met het kind. De overige twee schalen hebben een negatieve relatiedimensie en geven aan in hoeverre de vervangende opvoeder de relatie met het kind als conflictueus beoordeelt en de mate de vervangende

opvoeder het kind overmatig afhankelijk vindt, wat belemmerend werkt voor het aanpassingsvermogen van het kind. Schaalscores die op of boven het 90<sup>ste</sup> percentiel vallen (schalen conflict en afhankelijkheid) of op of onder het 10<sup>e</sup> percentiel (schalen nabijheid en totaalschaal) worden aangemerkt als klinische scores. De LLRV is betrouwbaar en valide gebleken [34].

#### Gezinsvragenlijst (GVL)

De GVL bestaat uit 45 stellingen die gescoord kunnen worden op een 5-puntsschaal (0 = volledig oneens, 1 = tamelijk oneens, 3 = neutraal, 4 = tamelijk eens, 5 = volledig eens). Er kunnen schaalscores worden berekend voor vijf gezinsaspecten die een sterke relatie hebben met de psychosociale- en gedragsproblematiek van kinderen, te weten responsiviteit, communicatie, organisatie, partnerrelatie en sociaal netwerk. Daarnaast kan een totaalscore worden berekend als maat voor het algehele gezinsfunctioneren. De empirisch klinische ondergrens ligt bij het 80<sup>ste</sup> percentiel. Zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van de GVL zijn door de COTAN als goed beoordeeld [40].

#### Populatievragenlijst (PPV)

De PPV bestaat in totaal uit 30 items waarbij sommige items specifiek voor een bepaalde subpopulatie gelden. Doel van de lijst is om relevante kenmerken van het kind, het gezin en de hulpverlening in kaart te brengen. Deze items zijn bepaald op basis van het model voor ontwikkelingspsychopathologie van Kerig e.a. [33] en het uitgevoerde literatuuronderzoek en hebben relatie met biologische kenmerken (bijv. geslacht, IQ), kind- en gezinskenmerken (bijv. problematiek ouders, problematiek kind, schoolfunctioneren), hulpverleningskenmerken (bijv. eerdere hulp, inschatting ernst, jeugdbeschermingsmaatregel) en sociaal-culturele kenmerken (bijv. opleidingsniveau, etniciteit). Voor het schoolfunctioneren is gevraagd naar de CITO-scores voor rekenen, lezen en spelling. De etniciteit is bepaald aan de hand van het geboorteland van de biologische ouders. Wanneer tenminste een van beide ouders in het buitenland is geboren, is het kind tot de allochtone groep gerekend. Het opleidingsniveau is gebaseerd op het opleidingsniveau van de kostwinnaar in het biologische gezin en bestaat uit de categorieën geen, laag, midden en hoog. Voor het bepalen van het IQ is gevraagd naar de meest recente IQ-score bepaald met een gerenomeerde IQ-test als de WISC, RAKIT of SON-R.

### Bijlage 3: Tabellen individuele problemen

Tabel 3.1. *Percentage emotionele problemen per categorie per subpopulatie.*

	Pleegzorg (n=63)	Gezinshuizen (n=34)	Open residentie (n=83)	Totaal (N=180)
Overige <sup>1</sup> emotionele problemen	25	27	29	27
Angsten/fobieën	29	29	23	26
Onecht/manipulatief	19	24	28	24
<b>Somberheid<sup>+</sup></b>	27	3	22	20
<b>Sociale angst<sup>+</sup></b>	14	15	4	9
Achterdochtig	13	9	5	8
<b>Eenzaamheid<sup>+</sup></b>	14	0	6	8
<b>Totaal% met emotionele problemen</b>	<b>71</b>	<b>77</b>	<b>70</b>	<b>72</b>

<sup>1</sup> Meest genoemd is 'vlak, het niet uiten van emoties'

<sup>+</sup>  $p < 0.05$  (Chi-kwadraat toets)

Tabel 3.2. *Percentage gedragsproblemen per categorie per subpopulatie.*

	Pleegzorg (n=63)	Gezinshuizen (n=34)	Open residentie (n=83)	Totaal (N=180)
<b>Druk/impulsief<sup>+</sup></b>	37	44	60	49
<b>Agressie<sup>+</sup></b>	11	32	57	36
<b>Overige<sup>1</sup> gedragsproblemen<sup>+</sup></b>	18	12	33	23
Weglopen	3	6	12	8
Diefstal	2	0	8	4
Vandalisme	0	3	5 <sup>4</sup>	3 <sup>2</sup>
Zwerven	0 <sup>3</sup>	0	0	0 <sup>2</sup>
<b>Totaal% met gedragsproblemen<sup>+++</sup></b>	<b>56</b>	<b>59</b>	<b>90</b>	<b>72</b>

<sup>1</sup> Meest genoemd is 'oppositieel opstandig gedrag'; <sup>2</sup>N=179; <sup>3</sup>n=62; <sup>4</sup>n=82.

<sup>+</sup>  $p < 0.05$ ; <sup>+++</sup>  $p < 0.001$  (Chi-kwadraat toets)

Tabel 3.3. *Percentage psychiatrische problemen per categorie per subpopulatie.*

	Pleegzorg (n=55)	Gezinshuizen (n=32)	Open residentie (n=83)	Totaal (N=170)
ADHD	15	34	29	25
<b>Overige<sup>1</sup> psychiatrische problemen<sup>++</sup></b>	15	6	3	21
<b>Autismespectrumstoornis (ASS)<sup>+</sup></b>	0	13	15	9
ODD	2	3	11	7
CD	0	0	0	0
<b>Totaal% met psychiatrische problemen<sup>+++</sup></b>	<b>27</b>	<b>44</b>	<b>69</b>	<b>51</b>

<sup>1</sup> Meest genoemd is 'post traumatische stressstoornis'

<sup>+</sup>  $p < 0.05$ ; <sup>++</sup>  $p < 0.01$ ; <sup>+++</sup>  $p < 0.001$  (Chi-kwadraat toets)

Tabel 3.4. *Percentage schoolleerproblemen per categorie per subpopulatie.*

	Pleegzorg (n=51)	Gezinshuizen (n=20)	Open residentie (n=64)	Totaal (N=135)
<b>Conflicten klasgenoten</b> <sup>++</sup>	16	15	42	28
Overige <sup>1</sup> schoolleerproblemen	23 <sup>3</sup>	20	31	27 <sup>2</sup>
Structurele leerachterstand	20	15	25	22
Onvoldoende leerprestaties	20	20	20	20
<b>Conflicten leerkrachten</b> <sup>++</sup>	8	15	30	19
Spijbelen/motivatieproblemen	8	15	20	15
<b>Totaal% met schoolleerproblemen</b> <sup>++</sup>	52 <sup>3</sup>	65	83	68 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Meest genoemd is 'concentratieproblemen'; <sup>2</sup>N=136; <sup>3</sup>n=52.

<sup>++</sup>p<0.01 (Chi-kwadraat toets)

## Bijlage 4: Tabellen gezinsproblemen

Tabel 4.1. *Percentage gezinsproblemen per categorie per subpopulatie.*

	Pleegzorg (n=63)	Gezinshuizen (n=32)	Open residentie (n=84)	Totaal (N=179)
<b>Pedagogische onmacht<sup>+</sup></b>	89	69	88	85
Psychische problemen één of beide ouder(s)	73	50	62	64
<i>Psychische problemen moeder</i>	64	50	54	56
<b>Psychische problemen vader<sup>+</sup></b>	40	19	20	27
<b>Materiële problemen<sup>+++</sup></b>	75	50	44	56
<b>Financiële problemen<sup>+++</sup></b>	73	28	42	50
<b>Huisvestingsproblemen<sup>+</sup></b>	35	25	14	24
<b>Werkeloosheid<sup>+++</sup></b>	38	9	13	21
<b>Fysieke en/of emotionele verwaarlozing<sup>+++</sup></b>	60	44	31	44
Anderen <sup>1</sup> gezinsproblemen	35	31	36	35
Fysieke en/of emotionele mishandeling	25	31	18	23
Delinquentie/prostitutie één of beide ouder(s)	14	9	11	12
<i>Delinquentie vader</i>	11	9	5	8
<i>Delinquentie/prostitutie moeder</i>	10	3	7	7
<b>Seksueel misbruik<sup>++</sup></b>	0	16	5	5
Totaal% met gezinsproblemen	100	100	100	100

<sup>1</sup> Meest genoemd: verstandelijke beperking bij de ouder (7%), vechtscheiding (7%), relatieproblemen/ruzie tussen ouders (4%).

<sup>+</sup>p<0.05; <sup>++</sup>p<0.01; <sup>+++</sup>p<0.001 (Chi-kwadraat toets)



## Bijlage 5: Tabellen hulpverleningsgeschiedenis

Tabel 5.1. *Woonsituatie (%) kort voor plaatsing<sup>+++</sup>.*

	Pleegzorg (n=63)	Gezinshuizen (n=34)	Open residentie (n=83)	Totaal (N=180)
Bij biologische ouder(s)	65	18	43	46
<i>Eénouder gezin</i>	51	15	25	32
<i>Biologisch 2-ouder gezin</i>	13	0	6	7
<i>Samengesteld 2-ouder gezin</i>	2	3	12	7
In een pleeggezin <sup>1</sup>	19	9	21	18
In een gezinshuis	5	6	2	4
In een residentiële groep <sup>2</sup>	11	68	34	32

<sup>1</sup>Inclusief weekendpleegzorg

<sup>2</sup>Inclusief gesloten residentiële hulp, crisishulp, ggz-opname of observatieplaatsing

<sup>+++</sup> $p < 0.001$  (Chi-kwadraat toets)

Tabel 5.2. *Aantal keer (%), gemiddelde en range van eerder ontvangen hulp voorafgaand aan plaatsing.*

		0 keer (%)	1 keer (%)	2 keer (%)	3 of meer (%)	Gem(SD)	Range
(Uithuis)plaatsing <sup>1</sup>	(N=171)	33	27	20	20	1.5(1.6) <sup>+++</sup>	0 - 9
<i>Gesloten residentie</i>	(N=180)	97	3	0	0	0.03(0.2)	0 - 1
<i>Open residentie</i>	(N=177)	53	32	10	5	0.7(0.9) <sup>+++</sup>	0 - 4
<i>Gezinshuisplaatsing</i>	(N=176)	92	7	1	0	0.1(0.3)	0 - 2
<i>Pleegzorgplaatsing</i>	(N=176)	59	30	8	3	0.6(1.1)	0 - 8
Dagbehandeling	(N=178)	83	12	4	1	0.2(0.5) <sup>+++</sup>	0 - 3
Ambulante hulp	(N=162)	45	27	13	15	1.1(1.4) <sup>+++</sup>	0 - 6

<sup>1</sup>Inclusief kinderen die vanuit de ene zorgvorm direct naar de ander zijn geplaatst zonder eerst thuis te zijn geweest.

<sup>+++</sup> $p < 0.001$  (T-toets)

Tabel 5.3. *Eerder ontvangen hulp voorafgaand aan plaatsing per subpopulatie.*

	Pleegzorg		Gezinshuizen		Open residentie		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Uithuisplaatsing<sup>1+++</sup></b>	62	53	34	94	84	70	180	69
<i>Gesloten residentie</i>	62	0	34	0	84	6	180	3
<b><i>Open residentie<sup>+++</sup></i></b>	62	18	34	79	84	57	180	48
<b><i>Gezinshuisplaatsing<sup>++</sup></i></b>	62	16	34	18	84	2	180	10
<i>Pleegzorgplaatsing</i>	62	37	34	59	84	39	180	42
<b>Dagbehandeling<sup>++</sup></b>	61	7	34	9	83	28	178	17
Ambulante hulp	59	51	34	47	80	68	173	58

<sup>1</sup>Inclusief kinderen die vanuit de ene zorgvorm direct naar de ander zijn geplaatst zonder eerst thuis te zijn geweest.

<sup>+</sup> $p < 0.05$ ; <sup>++</sup> $p < 0.01$ ; <sup>+++</sup> $p < 0.001$  (Chi-kwadraat toets)

## Bijlage 6: Tabellen testgegevens

Tabel 6.1. Percentages (sub)klinische scores en gemiddelde T-scores (SD) op de ASEBA<sup>8</sup> van biologische ouders/verzorgers per subpopulatie.

	Pleegzorg		Gezinshuizen		Open residentie		Totaal	
	T(SD)	%	T(SD)	%	T(SD)	%	T(SD)	%
<i>Specifiek ASEBA 6-18</i>	<b>n=26</b>		<b>n=7</b>		<b>n=53</b>		<b>N=86</b>	
<b>Sociale problemen</b>	59(8)	35	62(8)	57	<b>*65(9)</b>	55	63(8)	49
<b>Denkproblemen<sup>+++</sup></b>	56(8)	12	59(8)	14	<b>***65(9)</b>	57	62(10)	40
<b>Regelovertredend gedrag<sup>+++</sup></b>	56(5)	4	58(8)	14	<b>***66(9)</b>	57	62(9)	37
<i>ASEBA 1.5-5 &amp; ASEBA 6-18</i>	<b>n=31</b>		<b>n=8</b>		<b>n=55</b>		<b>N=94</b>	
<b>Angstig/depressief</b>	57(7)	19	58(8)	25	<b>*62(10)</b>	44	60(9)	34
Teruggetrokken <sup>2</sup>	62(10)	42	62(9)	63	65(9)	58	64(10)	53
<b>Lichamelijke klachten<sup>+</sup></b>	56(7)	10	53(4)	0	59(9)	27	58(8)	19
<b>Aandachtsproblemen<sup>+</sup></b>	60(9)	26	57(8)	13	65(9)	53	63(10)	40
<b>Agressief gedrag<sup>+++</sup></b>	58(9)	26	60(13)	25	<b>***70(11)</b>	66	65(12)	49
<b>Internaliserende problemen<sup>+3</sup></b>	56(11)	42	55(12)	50	<b>*63(11)</b>	69	60(12)	59
<b>Externaliserende problemen<sup>+++</sup></b>	56(11)	42	56(13)	38	<b>***68(9)</b>	80	63(12)	64
<b>Totale problemen<sup>+++</sup></b>	56(11)	42	55(13)	50	<b>***68(9)</b>	86	63(12)	68

<sup>1</sup> De schalen "emotioneel reactief" en "slaapproblemen" van de ASEBA 1.5-5 jr zijn achterwege gelaten i.v.m de geringe aantallen.

<sup>2</sup> Dit is een gecombineerde schaal van de ASEBA 6-18 ("teruggetrokken/depressief") en ASEBA 1,5-5 ("teruggetrokken")

<sup>3</sup> De verschillen tussen de subpopulaties zijn te klein om deze te detecteren met posthoc analyses van de T-toets.

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$  (T-toets).

<sup>+</sup> $p < 0.05$ ; <sup>++</sup> $p < 0.01$ ; <sup>+++</sup> $p < 0.001$  (Chi-kwadraat toets)

Tabel 6.2. Percentages (sub)klinische scores en gemiddelde T-scores (SD) op de ASEBA van vervangende opvoeders (pleegouder, gezinshuisouder, mentor) per subpopulatie.

	Pleegzorg		Gezinshuizen		Open residentie		Totaal	
	T(SD)	%	T(SD)	%	T(SD)	%	T(SD)	%
<i>Specifiek ASEBA 6-18</i>	<b>n=36</b>		<b>n=20</b>		<b>n=81</b>		<b>N=137</b>	
<b>Sociale problemen<sup>+++</sup></b>	59(8)	22	<b>***69(7)</b>	80	61(9)	37	62(9)	39
<b>Denkproblemen</b>	59(8)	25	<b>*63(10)</b>	45	57(8)	22	58(9)	26
<b>Regelovertredend gedrag<sup>++</sup></b>	57(8)	17	<b>**65(8)</b>	60	60(8)	35	60(9)	34
<i>ASEBA 1.5-5 &amp; ASEBA 6-18</i>	<b>n=48</b>		<b>n=21</b>		<b>n=86</b>		<b>N=155</b>	
Angstig/depressief	58(10)	19	62(10)	38	58(9)	22	59(9)	23
Teruggetrokken <sup>2</sup>	61(9)	29	65(8)	52	62(9)	42	62(9)	39
Lichamelijke klachten	56(7)	8	57(7)	19	54(6)	5	55(7)	8
<b>Aandachtsproblemen<sup>+++</sup></b>	59(9)	27	<b>***68(10)</b>	67	59(8)	22	60(9)	30
<b>Agressief gedrag<sup>+++</sup></b>	58(10)	21	<b>***70(12)</b>	71	61(11)	28	61(11)	32
Internaliserende problemen	57(12)	42	62(11)	67	57(10)	44	58(11)	47
<b>Externaliserende problemen<sup>+++</sup></b>	55(12)	31	<b>**66(13)</b>	86	59(12)	52	59(12)	50
<b>Totale problemen<sup>+</sup></b>	58(12)	44	<b>**67(12)</b>	81	60(10)	52	60(11)	54

<sup>1</sup> De schalen "emotioneel reactief" en "slaapproblemen" van de ASEBA 1.5-5 jr zijn achterwege gelaten i.v.m de geringe aantallen.

<sup>2</sup> Dit is een gecombineerde schaal van de ASEBA 6-18 ("teruggetrokken/depressief") en ASEBA 1,5-5 ("teruggetrokken")

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

<sup>+</sup> $p < 0.05$ ; <sup>++</sup> $p < 0.01$ ; <sup>+++</sup> $p < 0.001$  (Chi-kwadraat toets)

<sup>8</sup> Bij de syndroomsschalen van de ASEBA is score 65 de klinische ondergrens en score 69 de klinische grens. Voor de drie hoofdschalen van de ASEBA is score 60 de klinische ondergrens en score 63 de klinische grens.

Tabel 6.3. Verschillen in gemiddelde T-scores (SD) op de ASEBA tussen biologische ouders en vervangende opvoeders (pleegouder, gezinshuisouder, mentor) per subpopulatie.

	Pleegzorg	Gezinshuizen	Open residentie
<i>Specifiek ASEBA 6-18</i>			
Sociale problemen	n.s.	$F(25)=0.09, p<0.05$	$F(132)=0.49, p<0.05$
Denkproblemen	n.s.	n.s.	$F(132)=0.03, p<0.001$
Regelovertredend gedrag	n.s.	n.s.	$F(132)=0.24, p<0.001$
<i>ASEBA 1.5-5 &amp; ASEBA 6-18</i>			
Angstig/depressief	n.s.	n.s.	$F(139)=1.49, p<0.05$
Teruggetrokken <sup>2</sup>	n.s.	n.s.	n.s.
Lichamelijke klachten	n.s.	$F(27)=6.36, p<0.05$	$F(139)=19.46, p<0.001$
Aandachtsproblemen	n.s.	$F(27)=0.16, p<0.05$	$F(139)=0.05, p<0.001$
Agressief gedrag	n.s.	$F(27)=0.19, p<0.05$	$F(139)=0.91, p<0.001$
Internaliserende problemen	n.s.	n.s.	$F(139)=1.01, p<0.01$
Externaliserende problemen	n.s.	n.s.	$F(139)=0.27, p<0.001$
Totale problemen	n.s.	$F(27)=0.40, p<0.05$	$F(139)=0.65, p<0.001$

<sup>1</sup> De schalen "emotioneel reactief" en "slaapproblemen" van de ASEBA 1.5-5 jr zijn achterwege gelaten i.v.m de geringe aantallen.

<sup>2</sup> Dit is een gecombineerde schaal van de ASEBA 6-18 ("teruggetrokken/depressief") en ASEBA 1,5-5 ("teruggetrokken")

Tabel 6.4. Percentages (sub)klinische scores en gemiddelde T-scores (SD) op de LLRV per subpopulatie.

	Pleegzorg (n=45)		Gezinshuizen (n=15)		Open residentie (n=88)		Totaal (N=148)	
	T(SD)	%	T(SD)	%	T(SD)	%	T(SD)	%
Nabijheid	54(15)	24	56(14)	47	56(11)	31	55(12)	32
<b>Conflict*</b>	65(17)	58	64(15)	60	<b>*58(12)</b>	36	60(14)	44
<b>Afhankelijkheid***</b>	62(10)	62	62(12)	67	<b>***55(11)</b>	28	58(11)	37
Totaal	64(15)	60	64(15)	53	58(12)	41	61(14)	49

\* $p<0.05$ ; \*\*\* $p<0.001$  (T-toets)

+ $p<0.05$ ; ++ $p<0.01$  (Chi-kwadraat toets)

Tabel 6.5. Percentages (sub)klinische scores en gemiddelde T-scores (SD) op de GVL van biologische ouders in pleegzorg en open residentie.

	Pleegzorg (n=24)		Open residentie (n=49)		Totaal <sup>1</sup> (N = 73)	
	T(SD)	%	T(SD)	%	T(SD)	%
Responsiviteit	50(6)	4	49(6)	6	50(6)	6
Communicatie	56(13)	33	61(12)	57	59(13)	49
Organisatie	50(7)	13	49(7)	8	49(7)	10
<b>Partnerrelatie*</b>	60(14)	59 <sup>2</sup>	54(15)	27 <sup>3</sup>	56(15)	37 <sup>4</sup>
Sociaal netwerk	47(6)	0	46(6)	2	46(6)	1
Totaal gezinsfunctioneren	55(9)	42	54(7)	22	54(8)	29

<sup>1</sup> Exclusief gezinshuizen gezien het beperkt aantal metingen ( $n = 6$ ).

<sup>2</sup>  $n=17$ ; <sup>3</sup>  $n=34$ ; <sup>4</sup>  $N=51$

\* $p<0.05$  (Chi-kwadraat toets)

Tabel 6.6. Percentages (sub)klinische scores en gemiddelde T-scores (SD) van totale groep biologische ouders en de pleegouders op de GVL.

	Biologische ouders (n = 79)		Pleegouders (n = 45)	
	T(SD)	%	T(SD)	%
Responsiviteit	50(6)	6	48(5)	4
<b>Communicatie<sup>***</sup></b>	<b>***59(13)</b>	36	48(9)	16
<b>Organisatie<sup>+</sup></b>	<b>***49(7)</b>	6	45(4)	0
<b>Partnerrelatie<sup>***</sup></b>	56(15)	22 <sup>1</sup>	<b>***45(8)</b>	2 <sup>2</sup>
Sociaal netwerk	46(6)	2	45(5)	0
<b>Totaal gezinsfunctioneren<sup>***</sup></b>	<b>***54(8)</b>	20	45(5)	2

<sup>1</sup>n=57; <sup>2</sup>n=41.

<sup>\*\*\*</sup>p<0.001 (T-toets).

<sup>+</sup>p<0.05; <sup>\*\*\*</sup>p<0.001 (chi-kwadraat toets).

Tabel 6.7. Percentages (sub)klinische scores en gemiddelde T-scores<sup>1</sup> (SD) van de vervangende opvoeders (pleegouders, gezinshuisouders, mentoren) op de VFO per subpopulatie.

	Pleegzorg (n = 45)		Gezinshuizen (n = 16)		Open residentie (n = 86)		Totaal (N=145)	
	T(SD)	%	T(SD)	%	T(SD)	%	T(SD)	%
<b>Sociaal Onthecht<sup>++</sup></b>	62(15)	47	<b>*68(15)</b>	75	58(11)	35 <sup>3</sup>	61(13)	43
<b>Emotioneel Onthecht<sup>+</sup></b>	66(17)	56 <sup>2</sup>	72(14)	81	62(14)	43	64(15)	51
<b>Sociaal-Emotioneel Onthecht<sup>+</sup></b>	65(17)	51	<b>*72(16)</b>	81	61(13)	45 <sup>4</sup>	63(15)	51 <sup>5</sup>

<sup>1</sup>Er is gebruik gemaakt van de normtabel: "AJB-normen leerkrachten Algemeen"; <sup>2</sup>n=43; <sup>3</sup>n=84; <sup>4</sup>n=83; <sup>5</sup>N=142.

<sup>\*</sup>p<0.05 (T-toets)

<sup>+</sup>p<0.05; <sup>++</sup>p<0.01 (Chi-kwadraat toets)

