

BEOOGDE DOELGROEP VAN KORTDURENDE THUISBEGELEIDING BINNEN DE BIJZONDERE JEUGDBIJSTAND: EEN SCHOT IN DE ROOS OF IN HET WILDE WEG?

Tim STROOBANTS, Johan VANDERFAEILLIE en Caroline ANDRIES¹

Intensieve, aanklampende en integrale hulp bij een problematische opvoedingssituatie die 'thuis' wordt gegeven, wordt thuisbegeleiding genoemd (Grietens & Hellinckx, 2005; Grietens, Mercken, Vanderfaeillie, & Loots, 2007). In Vlaanderen wordt sinds het Globaal Plan Jeugdzorg het onderscheid gemaakt tussen reguliere of langdurige (> 6 maanden) en kortdurende thuisbegeleiding (maximum 6 maanden). De kortdurende thuisbegeleiding (KTB) beoogt een kortdurende aanklampende begeleiding van jongeren en hun gezin die moet leiden tot een grotere door- en/of uitstroom. Doorstroom houdt doorgaans in dat na afronding van de hulpverlening andere hulpverlening binnen de niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp (NRTJ) wordt geïnstalleerd. Uitstroom verwijst daarentegen naar de situatie waarin geen verdere hulpverlening binnen NRTJ aan de orde is. De eerste dienst KTB ging van start in augustus 2009. In 2010 waren in totaal 27 diensten erkend met een capaciteit van 364 begeleidingen. Inmiddels vond nog een derde uitbreidingsronde met 10 diensten plaats.

In dit artikel besteden we aandacht aan de beoogde doelgroep van KTB. Er wordt onderzocht op wie men zich met het aanbod richt of voor wie men denkt het meest geschikt te zijn. We hebben hiervoor eerst aandacht voor het belang van voldoende te weten over de doelgroep en het aanbod van KTB. Vervolgens zetten we de gehanteerde onderzoeksmethode uiteen en presenteren we de resultaten. Eindigen doen we met een discussie en de beperkingen van het onderzoek.

Belang van kennis over het aanbod kortdurende thuisbegeleiding

KTB betreft een gesubsidieerd aanbod waarvan niet precies duidelijk is hoe het eruit ziet, welke richtlijnen gelden en welke principes voorop worden gesteld. Deze beperking geldt niet alleen voor KTB of voor Vlaanderen (Grietens et al., 2007). Ook elders is nog zeer weinig gekend over de doelgroep en aanpak van gebruikelijke jeugdhulpverlening (Garland, Bickman, & Chor-

1 Tim Stroobants is doctoraatsstudent, Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie en Prof. Dr. Caroline Andries zijn allen verbonden aan de Vakgroep Klinische en Levenslooppsychologie Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel. Contact: stroobants.tim@vub.ac.be.

pita, 2010). Uitkomstenonderzoek naar dergelijke gebruikelijke jeugdhulpverlening toont helaas dat momenteel onvoldoende bewijs is geleverd voor een (sterk) positieve impact voor minderjarigen en hun families (Warren, Nelson, Mondragon, Baldwin, & Burlingame, 2010; Weisz, Jensen-Doss, & Hawley, 2006). Dit onderstreept duidelijk het belang van aandacht en bewijsvoering voor effectieve jeugdhulpverlening.

Een effectieve jeugdhulpverlening kan enigszins schematiserend op twee manieren tot stand komen (Carrette, 2008). Enerzijds kunnen er vanuit een top-down benadering interventies waarvoor wetenschappelijke evidentie is verzameld, worden geïmplementeerd in de hulpverlening. Vervolgens kan worden nagegaan of deze interventies ook in de hulpverlening zelf de beoogde effecten bereiken. Anderzijds kan via een bottom-up benadering eerst onderzoek gebeuren naar interventies die vandaag de dag in de praktijk worden uitgevoerd (Veerman & van Yperen, 2008). Er wordt dan begonnen met wat er reeds bestaat om dit vervolgens verder uit te bouwen. Hiermee wordt de inzet en ervaring van de praktijk maximaal benut. Deze top-down en bottom-up benaderingen verhouden zich idealiter complementair en cyclisch tot elkaar. Praktijk- en wetenschappelijke kennis kunnen zo wisselend op de voor- en achtergrond komen te staan (Carrette, 2008; Vanderfaeillie et al., 2013).

Voor KTB lijkt het in eerste instantie verstandiger te kijken naar wat er reeds aanwezig is in het werkveld, welke interventies er worden ingezet en welke effecten dit met zich meebrengt alvorens vanuit een top-down benadering heel wat over boord te gooien. Er is namelijk nog niet geweten wat men doet en wat dit aanbod precies opbrengt.

Belang van kennis over de beoogde problemen en doelgroep van een interventie

Iedere interventie is gericht op het oplossen, hanteerbaar maken, verminderen of voorkomen van een bepaald kernprobleem (of –problemen) (Chorpita, Bernstein, & Daleiden, 2011; Foolen, van der Steege, & de Lange, 2011). Bij jeugdhulpverlening kan dit bijvoorbeeld gaan over probleemgedrag van het kind, gezinsconflicten en/of een tekort aan opvoedingskwaliteiten in het gezin. Deze problemen worden idealiter concreet beschreven in termen van aard (welke problemen beoogt men op te lossen) en ernst (hoe groot is het risico op escalatie bij niet ingrijpen, hoe vergevorderd zijn de problemen, welke impact hebben de problemen). Daarnaast zijn andere kenmerken van de cliënt zoals leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, verwijzende instantie e.d. van belang (Chorpita et al., 2011; Lee & Barth, 2011).

Een explicitering van de beoogde doelgroep resulteert doorgaans in indicaties (typische kenmerken van de cliënt) en contra-indicaties (kenmerken die de uitkomst negatief beïnvloeden). Hiermee wordt aangegeven welke cliënten het meeste zullen profiteren van het hulpaanbod. Daarentegen wordt eveneens duidelijk gemaakt welke cliënten risico lopen op weinig of geen verandering, of zelfs achteruitgang, en dus welke cliënten beter gebaat zouden zijn met andere of bijkomende hulpverlening.

Er zijn meerdere argumenten aan te dragen voor het verhelderen van de beoogde doelgroep² van een hulpaanbod. Een eerste reden past in een bottom-up proces naar bewijsvoering voor en verbetering van de hulpverlening.

2 Voor de leesbaarheid wordt met de beoogde doelgroep vanaf hier zowel de problemen als overige cliëntkenmerken bedoeld die de beoogde cliënten typeren.

Men kan namelijk niets evalueren of verbeteren wanneer onduidelijk is wat aanwezig is of wat moet veranderen. Tevens staat een verduidelijking van de doelgroep een (theoretische) onderbouwing toe die de lekeninterventie onderscheidt van een professionele ingreep, door het praktisch handelen te sturen en te verantwoorden (van Yperen, Bijl, & Veerman, 2008). Door aan te geven welke kernproblemen worden aangepakt, hoe deze problemen worden veroorzaakt, in stand worden gehouden of verergerd en welke hulpvragen worden gesteld, kan een ontstaanstheorie worden opgesteld. Dit levert vervolgens aanknopingspunten op voor de behandelingstheorie waarin aannemelijk wordt gemaakt welke factoren men aanpakt, hoe men dit doet en op welke factoren men niet intervenueert. Er wordt zo een logische samenhang gecreëerd tussen doelgroep en aanpak, waarbij de doelgroep als startpunt van het hele hulpverleningsproces kan worden opgevat.

Een verheldering van het aanbod levert niet enkel een theoretisch of langere termijn voordeel op (door middel van bottom-up bewijsvoering), er zijn ook voldoende aanwijzingen dat een goede afstemming tussen enerzijds het probleem en de hulpvraag en anderzijds de interventie en de intensiteit ervan betere uitkomsten oplevert (Van Yperen, Van der Steege, Addink, & Boendermaker, 2010). Het afstemmen van de interventie op de doelgroep hangt tevens samen met het uitsluiten van cliënten die nauwelijks of niet gebaat zijn met de hulpverlening of die erop achteruit gaan. Zo blijken bepaalde kenmerken van cliënten bij de start van de hulpverlening systematisch samen te hangen met minder goede uitkomsten (De Haan, Boon, De Jong, Hoeve, & Vermeiren, 2013)

Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan factoren zoals lage socio-economische status, etnische minderheidsstatus, eenoudergezinnen, psychopathologie bij de ouders, e.d. Vooral een

opeenstapeling van dergelijke factoren belemmert de kansen op succes (Bagner & Graziano, 2013). Ook ernstigere, complexe en pervasieve problemen bemoeilijken doorgaans de uitkomsten van de hulp. Tegelijkertijd blijken sommige interventies uitermate geschikt voor deze moeilijker gezinnen (Gardner, Hutchings, Bywater, & Whitaker, 2010). Algemeen kan wel worden gesteld dat hoe ernstiger en complexer de probleemsituatie is, hoe langer en uitgebreider de hulp moet zijn (Carr, 2009; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004).

Wanneer voor een hulpverleningsaanbod expliciet is gemaakt wat de aard en ernst van haar beoogde doelgroep is, krijgen indicatiestellers de mogelijkheid om een effectief aanbod te indiceren op basis van relevante theorieën over het ontstaan en in stand blijven van problemen en up-to-date kennis van wat werkt (Bartelink, ten Berge, & van Yperen, 2010). Kennis over wat werkt bestaat uit inzichten in welk hulpaanbod het meest geschikt is voor een bepaald probleem. Doorgaans slaagt men er echter niet goed in om een dergelijke ambitie waar te maken. Zo vertoont bijvoorbeeld de (gerealiseerde) doelgroep van ambulante of mobiele gezinshulpverlening momenteel een zeer grote overlap met deze van residentiële zorg (Barth et al., 2007; James, Roesch, & Zhang, 2011). Dit is problematisch in het licht van een gedifferentieerd en getraptd jeugdhulpverleningslandschap.

“ De (gerealiseerde) doelgroep van ambulante of mobiele gezinshulpverlening vertoont momenteel een zeer grote overlap met deze van residentiële zorg. ”

Naast de aard en ernst van de problemen zijn vaak ook persoonlijke kenmerken van de cliënt en zijn context bepalend voor de indicatiestel-

ling (Schulte & Eifert, 2002). Beutler, Consoli en Lane (2005) leggen bijvoorbeeld sterk de nadruk op de mate van weerstand, coping stijl en stressniveau als persoonlijke kenmerken van de cliënt en de mate van sociale steun als contextfactor. Ook andere wetenschappers wijzen op persoonlijke kenmerken van cliënten bij de start van de begeleiding als moderators van hulp. Gemeenschappelijk is dat vrijwel iedereen op het belang van motivatie duidt (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006; Schulte & Eifert, 2002). Probleem is echter dat motivatie een veelzijdig begrip is dat bovendien veranderbaar is (King, Currie, & Petersen, 2014).

Opzet onderzoek

Het huidig onderzoek tracht de start te maken van een bottom-up proces naar de onderbouwing van KTB in de Vlaamse Bijzondere Jeugdbijstand. Er wordt getracht de doelgroep van KTB te ontrafelen, met als achterliggende gedachte dat de cliënten die er het meeste baat bij zouden hebben, ook effectief naar het aanbod zouden kunnen worden doorverwezen en dat het de verdere kennis over en een evaluatie van het aanbod initieert.

Er wordt verwacht, zoals doorgaans bij gebruikelijke jeugdhulpverlening, dat een brede, diverse doelgroep wordt nagestreefd, maar er kan ook worden aangenomen dat de doelgroep wordt afgebakend door duidelijke (contra-)indicatiecriteria. KTB is immers ontstaan uit de nood aan differentiatie met reguliere thuisbegeleiding en is beperkt in begeleidingsduur. Dit doet vermoeden dat ook de beoogde doelgroep die de start van de begeleiding vormt, wordt gedifferentieerd.

Deelnemers

In totaal namen 23 van de 27 thuisbegeleidingsdiensten met een kortdurend traject deel aan het onderzoek. Samen hebben de deelnemende diensten een begeleidingscapaciteit van 309 plaatsen op 365. De niet-deelnemersgroep bestaat uit drie diensten die voorafgaand aan het onderzoek als te atypisch werden bevonden inzake doelgroep en werkwijze. Van een andere dienst behoorde KTB niet tot hun kerntaak.

Materiaal en procedure

Er werden drie reeksen van vier workshops georganiseerd (met 8 tot 9 diensten per reeks) waarin diensten werden ondersteund met het beschrijven van hun hulpverlenend handelen. De inhoud van de workshops was in grote mate gebaseerd op het stappenplan uit 'Beschrijven van methodisch handelen. Handreiking om te komen tot een overdraagbare interventie.' (p. 18-20) (Foolen et al., 2011). Dit resulteerde in **interventiebeschrijvingen** met volgende onderwerpen: beoogde problemen en doelgroep, doelstelling, opbouw van de interventie, inhoud van de interventie, theoretische onderbouwing, randvoorwaarden voor de uitvoering van de interventie en bestaand onderzoek naar de uitvoering en/of het effect van de interventie. Meer informatie over de opzet van de workshops en interventiebeschrijvingen is elders terug te vinden (Stroobants, Vanderfaillie, & Andries, 2013).

In huidig artikel wordt louter gekeken naar de informatie aanwezig in het hoofdstuk "Beoogde problemen en doelgroep". Alle beschreven kenmerken van de doelgroep en problemen

werden geïnventariseerd. Het onderscheid werd gemaakt tussen enerzijds de aard van de beoogde problemen, ernst van de beoogde problemen en overige kenmerken van de doelgroep en anderzijds tussen indicaties en contra-indicaties. De **aard van de beoogde problemen** is geïnclassificeerd met het Classificatiesysteem voor de Aard van de Problematiek van cliënten in de Jeugdzorg (CAP-J) (Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, Eijgenraam, et al., 2009).

De CAP-J is hiërarchisch opgebouwd met 5 assen (psychosociaal functioneren jeugdige; lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige; vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige; gezin en opvoeding; en jeugdige en omgeving), 25 groepen en daaronder tientallen rubrieken en subrubrieken. Het systeem omvat alle relevante problemen van cliënten in de jeugdzorg (Nederland): jeugdige, zijn of haar ouders, andere gezinsleden en omgeving. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is redelijk tot goed (Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, de Wilde, & Eijgenraam, 2009).

De **ernst van de problemen** is opgedeeld in 2 categorieën (van Yperen, van den Berg, & Eijgenraam, 2002): de omvang of zwaarte van de problematiek (abnormaliteit gedrag, accumulatie van problemen ...) en de gevolgen van de problemen (voor de jeugdige, omgeving ...). De overige kenmerken van de doelgroep zijn eveneens in kaart gebracht, maar worden door gebrek aan ruimte niet gepresenteerd. Meer informatie hierover kan wel elders worden geraadpleegd (zie Stroobants et al., 2013).

Een **indicatiecriterium** is gedefinieerd als een kenmerk dat typisch is voor de beoogde doelgroep (en waarop men zich richt met de begeleiding). Een contra-indicatiecriterium betreft een kenmerk van cliënten dat men bij voorkeur vermijdt, omdat het de uitkomst van de interventie negatief beïnvloedt.

Resultaten

23 deelnemende diensten beschreven het eigen methodisch handelen met als resultaat 24 interventiebeschrijvingen. Eén dienst bood twee interventies aan en heeft beide apart beschreven.

Aard van de beoogde problemen

Omwille van de beperkte ruimte wordt ervoor gekozen om enkel de twee hoofddomeinen waarin zich de meeste van de beoogde problemen voordeden, uitgebreid te presenteren: (1) het psychosociaal functioneren van de jeugdige en (2) de gezinsproblemen en problemen bij de opvoeding van de minderjarige. Problemen inzake de lichamelijke gezondheid of aan het lichaam gebonden functioneren van de jeugdige werden slechts zelden aangehaald als doelprobleem (aanwezig in 2 interventiebeschrijvingen, 8,3%) en nooit als contra-indicatiecriterium. Daarnaast beoogde men in een op vier beschrijvingen een of meerdere problemen inzake vaardigheden en cognitieve ontwikkeling van de jeugdige (n=6, 25%) te verbeteren en werd in drie beschrijvingen aangegeven dat de uitkomst van de begeleiding wordt bemoeilijkt wanneer de jeugdige een mentale beperking heeft (n=3, 12,5%). Met betrekking tot de vijfde en laatste hoofdas, problemen van de jeugdige en zijn omgeving, werden enkel doelproblemen (indicatiecriteria) geformuleerd en dit in meer dan zes op tien beschrijvingen (n=15, 62,5%). Het betroffen voornamelijk problemen van de jeugdige op school (n=14, 58,3%) en met relaties, vrienden, sociaal netwerk of in de vrije tijd (n=8, 33,3%).

In 23 van 24 beschrijvingen (95,8%) werd aangegeven dat KTB zich richt op het psychosociaal functioneren van de jeugdige of een onderdeel ervan (zie indicatiecriteria tabel 1). Vaak waren gedragsproblemen van de jeugdige een doelpro-

bleem (n=19, 79,2%). Emotionele problemen van de jeugdige werden in ongeveer de helft van de beschrijvingen aangehaald (n=13, 54,2%). In zeven beschrijvingen werd dit geconcretiseerd in angst- (n=5, 20,8%) en/of stemmingsproblemen (n=5, 20,8%). Een minderheid beoogde problemen in de persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling) (n=4, 16,7%), het gebruik van middelen of verslaving (n=3, 12,5%) of overige psychosociale problemen van de jeugdige (n=4, 16,7%) te verbeteren.

In iets meer dan de helft van de beschrijvingen (n=14, 58,3%) werden contra-indicatiecriteria vermeld die onder het psychosociaal functioneren van de jeugdige konden worden geclassificeerd (zie tabel 1). Een psychische of psychiatrische problematiek (n=11, 45,8%) en/of middelengebruik (verslavingsproblematiek) (n=9, 37,5%) waren de meest genoemde contra-indicaties.

Tabel 1: (Contra-)indicatiecriteria inzake de aard van problemen: psychosociaal functioneren jeugdige

Classificatie aard problemen: psychosociaal functioneren jeugdige	Indicatiecriterium		Contra-indicatiecriterium	
	n	%	n	%
Psychosociaal functioneren jeugdige algemeen	23	95,8	14	58,3
Emotionele problemen	13	54,2	0	0,0
- Angstproblemen	5	20,8	0	0,0
- Stemmingsstoornis	5	20,8	0	0,0
Gedragsproblemen	19	79,2	0	0,0
- ADHD	1	4,2	0	0,0
Problemen in de persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling)	4	16,7	0	0,0
- Problemen met competentiebeleving	3	12,5	0	0,0
- Problemen in de gewetensvorming/morele ontwikkeling	2	8,3	0	0,0
Gebruik van middelen / verslaving	3	12,5	9	37,5
Overige psychosociale problemen	4	16,7	11	45,8
- Antisociaal gedrag	1	4,2	0	0,0
- Autistische stoornis	0	0,0	1	4,2
- Delinquent gedrag	3	12,5	1	4,2
- Psychische/psychiatrische problematiek	0	0,0	11	45,8
- Psychosomatische klachten	1	4,2	0	0,0

In alle beschrijvingen was KTB gericht op gezinsproblemen en problemen bij de opvoeding van de minderjarige (zie tabel 2). Vaak betrof het ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding (n=19, 79,2%), problemen in het sociaal netwerk van het gezin (n=13, 54,2%), pro-

blemen in de omstandigheden van het gezin (n=13, 54,2%) en een instabiele opvoedings situatie (n=12, 50,0%). Problemen in de ouder-kind relatie (n=2, 8,3%), onveiligheidsituaties (n=4, 16,7%), problemen van de ouder (n=10, 41,7%), problemen van een ander gezinslid

(n=3, 12,5%) en overige problemen in het gezin en de opvoeding (n=4, 16,7%) waren minder doelproblemen van KTB.

Tevens werden meerdere contra-indicatiecriteria geformuleerd in dit domein (n=21, 87,5%) (zie tabel 2). Vooral wanneer de veiligheid van het kind onvoldoende kan worden gewaarborgd,

waren diensten terughoudend (n=19, 79,2%). Ook problemen van de ouder (n=15, 62,5%), zoals een psychische of psychiatrische problematiek (n=14, 58,3%), middelenmisbruik (n=12, 50,0%) en een mentale beperking van een ouder waren vaak contra-indicatoren.

Tabel 2: (Contra-)indicatiecriteria inzake de aard van problemen: gezin en opvoeding

Classificatie aard problemen: gezin en opvoeding	Indicatiecriterium		Contra-indicatiecriterium	
	n	%	n	%
Gezin en opvoeding algemeen	24	100,0	21	87,5
Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding	19	79,2	2	8,3
- Ontoereikende opvoedingsvaardigheden	18	75,0	2	8,3
- Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen	5	20,8	0	0,0
- Onenigheid tussen ouders over opvoedingsaanpak	4	16,7	0	0,0
- Problematische gezinscommunicatie	17	70,8	0	0,0
Problemen in de ouder-kind relatie	2	8,3	0	0,0
- Aan hechting gerelateerde stoornis	1	4,2	0	0,0
Verwaarlozing, lichamelijke / psychische mishandeling, incest, seksueel misbruik van de jeugdige in het gezin	4	16,7	19	79,2
Instabiele opvoedingssituatie	12	50,0	1	4,2
- Problemen met scheiding ouders	9	37,5	1	4,2
- Problemen met omgangsregeling	1	4,2	0	0,0
- Problemen met gezagsrelaties	1	4,2	0	0,0
- Problematische relatie tussen ouders	4	16,7	0	0,0
Problemen van ouder	10	41,7	15	62,5
- Negatieve jeugdervaring	1	4,2	0	0,0
- Gebruik van middelen / verslaving	0	0,0	12	50,0
- Psychische / psychiatrische problematiek	0	0,0	14	58,3
Problemen van ander gezinslid	3	12,5	0	0,0
Problemen in het sociaal netwerk algemeen	13	54,2	0	0,0
- Problemen in de familierelaties (niet het gezin)	3	12,5	0	0,0
- Gebrekkig sociaal netwerk	2	8,3	0	0,0
Problemen in de omstandigheden gezin	13	54,2	3	12,5
- Problemen met huisvesting	7	29,7	3	12,5
- Financiële problemen	3	12,5	2	8,3
- Problemen met hulpverleners of (vertegenwoordigers van) instanties	7	29,7	0	0,0

Overige problemen gezin en opvoeding	4	16,7	11	45,8
- Onvoldoende leervermogen ouders	0	0,0	3	12,5
- Geen vaste ouderfiguur / verzorger	0	0,0	2	8,3
- Problemen verband houdend met benedennormale intelligentie ouders	0	0,0	6	25,0
- Problematische / traumatische gezinsgeschiedenis	3	12,5	2	8,3
- Rouw in het Gezin	1	4,7	0	0,0

Ernst van de problemen

In bijna alle beschrijvingen (n=22, 91,7%) werd minstens 1 ernstaanduiding als indicatiecriterium van de beoogde doelgroep teruggevonden. Het merendeel van de ernstaanduidingen betrof de omvang van de problemen (n=21, 87,5%). Veel voorkomende aanduidingen waren de cumulatie van problemen of complexe problemen (n=12, 50,0%), chronische problemen (n=2, 8,3%) e.d. Echter, ongeveer evenveel werd aangegeven dat het duidelijk afgelijnde of afgebakende problemen moesten zijn (n=10, 41,7%), problemen die veranderbaar zijn in zes maanden tijd (n=11, 45,8%) e.d. In iets meer dan 6 op 10 beschrijvingen (n=15, 62,5%) werden eveneens gevolgen van de problemen aangegeven die mee de ernst van de beoogde problemen verduidelijken. De doelgroep betrof voornamelijk gezinnen waarbij duidelijk is dat het kind thuis kan blijven (n=7, 29,2%), een uithuisplaatsing dreigende is (maar nog niet aan de orde) (n=5, 20,8%) en de ontwikkeling of het welzijn van het kind in het gedrang is (n=6, 25,0%).

In ongeveer de helft van de beschrijvingen ging aandacht naar contra-indicatiecriteria inzake ernst van de doelproblemen (n=13, 54,2%). Vooral de omvang ervan werd verhelderd (n=13, 54,2%) en dit in termen van cumulatie van problemen (n=4, 16,7%), aanwezigheid van hulpverleningsgeschiedenis (n=3, 12,5%) e.d. Inzake de gevolgen van de problemen ging het steeds om de stelling dat wanneer uithuisplaatsing van het kind de aangewezen oplossing is er beter niet met KTB wordt gestart (n=6, 25%).

Discussie

Met het huidig onderzoek is een eerste stap gezet naar de verheldering van het hulpaanbod KTB. De beoogde doelgroep zoals geëxpliciteerd door 23 diensten in 24 interventiebeschrijvingen is ontrafeld in indicatie- en contra-indicatiecriteria en dit in termen van aard en ernst van de beoogde problemen. Hierdoor moet duidelijk zijn voor welke cliënten KTB het meest geschikt is en voor welke cliënten niet. Bovendien zet de verheldering van de doelgroep de weg naar meer kennis over en een evaluatie van KTB open. Ook overige kenmerken van de beoogde cliënten zoals leeftijd, motivatie voor begeleiding e.d. zijn in kaart gebracht, maar informatie hieromtrent werd elders reeds gerapporteerd (zie Stroobants et al., 2013).

Algemene bevindingen aard van de doelproblemen

Betreffende de aard van de doelproblemen werd vastgesteld dat KTB zich het meest profileert voor gezins- en opvoedingsproblemen en voor problemen in het psychosociaal functioneren van de jeugdige. Meer bepaald wordt sterk ingezet op opvoedingsvaardigheden van ouders die ontoereikend of niet aangepast zijn aan de behoeften van de jeugdige. Ook voor gezinnen waar sprake is van problematische gezinscommunicatie of –omgang zoals voortdurende conflicten, elkaar niet laten uitspreken e.d. of wanneer er sprake is van gedragsproblemen bij de jeugdige, wordt KTB als een zeer geschikt aanbod voorgesteld.

“ **KTB profileert zich het meest voor gezins- en opvoedingsproblemen en problemen in het psychosociaal functioneren van de jeugdige.** ”

Daarnaast worden in mindere mate ook problemen van de jeugdige en zijn omgeving en enkele subdomeinen van de hierboven aangehaalde gezins-, opvoedings- en psychosociale problemen geïsoleerd. De diensten KTB richten zich nauwelijks of niet op problemen met betrekking tot de lichamelijke gezondheid, vaardigheden en cognitieve ontwikkeling van de jeugdige of bepaalde subdomeinen van de gezins- en opvoedingsproblemen, en psychosociale problemen van de jeugdige.

Ten slotte valt op dat het veeleer weinig gebeurt dat problematieken als contra-indicatiecriterium worden gehanteerd, maar dat er wel behoorlijk veel overeenstemming bestaat over die enkele problemen die de uitkomst van KTB in gevaar brengen. Veel voorkomende **contra-indicaties** zijn gezinssituaties waarbij de veiligheid van de kinderen niet gewaarborgd is, en ouders en/of kinderen waarbij sprake is van een psychische of psychiatrische aandoening en/of verslavingsproblemen. In mindere mate wordt ook een verstandelijke beperking van de ouders of kinderen als contra-indicatiecriterium gebruikt. Dat er minstens enkele duidelijke contra-indicatiecriteria worden gehanteerd, lijkt een goede zaak. Sommige problemen zoals psychopathologie van ouders (zeker depressie van de moeder) kunnen de hulpverlening namelijk erg bemoeilijken (De Haan et al., 2013)

Diversiteit aard van de doelproblemen

Hoewel de interventies primair gericht zijn op gezins- en opvoedingsproblemen en het psychosociaal functioneren van de jeugdige, kan worden geconcludeerd dat de aard van de pro-

blemen die wordt beoogd nog behoorlijk breed en divers is: breed omdat binnen deze hoofddomeinen nog heel wat subdomeinen worden vooropgesteld, divers omdat er verschillende keuzes worden gemaakt. Bij een subgroep van interventies worden binnen de beoogde hoofddomeinen nl. weinig verdere keuzes gemaakt. Dergelijke interventies worden bijgevolg op heel wat verschillende problematieken gericht.

Sommigen maken bovendien gebruik van algemene probleemomschrijvingen, zoals problematisch psychisch functioneren van de jeugdige en zijn ouders, wat nog veel interpretatie vraagt. Anderen maken wel enigszins keuzes door een beperkter aantal beoogde probleemdomeneinen naar voor te schuiven. Een minderheid spitst zich toe op één enkele problematiek zoals angstproblemen, ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding of echtscheidingsituaties.

Er kan worden geconcludeerd dat cliënten met velerlei soorten problemen terecht kunnen bij diensten KTB. Ze moeten zich evenwel minstens situeren in de domeinen gezins- en opvoedingsproblemen en het psychosociaal functioneren van de jeugdige. Daarnaast kan worden aangenomen dat minstens een deel van de interventies tracht om meer te focussen op een beperkter deel van deze problemen.

Algemene bevindingen ernst van de doelproblemen

De diversiteit tussen (de doelgroep van) de diensten lijkt te worden bevestigd door de nagestreefde ernst van de problemen. Ongeveer de helft van de interventies zou het beste aansluiten bij een voldoende opeenstapeling of cumulatie van aanwezige problemen. Er wordt een ondergrens gecreëerd waarbij de problemen voldoende meervoudig, complex en/of chronisch moeten zijn. Ook interventies gericht

op kinderen die uit huis dreigen te worden geplaatst, lijken zich in deze groep te bevinden. Tegelijkertijd benadrukken andere diensten dat hun interventies niet gericht zijn op deze meer-voudige problematieken. Middels (contra-)indicatiecriteria creëren ze een bovengrens door te chronische of cumulatieve problematieken in te perken.

De meeste diensten lijken zich evenwel ergens tussenin te positioneren. De ondergrens (voldoende ernstige problemen) en bovengrens (beperkte ernst van de problemen) worden minder benadrukt, maar er wordt meer ingezet op af-gelijnde of afgebakende of op snel veranderbare problemen. De doelgroep van KTB blijkt dus andermaal divers, maar lijkt zich tegelijkertijd in zekere mate te differentiëren van andere hulp-verlening binnen de Bijzondere Jeugdbijstand in termen van ernst.

Overige kenmerken van de beoogde doelgroepen

De nagestreefde doelgroep van KTB wordt waarschijnlijk het sterkst gedifferentieerd (ten overstaan van reguliere thuisbegeleiding) in termen van persoonlijke kenmerken van de cliënt. De grootste consensus kan worden gevonden in het streven naar cliënten die voldoende gemotiveerd zijn (Stroobants et al., 2013). Men verlangt doorgaans een zekere ontvankelijkheid en bereidheid van de cliënt voor de hulp. Tegelijkertijd wordt de diversiteit tussen de interventies van de diensten nogmaals scherper gesteld. Daar waar de meeste voldoende motivatie nastreven, richten enkele zich op slecht gemotiveerde cliënten.

Overschouwing

Het geheel overschouwend lijkt KTB met de

profilering van haar doelgroep momenteel enigszins gevangen te zitten tussen een generalistische en specialistische benadering. Hoewel beide aanpakken elkaar niet hoeven uit te sluiten, lijkt het binnen KTB een moeilijk gegeven.

Een **generalist**, of de expert van het gewone leven is iemand die van alle markten thuis is, die vooral een brede kennis heeft en waar nodig veeleer algemene hulp voorziet of naar gespecialiseerde hulp doorverwijst (Scholte, Sprinkhuizen, & Zuithof, 2012). Dit impliceert dat hij vooral bij twee doelgroepen kan worden ingezet: enerzijds bij enkel- of eenvoudige opvoedproblemen en anderzijds bij meervoudige of complexere problemen (Berger, van Leeuwen, & Blaauw, 2013). KTB lijkt zich door haar kortdurende karakter vooral tot de eerste doelgroep van enkelvoudige of voldoende eenvoudige problemen te lenen. Bij meervoudige of complexere problematieken is het namelijk van belang dat naast de coachende rol of meer algemene hulpverlening ook wordt ingezet op regie van bestaande hulpverlening.

De generalist neemt met name de coördinerende taak op zich als centraal aanspreekpunt voor andere hulpverleners (die specialistische hulp bieden) en dit zo lang als nodig. In deze gevallen volstaat het immers niet om algemene hulp te voorzien of te ondersteunen bij het versterken van eigen krachten of bij het activeren van het sociale netwerk. Bovendien kampt thuisbegeleiding met de potentiële beperkingen dat de hulpverlener in een zwakke positie wordt geplaatst door een gebrek aan controle en autoriteit als 'gast in huis' en allerlei niet te voorziene obstakels (Waisbrod, Buchbinder, & Fossick, 2012).

De vraag is of de dynamiek die het kortdurende karakter van de begeleiding met zich mee zou brengen en de focus op gemotiveerde cliënten (Stroobants et al., 2013) voldoende opweegt te

gen de beperkingen bij gezinnen met complexe problemen. Men kan zich afvragen of de doelgroep van de interventies KTB wel voldoende verfijnd en begrensd is om de meest geschikte cliënten voor een dergelijk aanbod te bereiken? Voor de complexe problemen lijkt het aanbod KTB namelijk (te) beperkt of moet het gevolgd worden door andere hulpverlening. Wordt in deze gevallen niet beter meteen de meer omvangrijke hulpverlening geïnstalleerd?

“Voor complexe problemen lijkt het aanbod KTB (te) beperkt of moet het gevolgd worden door andere hulpverlening.”

Dit impliceert tegelijkertijd dat KTB meer als een specialistisch hulpaanbod zou moeten worden gezien of kan worden ingezet bij minder ernstige of meer enkelvoudige problemen. Dit lijkt tevens in overeenstemming met de ontstaansredenen van KTB: een gedifferentieerd aanbod binnen een gedifferentieerde en getrapte jeugdhulpverlening. Echter, ook dit roept enkele vragen op. Kunnen diensten deze keuzes wel maken wanneer men wordt geconfronteerd met een dichtgeslibd hulpaanbod of wanneer men opnameplicht heeft? Willen diensten deze keuzes wel maken vanuit hun maatschappelijk engagement om zo veel mogelijk cliënten te helpen en vooral niemand uit te sluiten? In lijn hiermee wordt ook het vraaggestuurde karakter van de jeugdhulpverlening vaak naar voor gebracht als bezwarend element. Het lijkt echter goed mogelijk om binnen een duidelijk kader zeer participatief en vraaggericht te werken. Bovendien lijkt het overmoedig te stellen dat alle cliënten gebaat zouden zijn met deze hulpverlening.

Een bijkomend element is dat ondanks een verheldering van de doelgroep(en) het voor verwijzers waarschijnlijk moeilijk blijft in te schatten

welke cliënten in aanmerking komen voor KTB. Het intern profileren van de beoogde doelgroep is dan wel een goede eerste stap, maar dit maakt het voor verwijzers waarschijnlijk nog niet voldoende mogelijk hier rekening mee te houden. Mogelijks biedt de selectie van een aantal minimale sleutelcriteria die per dienst wordt ingevuld en die de indicatiestelling vervolgens sturen (cf. beslisboom) soelaas.

Daarnaast kan de vraag worden gesteld hoe nu met de heterogeniteit tussen de diensten moet worden omgegaan. Een wijze van omgang zou kunnen zijn dat er meer naar eenvormigheid wordt gestreefd. Dit zal het voor verwijzers gemakkelijker maken om te beslissen of KTB een gepaste hulp is. Een andere piste is dat meer naar afstemming over diensten heen wordt gestreefd. De heterogeniteit wordt bewaard, maar moet tegelijkertijd zeer helder en transparant worden gemaakt. Diensten verschillen dan duidelijk van elkaar in doelgroep en in wat ze doen.

Beperkingen

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen. De wijze waarop het onderzoeksmateriaal is verzameld, is veeleer uitzonderlijk waarbij de invloed van de onderzoekers op de verkregen beschrijvingen onduidelijk blijft. Ook de analyse van de beschrijvingen is beperkt. Zo is het mogelijk dat ondanks herhaalde controle bepaalde elementen niet herkend werden terwijl de informatie wel aanwezig was. Daarnaast impliceert de afwezigheid van informatie in de beschrijving niet noodzakelijk dat deze ook ontbreekt in de praktijk. Tevens blijkt de gemaakte opdeling tussen aard en ernst van de problemen niet geheel zilver. Problemen die zich in de omstandigheden of omgeving van het gezin voordoen, worden namelijk vaak ook als kenmerken van een meer-voudige problematiek beschouwd.

Slotbeschouwing

De beoogde doelgroep van KTB blijkt breed en divers. Tegelijkertijd trachten diensten hun doelgroep in zekere mate af te bakenen en te differentiëren van andere hulpverlening binnen de Bijzondere Jeugdbijstand in termen van aard van de beoogde problemen (focus op gezins- en opvoedingsproblemen en psychosociaal functi-

oneren van de jeugdige en weren van onveiligheidsproblemen e.d.), ernst van de doelproblemen (vnl. afgelijnde/afgebakende problemen) en overige kenmerken van de cliënten (vnl. motivatie). De vraag kan echter worden gesteld of de beoogde doelgroepen van de diensten KTB wel voldoende verfijnd en gericht zijn voor een kortdurende interventie binnen een getrapte en gedifferentieerde jeugdhulpverleningslandschap.

De uitgebreide bibliografielijst bij dit artikel is te vinden op onze website (www.vlaamswelzijnsverbond.be) als bijlage bij het inhoudsoverzicht van dit nummer van het tijdschrift of op te vragen bij de auteur.

Congres Sociale Psychiatrie

De afgelopen decennia hebben psychiatrische behandeling en onderzoek zich sterk ontwikkeld. In het congres "**Sociale Psychiatrie: de revanche van het systeemdenken**", dat doorgaat op 6 november 2014 in de Janskerk in Utrecht, wordt ingegaan op de betekenis van sociale factoren voor het ontstaan en de behandeling van psychische stoornissen. Affectieve verwaarlozing en trauma, maar ook beschermende factoren als een goede hechtingstijl en sociale steun, hebben invloed op genen en hersenfuncties en beïnvloeden zo het ontstaan en verloop van psychiatrische aandoeningen. De systemische benadering is gericht op herstel, waarbij psychiatrische patiënten deel uitmaken van de maatschappij en er dus niet van worden uitgesloten. Een denkkader waarin de verbinding wordt gelegd tussen verschillende kennisniveaus - biologisch, psychologisch, sociaal en maatschappelijk - is nodig om kwalitatief hoogwaardige diagnostiek en behandeling te bieden. En daarvoor is het systeemdenken bij uitstek geschikt.

Dit congres wordt georganiseerd mede naar aanleiding van het verschijnen van het "Handboek Sociale Psychiatrie", onder redactie van prof. dr. Christina van der Feltz-Cornelis en prof. dr. Niels Mulder (Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht, 2013, ISBN 978-90-5898-249-0, 377 blz., 49 euro). Deelname aan het congres kost 295 euro.

Info: www.sympopna.nl.