

Zelfredzaamheid en Opvoedingsvaardigheden van Jonge Moeders in de Maatschappelijke Opvang

*De situatie en ontwikkeling gemeten met het Ernsttaxatiemodel en de
Zelfredzaamheid-Matrix.*



Zelfredzaamheid en Opvoedingsvaardigheden van Jonge Moeders in de Maatschappelijke Opvang

De situatie en ontwikkeling gemeten met het Ernsttaxatiemodel en de Zelfredzaamheid-Matrix.

Steve Lauriks, GGD Amsterdam

Nancy Spierings-Colina Amaro, Gemeente Rotterdam

Els van 't Klooster, CJG Rijnmond

Paul de Keyzer, Gemeente Rotterdam

Claudia Nanninga, Gemeente Rotterdam

Inhoud

Samenvatting	4
1. Inleiding	6
2. Aanpak onderzoek	8
2.1 Selectie van de onderzoeksgroep en verzameling achtergrondkenmerken	8
2.2 Onderzoeksinstrumenten	8
2.3 Privacy en anonimisering	10
2.4 Analyse	10
3. Onderzoeksgroepen	12
4. Kenmerken en status van jonge moeders in de MO	14
5. Functioneren bij instroom	18
5.1 Instroom bij het CJG: nulmeting met het Ernst Taxatie Model (ETM).	18
5.2 Instroom bij het COJ: nulmeting met de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)	21
5.3 De relatie tussen ZRM en ETM op één moment.	24
6. De ontwikkeling van het functioneren	26
6.1 De ontwikkeling op het ETM	26
6.2 De ontwikkeling op de ZRM	29
6.3 De relatie tussen ontwikkeling op het ETM en de ZRM	35
7. Conclusie en discussie	38
8. Implicaties voor hulpverlening en onderzoek	44
8.1 Verklein het hiaat tussen zorg voor moeder en zorg voor kind	44
8.2 Let op het functioneren van het kind na stabilisatie van de situatie	45
8.3 Zet in op voorkomen en verhelpen van schulden	45
8.4 Standaardiseer en valideer de instrumenten voor screening en monitoring	46
Literatuur	47
Bijlagen	48
Bijlage I: Correlaties tussen ETM en ZRM	48
Bijlage II: ETM-beoordelingen per factor op 6 meetmomenten.	49
Bijlage III: ZRM-beoordelingen per domein op 8 meetmomenten.	50
Bijlage IV: Afkortingen	51
Addendum	52

Samenvatting

Het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en Centraal Onthaal Jongeren (COJ) in Rotterdam zijn betrokken in de zorg voor jonge moeders met huisvestingsproblemen. Zij voeren beiden een screening uit om een behandeltraject te plannen en de ontwikkeling van cliënten te volgen. Het CJG past daarvoor het Ernsttaxatiemodel (ETM) toe en in de maatschappelijke opvang, gecoördineerd vanuit het COJ, wordt de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) gebruikt.

In het huidige onderzoek werd de informatie verzameld met het ETM en de informatie verzameld met de ZRM gecombineerd om een antwoord te kunnen geven op de volgende vragen:

1. Wat zijn de problemen waarmee jonge moeders die een beroep doen op de Maatschappelijke Opvang te maken hebben?
2. Hoe ontwikkelen jonge moeders zich tijdens hun verblijf in de Maatschappelijke Opvang in termen van zelfredzaamheid, en eventueel aanwezige opvoedings- en ontwikkelingsproblematiek?
3. Hoe vullen de ZRM en de ETM, die worden toegepast voor probleeminventarisatie, elkaar aan? Wat is de overlap tussen de twee instrumenten?

Een meerderheid van de moeders heeft psychische klachten wanneer zij zich aanmelden bij het COJ. Veel van de psychosociale problemen kunnen mogelijk worden gerelateerd aan de situatie waarin de moeders verkeren. De huisvestings situatie is zeer instabiel en gegeven hun lage leeftijd (gemiddeld 20 jaar) is zowel het aantal moeders dat schulden heeft, als de hoogte van de schulden opzienbarend. Het ETM laat zien dat een meerderheid van de jonge moeders spanning ervaart met betrekking tot de omstandigheden.

Ten tijde van instroom spelen de meest ernstige (acute) problemen op de ZRM op de domeinen financiën, huisvesting, maatschappelijke participatie en huiselijke relaties. Multiproblematiek komt veel voor, zowel op het ETM als op de ZRM. Ruim de helft van de jonge moeders heeft te maken met spanning of erger twee op meer factoren van het ETM op het moment dat zij zich melden bij het CJG. Meer dan driekwart heeft problematische scores op meer dan twee domeinen van de ZRM bij instroom bij het COJ.

Op alle ETM-factoren met betrekking tot het functioneren van het kind neemt het aantal kinderen met problemen toe. Op alle andere ETM-factoren neemt problematiek van de jonge moeders significant af. De groep met problemen met betrekking tot de omstandigheden neemt weliswaar af, maar het blijft veruit de meest problematische ETM-factor voor jonge moeders in de maatschappelijke opvang.

De algemene zelfredzaamheid neemt toe, waarbij de grootste verbetering in de eerste periode na instroom wordt gemaakt. Op alle domeinen, behalve Justitie, komt een overgroot deel van de groep uit de problemen (tenminste beperkt zelfredzaam). Het ontwikkelpatroon van jonge moeders is in een opmerkelijk deel van de groep niet lineair: op een aantal domeinen komt ruim een kwart van de groep in of uit de problemen om daarna, tijdens de onderzoeksperiode, opnieuw minstens één keer in of uit de problemen te komen.

Alle factoren van het ETM met betrekking tot het ouderschap, de verzorging van het kind en de omgeving zijn zwak tot matig gecorreleerd aan alle domeinen van de ZRM (met uitzondering van

de domeinen waarop de groep geen variatie in de scores vertoonde). De ETM-factoren met betrekking tot het functioneren van het kind, correleren niet of nauwelijks met de domeinen van de ZRM. Zes ETM-factoren samen meten mogelijk een construct dat lijkt op het construct dat de ZRM (in elf domeinen) meet maar niet hetzelfde construct is. Daarnaast meten de vier ETM-factoren die het functioneren van het kind in kaart brengen een construct dat niet door de ZRM in kaart wordt gebracht.

De ZRM signaleert eerder of meer problematische niveaus van functioneren dan het ETM. De ETM-scores die corresponderen met crisis, nood, en (in mindere mate) verhoogde spanning komen in de onderzoeksgroep relatief weinig voor. Het is mogelijk dat de (ernst van) problematiek die het ETM beoogt te meten bij deze populatie werkelijk weinig voorkomt, maar het is ook mogelijk dat het ETM niet voldoende sensitief is voor de ernst van de problematiek die het instrument beoogt te meten. Nader onderzoek naar de eigenschappen van de populatie in vergelijking met andere populaties en de psychometrische eigenschappen van het ETM lijkt nodig.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek wordt een aantal aanbevelingen ter verbetering van het functioneren en de hulpverlening aan deze kwetsbare groep in de Maatschappelijke Opvang gedaan:

- het hiaat tussen de zorg voor de moeder en de zorg voor het kind zou moeten verkleinen of verdwijnen door verbetering van de samenwerking tussen hulpverleners van het COJ, de Maatschappelijke Opvang en CJG;
- er zou extra aandacht moeten zijn voor het functioneren van het kind na een initiële stabilisatie van (sociaaleconomische) problematiek van de jonge moeders;
- de schuldhulpverlening zou laagdrempelig, afgestemd op deze groep en integraal met verblijf in de MO moeten worden aangeboden;
- de informatievoorziening van de verschillende disciplines en hulpverleners zou moeten worden gestandaardiseerd en gevalideerd.

1. Inleiding

In 2012 kregen in Nederland 2,2 duizend meisjes jonger dan 20 jaar een kind, minder dan anderhalf procent van alle geboorten. Het aantal tienergeboorten is nog nooit zo laag geweest (CBS, 2013). Echter, 15,6% van het totaal aantal cliënten in de Maatschappelijke Opvang (MO) en 47,4% van de cliënten in de Vrouwenopvang was in 2011 jonger dan 23 jaar (Federatie Opvang, 2013). Hulp- en dienstverleners in Rotterdam signaleren een toename van jonge moeders (moeders jonger dan 23 jaar) die te maken krijgen met problemen op het gebied van huisvesting en daardoor een beroep doen op de MO. Tevens was een consequentie van de decentralisatie van de opvang voor specifieke groepen, waaronder tienermoeders, dat centrumgemeenten vanaf 2015 meer dan voorheen verantwoordelijkheid dragen voor de ondersteuning en opvang van deze groepen (Van Rijn, Ministerie van VWS, 2013). Met de toename van het aantal jonge moeders dat gebruik maakt van de MO en de overdracht van verantwoordelijkheden naar centrumgemeenten is bij (gemeentelijke) hulp- en dienstverleners een behoefte aan een gerichte aanpak ontstaan. Om een dergelijke aanpak te ontwikkelen is het van belang de groep-specifieke problematiek en het functioneren van jonge moeders in de MO in kaart te brengen.

Tenminste twee instellingen in Rotterdam zijn betrokken in de zorg voor jonge moeders met huisvestingsproblemen:

1. *Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)*, een inlooppunt en 1^e lijn JGZ instelling waar ouders en jongeren terecht kunnen met hun vragen over gezondheid, opgroeien en opvoeden;
2. *Centraal Onthaal Jongeren (COJ)*, de keten (bestaande uit zorginstellingen en de gemeente) rond dak- en/of thuisloze jongeren van 18 tot 23 jaar, waaronder toegang tot, en opvang in, de MO voor deze doelgroep.

Het CJG en COJ voeren beiden een screening en/of probleeminventarisatie uit om een zorgaanbod te kunnen doen en/of een traject te plannen. Bij het CJG Rotterdam wordt sinds juli 2012 het Ernsttaxatiemodel (ETM) gebruikt als hulpmiddel bij de professionele beoordeling van eventuele ontwikkelings- en/of opvoedingsproblematiek. Het ETM is inmiddels onderdeel geworden van het CJG dossier en wordt bij elk contact met het CJG ingevuld. In de MO wordt de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) gebruikt om het functioneren van cliënten in kaart te brengen en hun ontwikkeling te volgen. De ZRM wordt periodiek voor iedere cliënt ingevuld en geregistreerd in een cliënt volg systeem (Evita).

In het huidige onderzoek werd de informatie verzameld met het ETM en de informatie verzameld met de ZRM gecombineerd om een antwoord te kunnen geven op de volgende vragen:

1. Wat zijn de problemen waarmee jonge moeders die een beroep doen op de Maatschappelijke Opvang te maken hebben?

2. Hoe ontwikkelen jonge moeders zich tijdens hun verblijf in de Maatschappelijke Opvang in termen van zelfredzaamheid, en eventueel aanwezige opvoedings- en ontwikkelingsproblematiek?
3. Hoe vullen de ZRM en het ETM die worden toegepast voor probleeminventarisatie elkaar aan? Wat is de overlap tussen de twee instrumenten?

De antwoorden op bovenstaande vragen kunnen bijdragen aan het verbeteren van de zorg voor jonge moeders in de maatschappelijke opvang aan de ene kant en het integreren van het aanbod en de informatiestructuur van twee primaire instellingen binnen die zorg aan de andere kant.

2. Aanpak onderzoek

2.1 Selectie van de onderzoeksgroep en verzameling achtergrondkenmerken

Uit de populatie dakloze jongeren onder de 23 die zich tussen 1 januari 2012 en 1 juni 2013 hebben aangemeld bij het COJ en geregistreerd zijn in Evita, werden op basis van geslacht en 'zwanger en/of kinderen', de groep jonge moeders in de maatschappelijke opvang geselecteerd.

Van moeder (cliënt) en kind(-eren) werd informatie met betrekking tot de *eigenschappen van de cliënt, eigenschappen van kind(-eren)*, en *het zorgproces* verzameld uit de registratie van de COJ-intake in Evita en uit Kiddos, het registratiesysteem van het CJG.

2.2 Onderzoeksinstrumenten

De status en voortgang van de cliënten en hun kinderen met betrekking tot hun functioneren in termen van zelfredzaamheid en ontwikkelings- en opvoedingsproblematiek worden gemeten op basis van de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM; Lauriks et al., 2010; 2013) en het Ernst-Taxatie-Model (ETM, CJG Rijnmond, 2012).

De ZRM is een meetinstrument dat de zelfredzaamheid van volwassen mensen in Nederland op een bepaald moment in de tijd in kaart brengt. Daarbij wordt onder zelfredzaamheid wordt verstaan: "het realiseren van een acceptabel niveau van functioneren op de belangrijke domeinen van het leven, al dan niet door adequaat en tijdig informele en/of formele hulp te organiseren". De ZRM is een uitkomstmaat: het huidige functioneren wordt in kaart gebracht. De oorzaken die daaraan mogelijk ten grondslag liggen, zoals persoonlijkheid, cultuur of motivatie, worden daarbij buiten beschouwing gelaten (Lauriks et al., 2013).

De ZRM is een vertaling en bewerking van de Amerikaanse Self-Sufficiency Matrix (SSM). De SSM van Utah en Arizona vormde het uitgangspunt voor de Nederlandse vertaling. In Nederland werd de ZRM in 2010 voor het eerst geïntroduceerd. Op basis van feedback van gebruikers van de ZRM en onderzoek naar zowel de betrouwbaarheid als de validiteit is in 2013 een revisie van de ZRM verschenen.

De ZRM bevat 11 domeinen van het (dagelijks) leven. Zo'n domein wordt gezien als een belangrijk gebied waarop volwassen burgers functioneren: een volwassene moet dat gebied op orde hebben om zich te kunnen handhaven in de maatschappij. In meerdere multidisciplinaire overleggen zijn elf domeinen geselecteerd die voor volwassenen Nederlanders van belang worden geacht (Fassaert et al., 2013). Deze 11 domeinen zijn: Financiën, Dagbesteding, Huisvesting, Huiselijke relaties, Geestelijke gezondheid, Lichamelijke gezondheid, Verslaving, Activiteiten Dagelijks Leven, Sociaal netwerk, Maatschappelijke participatie en Justitie.

Het niveau van zelfredzaamheid op ieder domein wordt beoordeeld op een vijf-puntsschaal (1. Acute problematiek; 2. Niet zelfredzaam; 3. Beperkt zelfredzaam; 4. Voldoende zelfredzaam; en 5. Volledig zelfredzaam). Per domein wordt voor ieder niveau van zelfredzaamheid een aantal indicatoren weergegeven (in de cellen van ZRM). Deze indicatoren zijn beschrijvingen van aspecten van functioneren van de populatie die dat betreffende niveau van zelfredzaamheid heeft en geven de beoordelaar stevige handvatten om een cliënt op een niveau in te delen. De ZRM geeft scores op de 11 domeinen die een maat zijn voor het domein-specifiek functioneren van de cliënt en een totaalscore die in maat is voor de algemene zelfredzaamheid.

Het ETM is een hulpmiddel bij de professionele beoordeling van een eventuele ontwikkeling- en/of opvoedingsproblematiek. De hulpverlener van het CJG taxeert:

- a) het functioneren van het kind op lichamelijk gebied, cognitief gebied, gedrag en psychosociale ontwikkeling;
- b) de kwaliteit van de verzorging, onderscheiden in kwaliteit van de basiszorg en onderlinge steun van de ouders;
- c) hoe de ouders het ouderschap ervaren, onderscheiden in beleving opvoeding en beleving ouderschap); en
- d) de gezinsomstandigheden en de kwaliteit van het sociaal netwerk, onderscheiden in omstandigheden en steun netwerk.

Ieder van de tien factoren worden beoordeeld op een vijf-puntsschaal (1. geen zorgen/ alledaagse vragen; 2. spanning; 3. verhoogde spanning; 4. nood; 5. crisis)¹.

Vervolgens beoordeelt de hulpverlener de ernst van de ontwikkeling- en opvoedingsproblematiek als geheel. Het schema helpt bij het 'wegen' van het cumulatieve effect van de geïnterviewde risico- en beschermende factoren, respectievelijk de 'draaglast' en de 'draagkracht' in het opvoedingsmilieu. Er is sprake van ontwikkeling- en/of opvoedingsproblematiek wanneer de draaglast zwaarder weegt dan de draagkracht, waardoor de opvoeders onvoldoende in staat zijn adequaat in te spelen op de ontwikkelbehoeften van het betreffende kind. De informatie die nodig is, wordt verkregen in het gesprek (contactmoment) met de ouder en ketenpartners. De weging wordt uiteindelijk weergegeven in een risicocategorie. Er zijn vier risicocategorieën: 'aandachtstatus 2'; 'risicocategorie 3'; 'risicocategorie 4'; en 'risicocategorie 5'. Aan deze risicocategorieën zijn acties gekoppeld waaronder het signaleren in het SamenwerkingsInstrument Sluitende Aanpak (SISA), het

¹ De schaal van het ETM is tegengesteld is aan die van de ZRM: waar de ZRM 'zelfredzaamheid' in kaart brengt en 5 de volledige zelfredzaamheid weergeeft, brengt het ETM de 'ernst van de problematiek' in kaart en is 5 een indicatie voor crisis.

informereren van de regisseur/ coördinator van het CJG en het handelen volgens de meld code Huise-lijk Geweld en Kindermishandeling (HGKM).

2.3 Privacy en anonimisering

Dit onderzoek maakte gebruik van administratieve data die door de Gemeente Rotterdam (i.c. COJ) en het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) worden geregistreerd in het kader van het reguliere zorgproces van deze organisaties. Personen in de onderzoeksgroep werden niet benaderd voor de verzameling van informatie ten behoeve van dit onderzoek.

In het kader van de ketenaanpak en het integrale zorgproces dat aan deze cliëntpopulatie wordt geboden, konden persoonsgegevens tussen de Gemeente Rotterdam en het CJG worden uitgewisseld. Aangezien het huidige onderzoek was gericht op verbetering van het zorgproces voor deze cliëntpopulatie, kon het in het kader van de ketensamenwerking worden uitgevoerd zonder dat expliciete, aanvullende toestemming van cliënten noodzakelijk was. Voorwaarde daarbij was dat persoonsgegevens die gebruikt kunnen worden om individuele cliënten te identificeren niet buiten deze instellingen (keten) bekend worden en dat in rapportages over deze onderzoekdata geen unieke cliënten identificeerbaar zijn.

De onderzoeksgroep werd geïdentificeerd en data verzameld met behulp van het burger service nummer (BSN). Het BSN van de moeder is geregistreerd in Evita, het cliëntvolgsysteem van de Gemeente Rotterdam. Het BSN van de kinderen is geregistreerd op de verantwoordingslijsten die door de instellingen voor Maatschappelijke Opvang (MO) worden aangeleverd aan de Gemeente Rotterdam. Het BSN van kinderen is ook geregistreerd in Kiddos, het cliëntregistratiesysteem van het CJG.

Om de privacy van de personen in de onderzoeksgroep te garanderen werden persoonsgegevens die nodig zijn voor het verzamelen van de data, te weten het BSN van de moeder en het BSN van het kind, geanonimiseerd met behulp van sleutels. BSNs werden gecodeerd in een nummerreeks die alleen betekenis heeft binnen het onderzoek (het onderzoeksnummer). De methode om de BSNs te coderen (de sleutel) werd beheerd door de instelling die de informatie voor het onderzoek levert, te weten het COJ (sleutel voor identiteit van de moeders) en het CJG (sleutel voor de identiteit van de kinderen). De sleutels waren niet bekend bij de onderzoeker en werden door deze instellingen voor tenminste de duur van het onderzoek bewaard op een beschermde locatie binnen het ICT-netwerk van deze instellingen.

2.4 Analyse

Kenmerken, problematiek en scores op het ETM en de ZRM bij instroom zijn uitgedrukt in aantallen, gemiddelden met standaard deviatie (SD) en/ of percentages.

Zowel op het ETM als op de ZRM zijn afkappunten voor 'problematisch' functioneren gekozen. Met betrekking tot het ETM is dit afkappunt bij score 2 ('spanning') gekozen, waarmee een dichotome variabele 'Geen zorgen vs. Spanning of erger' werd gemaakt. De keuze werd primair gebaseerd op de verdeling van de scores op de factoren van het ETM in de populatie. Het afkappunt voor problematisch functioneren op de ZRM werd gelegd bij score 3 ('beperkt zelfredzaam'), waarmee een dichotome variabele (Hoogstens niet zelfredzaam vs. Tenminste beperkt zelfredzaam) werd gemaakt. Deze keuze is gebaseerd op de theoretische schaal van de ZRM waarbij de scores 1 ('Acute problematiek') en 2 ('Niet zelfredzaam') op ieder domein als een onwenselijke en onhoudbare status kan worden beschouwd.

De maten voor problematisch functioneren op basis van de ETM-scores en de ZRM-scores zijn gebruikt om te bepalen welke combinaties van problemen op factoren/ domeinen voorkomen bij jonge moeders in de MO, de mate van multi-problematiek te beschrijven en de relatie tussen problemen op het ETM en op de ZRM in kaart te brengen. Dit is steeds uitgedrukt in aantallen en percentages jonge moeders met problemen.

De verschillen tussen de meetmomenten zijn op significantie getoetst met non-parametrische tests voor herhaalde metingen (McNemar-test voor dichotome variabelen, Marginale Homogeniteit-test voor ordinale variabelen en Wilcoxon-test voor continue variabelen). Hierbij werd steeds het verschil tussen de eerste en laatste meting (van het individu) geanalyseerd. Alle analyses zijn gedaan met SPSS (IBM, 2012).

3. Onderzoeksgroepen

Voor verschillende analyses en vergelijken zijn verschillende onderzoeksgroepen gebruikt in verband met de volledigheid van de data, beschrijving van moeders en/of moeder-kind paren, en de tijd tussen metingen. De onderzoeksgroep die op basis van criteria (zie paragraaf 2.1) werd geselecteerd bestond uit 225 moeders.

Bij het CJG was van 25 moeders (11%) geen informatie over het kind bekend. 41 moeders hadden meer dan één kind waardoor 241 moeder-kind paren (MK-paren) die zowel bij het COJ als bij het CJG waren geregistreerd konden worden meegenomen in het onderzoek. Zowel het ETM als de ZRM beoordelen het functioneren en de situatie op het moment van screening.

De situatie en mogelijk ook het functioneren van moeder (en kind) verandert wanneer een tweede (of volgend) kind wordt geboren. Het moeder-kind paar is dan ook gekozen als primaire analyse eenheid, ondanks dat dit in 21% van de onderzoeksgroep dezelfde moeder (met een ander kind) als tenminste één andere MK-paar betrof.

ETM beoordelingen bij het CJG vonden plaats tussen maart 2011 en november 2014. Bij 236 MK-paren (98%) werd tenminste één keer het ETM ingevuld (5 MK-paren waren wel bekend bij het CJG maar waren niet beoordeeld met het ETM). Van 218 MK-paren (92% van de groep die werd beoordeeld met het ETM) waren één of meer vervolgmetingen beschikbaar. Wanneer onvoldoende informatie beschikbaar was om een factor te beoordelen registreerde de hulpverlener geen taxatie op die factor. Het ETM bij instroom was in 189 gevallen (78%) volledig ingevuld.

De ZRM beoordelingen bij het COJ vonden plaats tussen april 2010 en januari 2015. De ZRM werd voor 216 MK-paren (90%, 186 moeders) tenminste één keer beoordeeld bij het COJ. Van 192 MK-paren (89% van groep die werd beoordeeld met de ZRM) waren één of meer vervolgmetingen beschikbaar. De ZRM bij instroom was voor 214 MK-paren (99%, 185 moeders) volledig ingevuld.

Van alle 192 MK-paren die minstens één keer met de ZRM werden beoordeeld bij het COJ, was ook minstens één keer een ETM ingevuld. Van 160 MK-paren (83%) waren de ZRM en het ETM tenminste één keer binnen 30 dagen van elkaar beoordeeld. 110 MK-paren hadden minstens één vervolgmeting met de ZRM en het ETM die binnen 30 dagen van elkaar waren uitgevoerd.

4. Kenmerken en status van jonge moeders in de MO

In tabel 1 zijn enkele achtergrondkenmerken van de moeders weergegeven.

Tabel 1. Achtergrond kenmerken moeders (N=225 moeders)

Kenmerk	Aantal/ gem (SD)	Percentage/ range
<i>Leeftijd bij eerste screening COJ</i>	20 (1,6)	17 - 26
<i>Geboorteland</i>		
Nederland	151	68,6
Nederlandse Antillen	35	16,0
Suriname	10	4,5
Anders Niet-Westers	20	9,1
Overig/onbekend	5	2,3
<i>Opleidingsniveau</i>		
MAVO/VMBO	37	16,4
MBO	96	42,7
HAVO/VWO	4	1,8
Speciaal onderwijs	7	3,1
Geen opleiding	6	2,7
Onbekend	75	33,3
<i>Aanmelding</i>		
Zelf	81	36,0
Verwijzing		
Jongerenloket ^a	97	43,1
Schoolmaatschappelijk werk	22	9,8
Bureau Jeugdzorg	7	3,1
MEE	5	2,2
Overig	13	5,8
<i>Zwanger bij intake</i>	41	18,2

^a Het Jongerenloket vormt de toegang tot Centraal Onthaal Jongeren. Vanuit andere afdelingen binnen het Jongerenloket wordt verwezen naar Centraal Onthaal Jongeren. Dit zijn dus interne verwijzingen binnen het Jongerenloket.

Het grootste deel van de moeders is in Nederland geboren, een aanzienlijk deel (45 moeders, meer dan 1/5 van de onderzoeksgroep) is in Suriname of de Nederlandse Antillen geboren. Een groot deel van de groep heeft een opleiding gedaan, of volgt op het moment van eerste screening bij het COJ moment een opleiding op MBO-niveau. Veel moeders (n=81, 36%) melden zich zelf bij het COJ. Het Jongerenloket is de voornaamste verwijzer naar het COJ maar ook Schoolmaatschappelijk verwijst nog bijna 10% van de moeders naar het COJ.

Vervolgens is gekeken naar het type klachten, behoeften en problematiek waarmee de moeders zich melden bij het COJ. De resultaten zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2. Problematiek, klachten en behoefte bij intake COJ (N=225 moeders)

Probleem/klacht/behoefte		Aantal	Percentage	
<i>Klachten</i>	Fysiek (n=211)	93	44,1	
	Psychisch (n=215)	173	80,4	
	Psychiatrische diagnose (n=156)	38	24,3	
<i>Psychische problematiek</i>	Agressie	9	4,0	
	Psychiatrie	54	24,0	
	Psychosociaal	143	63,6	
	Verstandelijke beperking	26	11,6	
	Verslaving	7	3,1	
<i>Verstandelijk vermogen</i> ^a	LVB/Laag begaafd/ Beneden gemiddeld	29	80,6	
	Gemiddeld of hoger	7	19,4	
<i>Begeleidingsbehoefte</i>	Licht	46	20,4	
	Midden	115	51,1	
	Zwaar	38	16,9	
	Onbekend	28	11,5	
<i>Type begeleidingsbehoefte</i>	Postadres	43	19,1	
	Psychisch	Ambulant	33	14,7
		Ondersteunend	86	38,2
		Anders	6	2,7
	Fysiek	4	1,8	
Veiligheid	14	6,2		

^a TIQ gemeten bij 36 moeders.

Meer dan driekwart van de moeders heeft psychische klachten en ruim 40% lichamelijke klachten bij aanmelding bij het COJ. De psychische problemen waarmee de moeders te maken hebben zijn voornamelijk psychosociaal van aard, maar bijna een kwart heeft ook psychiatrische problematiek: 38 moeders hebben een psychiatrische diagnose ten tijde van aanmelding bij het COJ. Van een klein gedeelte van de groep (16%) is het (totaal) IQ bekend. Ruim 80% van deze (kleine) groep heeft hoogstens een beneden gemiddeld verstandelijk vermogen. Slechts een klein deel heeft een licht verstandelijke beperking (minder dan 5 moeders met een TIQ<70), maar het deel van de groep dat laag begaafd is lijkt aanzienlijk.

Wanneer ze bij het COJ aankomen wordt voor ruim de helft van de moeders een middelzware begeleidingsbehoefte geschat. Ruim de helft van moeders uit een behoefte met betrekking tot geestelijke hulp en ondersteuning. De begeleidingsbehoefte met betrekking tot lichamelijke gezondheid is opmerkelijk laag gezien het aantal moeders dat lichamelijke klachten uit. Behoeften met betrekking tot huisvesting en veiligheid werden echter ook regelmatig geregistreerd.

De woon-, werk- en financiële situatie van de moeders bij instroom op basis van de intake-registratie van het COJ is weergegeven in tabel 3.

Tabel 3. Huisvesting, inkomen en schulden bij intake (N=225 moeders)

<i>Situatiekenmerk</i>		Aantal	Percentage
<i>Huidig verblijf</i>	Maatschappelijke opvang	9	4,0
	Tijdelijk familie/ vrienden	143	63,6
	Anders	26	11,6
	Niet van toepassing	23	10,2
	Onbekend	22	9,8
<i>Dak-, thuisloos reden</i>	Huisuitzetting	167	74,2
	Ontslagen uit instelling	10	4,4
	Onbekend	21	19,2
<i>Dagbesteding</i>	Geen	79	35,1
	School	66	29,3
	School en werk	15	6,7
	Cursus/ traject	19	8,4
	School/ stage	12	5,3
	Werk	11	4,9
	Onbekend	23	10,2
<i>Inkomen bron</i>	Bijstand/ WIJ	63	28,0
	Loon	22	9,8
	DUO studiefinanciering	83	36,9
	Kinderbijslag	16	7,1
	WAJONG	19	8,4
	WAO/WW	7	3,1
	Alimentatie/ partner/ ouders	8	4,0
	Anders	9	4,0
<i>Netto maand inkomen (€)</i>	Geen	5	2,2
	Minder dan 100,-	4	1,8
	100,- tot 500,-	23	10,2
	500,- tot 1000,-	75	33,3
	1000,- tot 1500,-	36	16,0
	Onbekend	81	36,0
<i>Hoogte schuld (€)</i>	Minder dan 500,-	6	2,7
	500,- tot 1.000,-	20	8,9
	1.000,- tot 2.000,-	25	11,1
	2.000,- tot 5.000,-	33	14,7
	5.000,- tot 10.000,-	32	14,2
	10.000,- tot 15.000,-	24	10,7
	Meer dan 15.000,-	19	8,4
	Geen/onbekend	66	29,3

Bijna twee derde van de groep verbleef (tijdelijk) bij vrienden of familie en bijna driekwart van de groep deed een beroep om de MO omdat zij uit huis waren gezet, veelal in verband met relationele problemen met ouders of partner.

De helft van de jonge moeders volgt (een vorm van) opleiding, maar meer dan een derde heeft geen dagbesteding en minder dan 5% heeft werk. De meerderheid (84%) ontvangt een vorm van financiële ondersteuning van de overheid, het grootste deel daarvan is echter (reguliere) studiefinanciering.

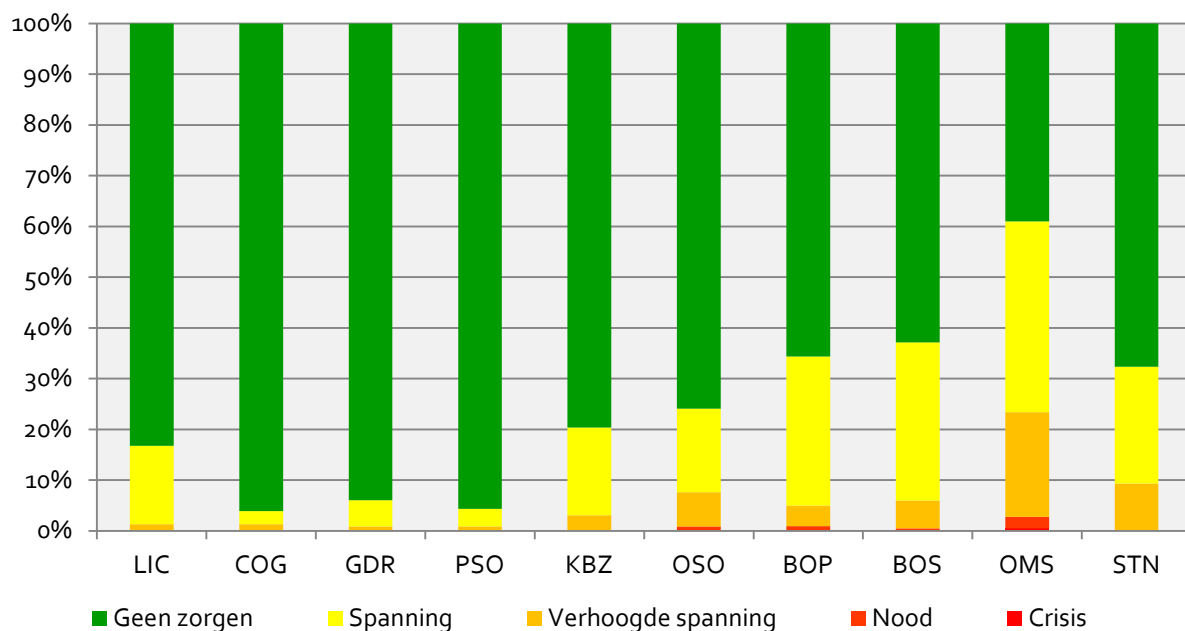
ring en kinderbijslag. Meer dan een kwart (28%) heeft echter een bijstand- of WIJ uitkering. Driekwart van de groep van wie het maandinkomen werd geregistreerd (n=143), heeft minder dan 1.000,- euro per maand te besteden. Ter referentie, het basisbehoeftecriterium voor een eenoudergezin met één kind is 1.290,- euro per maand (CBS, 2013). Daarbij heeft meer dan twee derde (68%) van de groep waarvan dit bekend is meer dan 2.000,- euro schuld. Ruim een kwart (27%) heeft zelfs een schuld van 10.000,- euro of hoger.

5. Functioneren bij instroom

5.1 Instroom bij het CJG: nulmeting met het Ernst Taxatie Model (ETM).

De beoordelingen ten tijde van instroom bij het CJG op het ETM zijn per factor weergegeven in figuur 1.

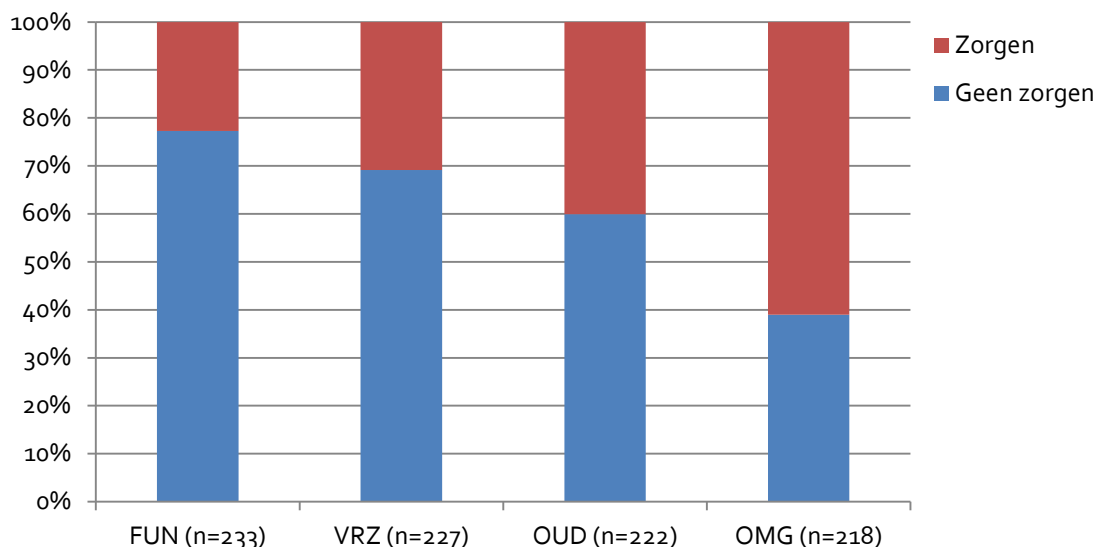
Figuur 1. ETM factoren bij instroom Centrum voor Jeugd en Gezin (N=236 MK-paren)



Crisis en nood komen nauwelijks voor, minder dan 5% van de MK-paren meldt zich met een crisis- of noodsituatie bij het CJG. Een meerderheid van de MK-paren (meer dan 60%) ervaart spanning met betrekking tot de omstandigheden (OMS) en bij ruim een derde van de onderzoeksgroep wordt spanning met betrekking tot de beleving van de opvoeding (BOP) en/of het ouderschap (BOS) gerapporteerd. Ook (het gebrek aan) steun van het netwerk (STN) werd in meer dan 30% van de MK-paren met spanning of ernstiger beoordeeld. De factoren die betrekking hebben op het functioneren van het kind, te weten lichamelijk (LIC), cognitief (COG), gedrag (GDR) en psychosociale ontwikkeling (PSO) zijn slechts in enkele gevallen problematisch. Verhoogde spanning of ernstiger komt zeer sporadisch voor op deze factoren.

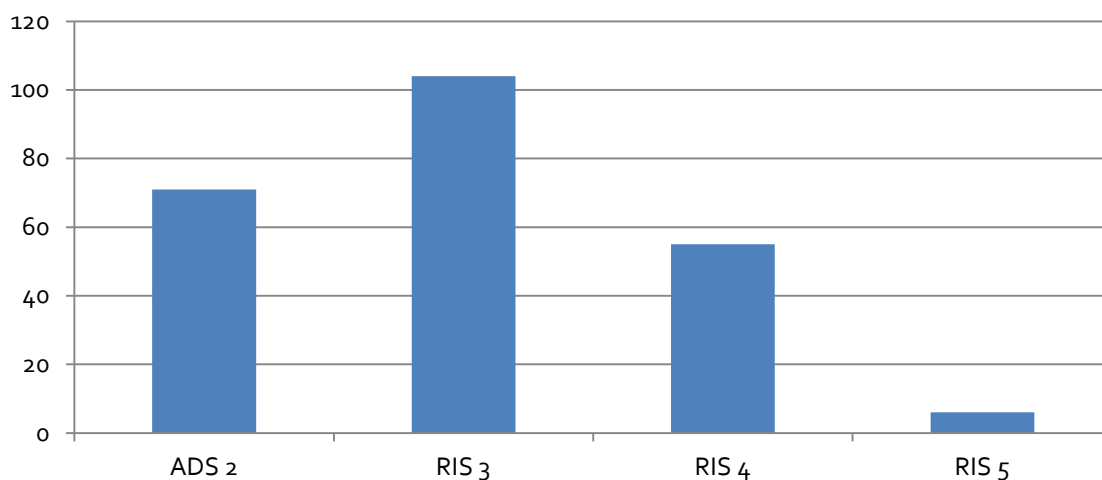
Dit beeld zien we ook als we kijken naar de hoofdschalen van het ETM (figuur 2). Op de schalen Omgeving (OMG) en Ouderschap (OUD) worden de meeste zorgen gerapporteerd, respectievelijk meer dan 60% en meer dan 40%. Op de schalen Verzorging van het kind (VRZ) en Functioneren van het kind (FUN) is de groep met zorgen kleiner (meer dan 30% zorgen met betrekking tot de verzorging van het kind en meer dan 20% zorgen met betrekking tot het functioneren van het kind).

Figuur 2. ETM hoofd-schalen bij instroom CJG



De weging die de professional van de ernst van de problematiek maakt in termen van risico categorieën is opgenomen in figuur 3. Bijna 3/4^e van de onderzoeksgroep (74%) werd ingedeeld in aandachtstatus 2 of risicocategorie 3. 6 MK-paren (<3%) werden ten tijde van instroom bij het CJG ingedeeld in de zwaarste risicocategorie.

Figuur 3. Risico-weging op basis van het ETM (N=236)



De combinaties van factoren waarop MK-paren spanning of ernstiger ervaren zijn weergegeven in tabel 4. Hieruit is op te maken dat als er een factor met spanning of ernstiger is, dit in bijna 2/3^e van de gevallen (64%) de factor omstandigheden is. Opmerkelijk is dat 'beleving opvoeding', 'steun netwerk' en (in iets mindere mate) 'beleving ouderschap' vrijwel nooit als enige factor met spanning voorkomen terwijl in figuur 1 van dit rapport was te zien dat een aanzienlijk deel van de MK-paren te maken heeft met spanning of ernstiger op deze factoren. Pas wanneer er sprake is van spanning of

ernstiger op 2 tot 3 factoren gaan deze factoren een rol spelen. Hoewel oorzaak-gevolg relaties op basis van deze beschrijving niet direct kunnen worden gelegd, lijkt dit een indicatie dat spanning op de 'belevings-factoren' en spanning met betrekking tot de steun van het netwerk het gevolg zijn van spanningen op andere factoren (bijvoorbeeld de omstandigheden). Een ander, tegenovergesteld resultaat was dat spanning op de factor 'lichamelijk' in bijna een kwart (22%) van de MK-paren als enige probleem voorkomt. De rol die deze factor speelt wanneer er op meerdere factoren spanning wordt geconstateerd bleef echter klein, slechts in 26% van de MK-paren is lichamelijk een factor wanneer op 4 of meer factoren spanning of erger werd benoemd.

Tabel 4. Aantal en combinatie van problematische factoren op het ETM (score 2 of hoger) bij instroom (N=189 MK-paren met volledige ETM)

N=189	Factor(en) met spanning of erger				Geen
	1	2-3	4 of meer	Totaal	
Totaal	36 (19%)	33 (18%)	65 (34%)	134	55 (29%)
Lichamelijk	8 (22%)	6 (18%)	17 (26%)	31 (23%)	-
Cognitief	1 (3%)	1 (3%)	3 (5%)	5 (4%)	-
Gedrag	1 (3%)	-	8 (12%)	9 (7%)	-
Psychosociale ontwikkeling	-	-	7 (11%)	7 (5%)	-
Kwaliteit van de basiszorg	1 (3%)	4 (12%)	32 (49%)*	37 (28%)	-
Onderlinge steun van de ouders	-	6 (18%)	40 (62%)	46 (34%)	-
Beleving opvoeding	-	11 (33%)	58 (89%)	69 (51%)	-
Beleving ouderschap	2 (5%)	16 (48%)	59 (91%)	77 (57%)	-
Omstandigheden	23 (64%)	25 (76%)	63 (97%)	111 (82%)	-
Steun netwerk	-	11 (33%)	51 (78%)	62 (46%)	-

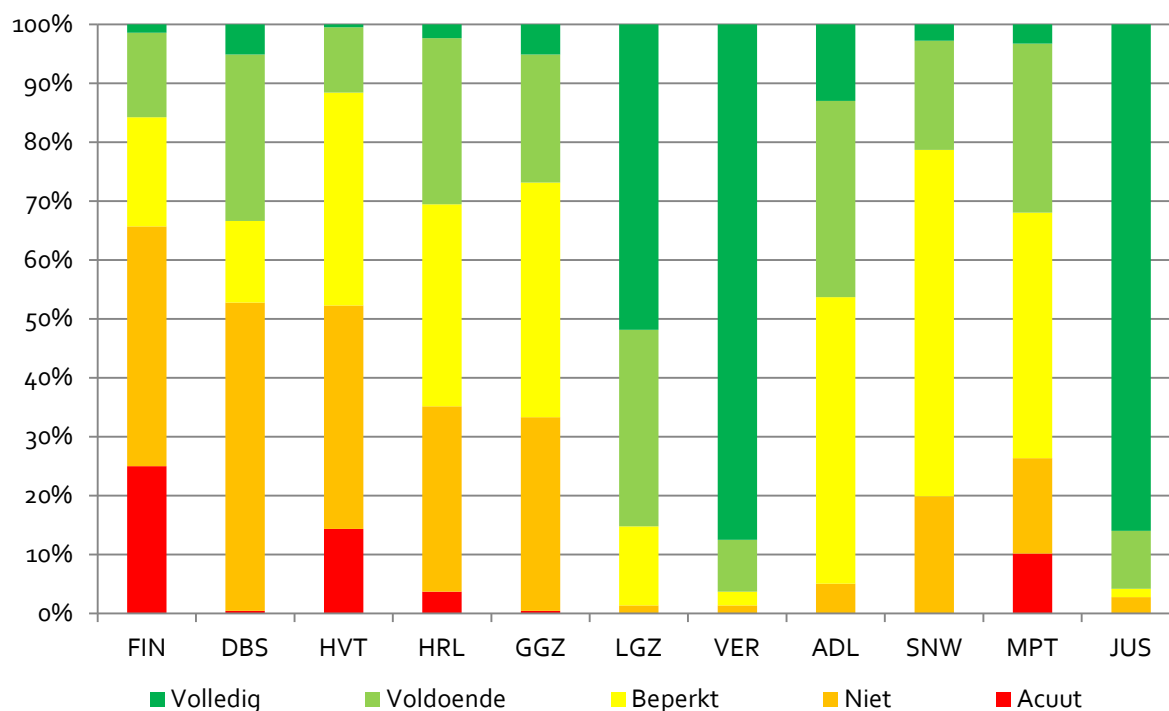
NB. Met uitzondering van de eerste rij, tellen de percentages niet op tot 100%. *Voorbeeld: bij 49% van de MK-paren met 4 of meer factoren met spanning of erger is de factor 'kwaliteit van de basiszorg' betrokken.

Samenvattend bleek ruim de helft van de onderzoeksgroep te maken te hebben met spanning of erger 2 of meer factoren van het ETM op het moment dat zij zich meldden bij het CJG. Bijna 30% heeft op alle factoren van het ETM hoogstens alleen alledaagse vragen of geen zorgen. Crisissen en nood komen vrijwel niet voor, het gaat dus voornamelijk om spanning en verhoogde spanning op de factoren (scores 2 en 3 op het ETM). De spanning speelt vooral op de factor omstandigheden maar ook met betrekking tot de beleving van opvoeding en ouderschap en de steun van het netwerk werd bij een grote meerderheid van de onderzoeksgroep (verhoogde) spanning waargenomen. Spanning op de factoren die (direct) het kind betreffen, met name cognitief functioneren, gedrag, en psychosociale ontwikkeling kwamen in zeer beperkte mate voor. Hulpverleners van het CJG rapporteren echter wel zorgen met betrekking tot het functioneren van het kind voor bijna een kwart van de groep en zorgen met betrekking tot de verzorging van het kind in bijna een derde van jonge moeders die instromen bij het CJG.

5.2 Instroom bij het COJ: nulmeting met de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)

De beoordelingen op de ZRM per domein ten tijde van instroom bij het COJ zijn weergegeven in figuur 4.

Figuur 4. ZRM bij instroom Centraal Onthaal Jongeren (n=216)*



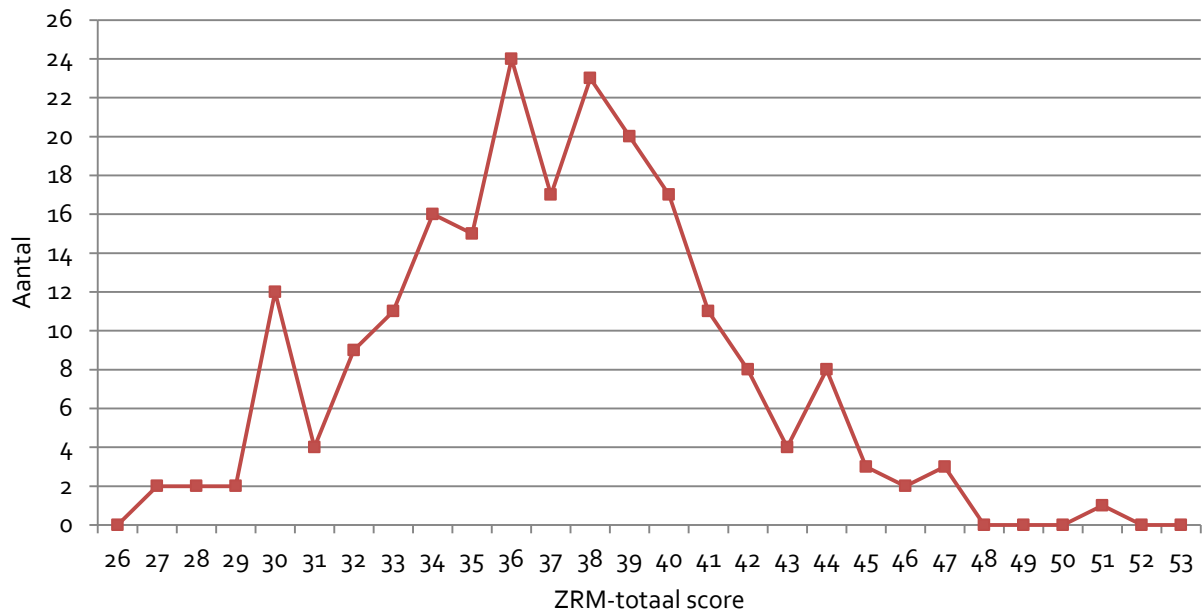
* n=214 op het domein Justitie.

Een ruime meerderheid bleek volledig zelfredzaam met betrekking tot verslaving (88%) en justitie (86%). Problematische niveaus van zelfredzaamheid kwamen op deze domeinen en op het domein Lichamelijke gezondheid nauwelijks voor (<3% van de MK-paren). Met betrekking tot de lichamelijke gezondheid is ruim de helft van de onderzoeksgroep volledig zelfredzaam en nog eens een derde voldoende zelfredzaam.

Acute problemen deden zich (vrijwel alleen) voor op de domeinen Financiën (FIN; 25%), Huisvesting (HVT; 14%), Maatschappelijke participatie (MPT; 10%) en Huiselijke relaties (HRL; 4%). Meer dan de helft van de MK-paren presenteerde problematische niveaus van zelfredzaamheid (ZRM-domein score <3) op de domeinen Financiën (66%), Dagbesteding (DBS; 53%) en/of Huisvesting (52%). Op de domeinen Huiselijke relaties, Geestelijke gezondheid (GGZ), Sociaal netwerk (SNW) en Maatschappelijke participatie werd bij 20% tot 35% van de groep problematische niveaus van zelfredzaamheid geconstateerd.

De ZRM-totaal score is een maat voor de algemene zelfredzaamheid van een persoon. De ZRM-totaal score is de som van de domeinscores en varieert tussen 11 (acute problemen op alle domeinen) en 55 (volledig zelfredzaam op alle domeinen). In figuur 5 is de ZRM-totaal score van onderzoeksgroep bij intake weergegeven. Alleen de volledige ZRM-beoordelingen zijn hierin opgenomen.

Figuur 5. Verdeling ZRM-totaalscore bij instroom (N=214 MK-paren)



De gemiddelde ZRM-totaalscore ten tijde van instroom bij het COJ was 37,1 met een standaard deviatie van 4,3. De laagste ZRM-totaal score was 27 en de hoogste 51. Met een ZRM-totaal score tussen de 22 en 33 was de algemene zelfredzaamheid van bijna 20% van de onderzoeksgroep 'matig' bij instroom. ZRM-totaal scores van 45 of hoger worden als 'goede' algemene zelfredzaamheid bestempeld, deze (gezien de gemiddelde totaalscore relatief hoge) mate van algemene zelfredzaamheid gold voor 4% van de groep. Ruim driekwart van de MK-paren scoorde tussen 34 en 44 en kon daarmee als 'voldoende' algemeen zelfredzaam worden beschouwd. Daarbij moet worden aangetekend dat er een klein (niet significant) aantal meer lagere totaalscores in de verdeling zaten en het gemiddelde van de hele groep aanzienlijk dicht bij de ondergrens dan bij de bovengrens van 'voldoende' algemene zelfredzaamheid zat. De algemene zelfredzaamheid van de hele onderzoeksgroep zou daarom als 'matig' kunnen worden gekarakteriseerd.

De rol die domeinen spelen wanneer de mate van zelfredzaamheid op één of meerdere domeinen problematisch is, is weergegeven in tabel 5.

Bijna 80% van de onderzoeksgroep had op 2 of meer domeinen van de ZRM een problematische score (acute problematiek of niet zelfredzaam) bij instroom bij het COJ. Wanneer er sprake was van een enkelvoudig probleem (13% van de onderzoeksgroep), was dit in een derde van de gevallen op

het domein Huisvesting. Enkelvoudige problematiek kwam daarnaast alleen voor op de domeinen Financiën, Dagbesteding, Huiselijke relaties en Geestelijke gezondheid.

Bij meervoudige problematiek (problematisch scores op 2 of meer domeinen) speelde Financiën in de meeste gevallen een rol. Opvallend was dat Maatschappelijke participatie in slechts 8% van de onderzoeksgroep een rol speelde wanneer er sprake was van twee tot drie domeinen met problematische scores, maar in 61% van de onderzoeksgroep een rol speelde wanneer acute problemen of niet zelfredzaamheid op vier of meer domeinen werd gescoord. Financiën, Dagbesteding en Huisvesting zijn voor het grootste deel van groep problematische domeinen bij instroom bij het COJ, zowel bij enkelvoudige-, als bij meervoudige problematiek. Bij meervoudige problematiek speelden echter diverse andere ZRM-domeinen een rol, met name Geestelijke gezondheid (62%), Maatschappelijke participatie (61%), Huiselijke relaties (55%) en Sociaal netwerk (41%).

Zoals ook uit figuur 4 blijkt, werden nauwelijks problemen met betrekking tot de zelfredzaamheid op de domeinen Lichamelijke gezondheid, Verslaving (VER) en Justitie (JUS) waargenomen. Ook het aantal jonge moeders dat te maken had met problemen op het gebied van Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) is klein (n=11, 6% van de onderzoeksgroep).

Tabel 5. Aantal en combinatie van problematische domeinen op de ZRM (score 1 of 2) bij instroom

N=214	Domein(en) met score 1 of 2			Totaal	Geen
	1	2-3	4 of meer		
Totaal	27 (13%)	87 (41%)	82 (38%)	196	18 (8%)
Financiën	6 (22%)	59 (68%)	75 (91%)	140 (71%)	-
Dagbesteding	6 (22%)	41 (47%)	65 (79%)	112 (57%)	-
Huisvesting	9 (33%)	47 (54%)	57 (70%)	113 (58%)	-
Huiselijke relaties	5 (19%)	26 (30%)	45 (55%)	76 (39%)	-
Lichamelijke gezondheid	-	-	3 (4%)	3 (2%)	-
Geestelijke gezondheid	1 (4%)	18 (20%)	51 (62%)*	71 (36%)	-
Verslaving	-	1 (1%)	2 (2%)	3 (2%)	-
Activiteiten Dagelijks Leven	-	4 (5%)	7 (9%)	11 (6%)	-
Sociaal netwerk	-	9 (10%)	34 (41%)	43 (22%)	-
Maatschappelijke participatie	-	7 (8%)	50 (61%)	57 (22%)	-
Justitie	-	-	6 (7%)	6 (3%)	-

NB. Met uitzondering van de eerste rij, tellen de percentages niet op tot 100%. *Voorbeeld: bij 62% van de combinaties met 4 of meer domeinen waarop de cliënt hoogstens niet zelfredzaam is, is het domein 'Geestelijke gezondheid' betrokken.

5.3 De relatie tussen ZRM en ETM op één moment.

Een aantal MK-paren (n=78) werd 30 dagen voor of na de eerste meting met het ETM bij het CJG ook met de ZRM beoordeeld bij het COJ, of andersom (n=52). Het aantal problematische ETM-factoren ten tijde van instroom bij het CJG in relatie tot het aantal problematische ZRM-domeinen in diezelfde periode is weergegeven in tabel 6. Het aantal problematische ZRM-domeinen ten tijde van instroom bij het COJ in relatie tot het aantal problematische ETM-factoren in diezelfde periode is weergegeven in tabel 7.

Wanneer het ETM voor het eerst werd beoordeeld bij het CJG, werd in 31% van de gevallen binnen 30 dagen ook de ZRM voor het eerst beoordeeld bij het COJ, in nog eens 45% van de gevallen was het de tweede of derde meting met de ZRM die binnen 30 dagen van de CJG-instroom meting werd uitgevoerd. De eerste beoordeling met de ZRM bij het COJ was in 47% van de gevallen in dezelfde periode als de eerste beoordeling met het ETM. Bij 28% was de tweede of derde meting bij het CJG binnen 30 dagen van de eerste meting bij het COJ.

Tabel 6. Aantal problemen op het ETM en op de ZRM bij instroom bij het CJG

		ETM-factoren met score 2 of hoger				Totaal
		Geen	1	2-3	4 of meer	
ZRM-domeinen met score 1 of 2	Geen	4	1	3	1	9 (12%)
	1	7	8	4	9	28 (36%)
	2-3	4	2	7	14	27 (35%)
	4 of meer	2	4	5	3	14 (18%)
	Totaal	17(22%)	15 (19%)	19 (24%)	27 (35%)	78

Op het moment van instroom bij het CJG had bijna de helft van de groep geen of enkelvoudige problematiek met betrekking tot de zelfredzaamheid. Iets meer dan 40% had ook geen of enkelvoudige problematiek op de ETM-factoren op dat moment. Van de MK-paren die spanning (of erger) ervoer op hoogstens één van de ETM-factoren, had 63% (20 van de 32 MK-paren) tegelijkertijd een problematisch niveau van zelfredzaamheid op hoogstens één van de ZRM-domeinen.

Van de MK-paren die bij instroom bij het CJG op twee of meer van de ETM-factoren spanning (of erger) vertoonden, had 63% (29 van de 46 MK-paren) ook problematische mate van zelfredzaamheid op twee of meer domeinen van de ZRM.

Tabel 7. Aantal problemen op de ZRM en op het ETM bij instroom bij het COJ

		ZRM-domeinen met score 1 of 2				Totaal
		Geen	1	2-3	4 of meer	
ETM-factoren met score 2 of hoger	Geen	4	5	7	3	19 (37%)
	1	1	0	4	4	9 (17%)
	2-3	0	2	2	2	6 (12%)
	4 of meer	0	2	11	5	18 (34%)
	Totaal	5(10%)	9 (17%)	24 (46%)	14 (27%)	52

Zoals verwacht had bijna driekwart van de MK-paren een problematische mate van zelfredzaamheid op ten minste twee domeinen van de ZRM op het moment van instroom bij het COJ. Iets minder dan de helft van de groep had ten tijde van COJ-instroom spanning of erger op meerdere ETM-factoren. Van de groep met problematische zelfredzaamheid op meerdere ZRM-domeinen had ruim de helft problematische scores op meerdere ETM-domeinen ten tijde van instroom bij het COJ (20 van de 38 MK-paren). Ruim 70% van de groep met problemen op hoogstens één domein van de ZRM (n=14), had op hoogstens één factor van het ETM spanning of erger (n=10).

In bijlage I zijn de correlaties tussen de factoren van het ETM en de domeinen van de ZRM weergegeven. Voor het berekenen van deze correlaties zijn alle ETM's en ZRM's gebruikt die binnen 30 dagen van elkaar werden afgenomen, onafhankelijk van of dit een instroom-, tussentijdse, of eindmeting was. Hierdoor konden meer observaties (n= 376) worden meegenomen in de analyse.

Als verwacht op basis van de schalen van het ETM en de ZRM zijn alle correlaties negatief. Hoewel de correlaties tussen de ETM-factoren en ZRM-domeinen niet heel hoog zijn, de hoogste correlatie werd gevonden voor de ETM-factor Omstandigheden en het ZRM-domein Sociaal netwerk ($r=-0,39$), waren veel van de correlaties wel significant. Dit zou erop kunnen wijzen dat het ETM en de ZRM verschillende-, maar wel gerelateerde aspecten van het functioneren in kaart brengen.

De vier ETM-factoren die betrekking hebben op het kind (Lichamelijk, Cognitief, Gedrag en Psychosociale ontwikkeling) hangen over het algemeen niet samen met de domeinen van de ZRM. Uitzondering zijn de ETM-factor Cognitief en het ZRM-domein Lichamelijke gezondheid ($r=-0,14$) en de ETM-factor Psychosociale ontwikkeling en ZRM-domein Maatschappelijke Participatie ($r=-0,14$).

De ZRM-domeinen Lichamelijke gezondheid en Verslaving hangen over het algemeen niet samen met ETM-factoren (behalve de hierboven besproken relatie tussen ZRM-Lichamelijke gezondheid en ETM-Cognitief). Dit is waarschijnlijk te verklaren door de lage variantie op deze domeinen (zie ook figuur 4).

6. De ontwikkeling van het functioneren

6.1 De ontwikkeling op het ETM

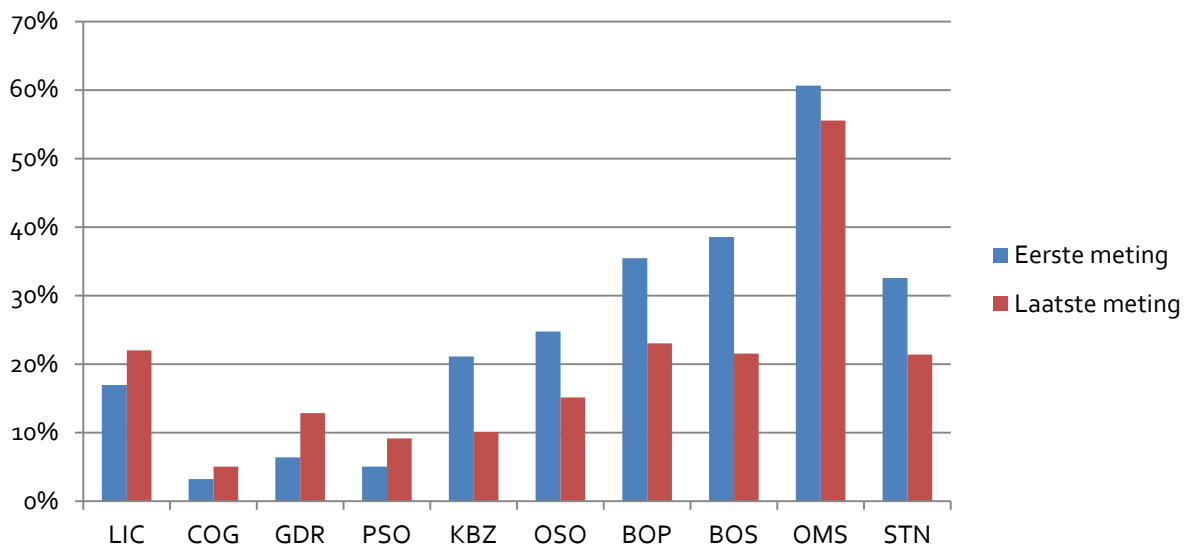
Om de ontwikkeling van de MK-paren bij het CJG in kaart te brengen werden (maximaal) zes metingen (vijf metingen na de eerste meting) met het ETM bekeken. Van de 218 MK-paren met meerdere metingen werd bij 175 MK-paren (80%) zes of minder metingen uitgevoerd. Uit de metingen van de 43 MK-paren met meer dan zes metingen (het maximum aantal metingen was elf), werden vijf metingen na de eerste meting geselecteerd die zoveel mogelijk verspreid waren over de tijd.

De gemiddelde tijd tussen metingen was 156 dagen (standaard deviatie = 114 dagen). Het minimum aantal dagen tussen twee metingen was 14 dagen, het maximum was 704 dagen. In totaal konden 969 beoordelingen op het ETM worden meegenomen in de beschrijving van de ontwikkeling

De verdeling van de scores op iedere ETM-factor op ieder meetmoment zijn opgenomen in bijlage II van dit rapport.

In figuur 6 is te zien dat het percentage van de MK-paren dat met spanning of erger heeft te maken toenam op de factoren Lichamelijk, Cognitief, Gedrag en Psychosociale Ontwikkeling. Op de andere factoren nam dit percentage af.

Figuur 6. Percentage met spanning of erger op de ETM-factoren op het eerste en laatste meetmoment.

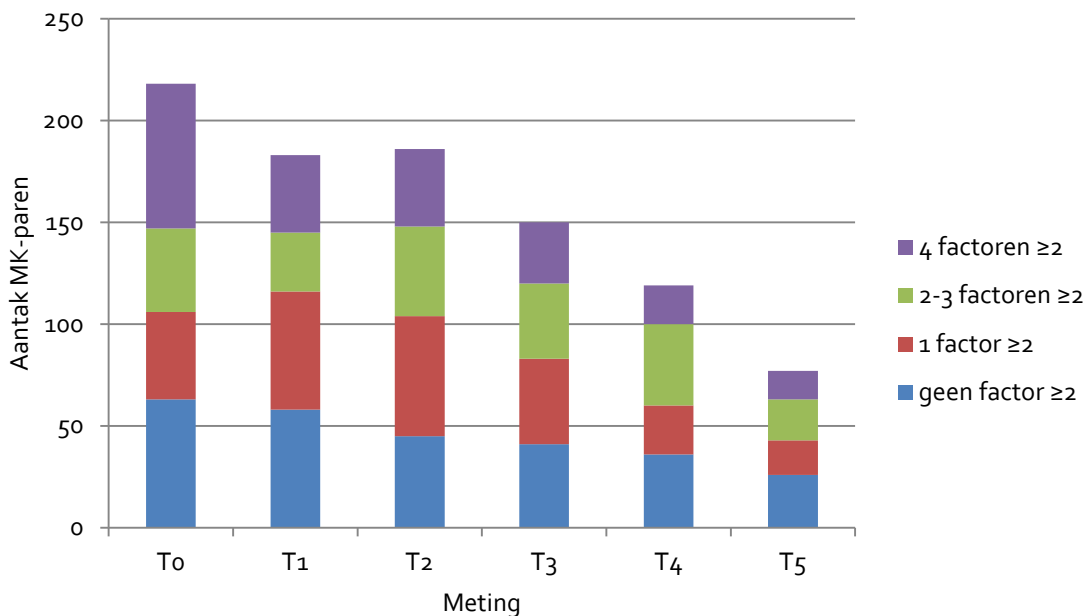


Op de factoren Lichamelijk, Cognitief, Psychosociale Ontwikkeling en Omstandigheden was de ontwikkeling tussen het eerste en het laatste meetmoment niet significant. Op de factor Gedrag waren op het laatste meetmoment significant meer MK-paren met spanning dan op het eerste

meetmoment (een toename van 6,4%). Op de andere factoren van het ETM was het deel van de MK-paren in zorg met spanning of erger op het laatste meetmoment significant lager dan op het eerste meetmoment.

Vervolgens is gekeken naar de ontwikkeling in termen van meervoudige problematiek. De resultaten in aantallen op ieder meetmoment zijn weergegeven in figuur 7.

Figuur 7. Aantal MK-paren op ieder meetmoment per aantal ETM-factoren met spanning of erger



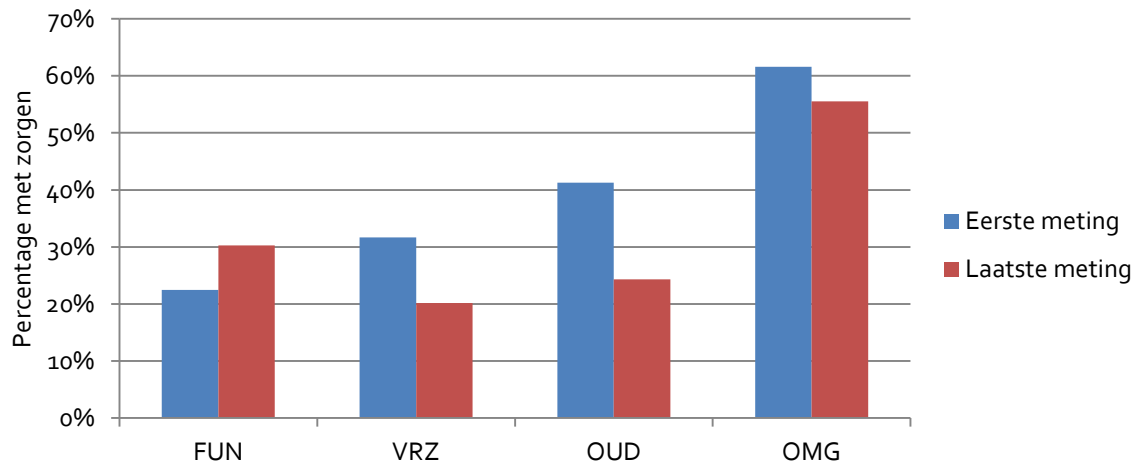
Iets meer dan de helft van de MK-paren (51%) ervoer spanning of erger op 2 of meer factoren van het ETM op het eerste meetmoment (T₀, dit komt overeen met de gegevens over de onderzoeksgroep bij instroom in tabel 4 van dit rapport). Het verloop van het percentage van de groep in zorg op ieder meetmoment dat heeft te maken met multi-problematiek is echter enigszins grillig: tussen de eerste en tweede meting daalt dit percentage sterk, namelijk met bijna 15%, daarna stijgt het weer met 7,5% en blijft dan relatief stabiel op ongeveer 45% van de onderzoeksgroep in zorg. Dit verloop zou te maken kunnen hebben met de uitstroom van cliënten zonder spanning (de cliënten met problemen blijven langer in zorg en vormen daardoor een groter percentage van de populatie in zorg op ieder volgend meetmoment).

Om met de uitstroom van MK-paren rekening te kunnen houden, is gekeken naar de verschillen tussen de eerste en laatste meting van ieder MK-paar.

Het aantal factoren met spanning bij de eerste meting bleek gemiddeld 2,3 factoren (SD=2,2), en bij de laatste meting was dit aantal gemiddeld 1,7 factoren (SD=1,8). Dit was een significante vermindering in de mate van multi-problematiek tussen in- en uitstroom.

Vervolgens is gekeken naar het deel van groep met zorgen op de vier hoofdschalen van het ETM bij de eerste en laatste metingen. Deze percentages zijn weergegeven in figuur 8.

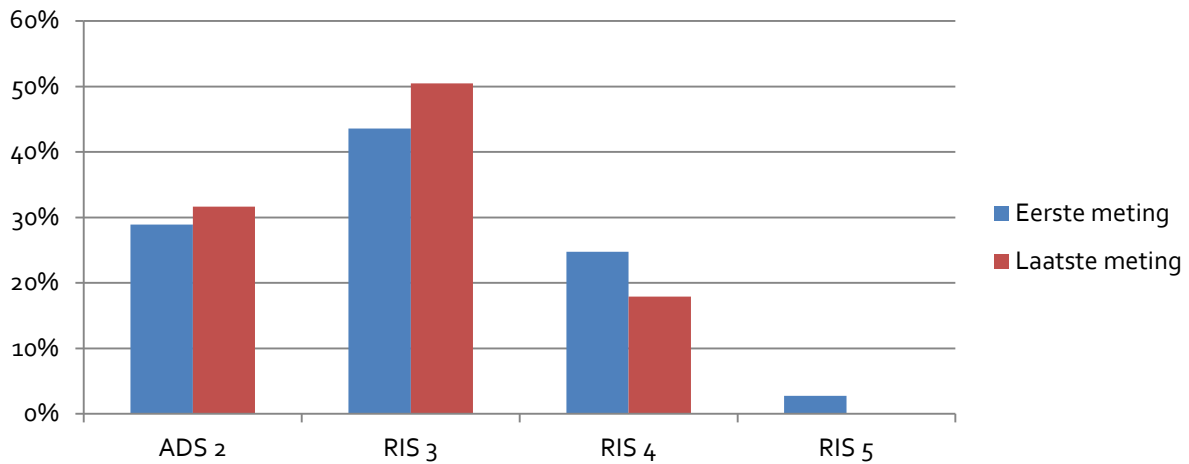
Figuur 8. Percentage van de MK-paren met zorgen op de hoofdschalen van het ETM op de eerste en laatste meting (n=218).



Op de hoofdschalen Verzorging van het kind en Ouderschap is het percentage met zorgen significant lager bij de laatste meting dan bij de eerste meting. Het deel van de groep met zorgen op het gebied van Functioneren van het kind stijgt met 7,8%. Deze stijging is (net) niet significant. Met betrekking tot de Omgeving werd een niet-significante daling van de het aantal MK-paren met zorgen gevonden.

Tot slot is de verandering in de weging die de professionals maken op basis van het ETM geanalyseerd. In figuur 9 is de verdeling van de groep per risicocategorie bij de eerste en bij de laatste meting weergegeven.

Figuur 9. Weging van de ernst van problematiek door professionals bij eerste en laatste meting (n=218)



Tussen de eerste en laatste meting neemt het aantal MK-paren in de hogere risicocategorieën (categorieën 4 en 5) af. Bij de laatste meting werd zelfs geen enkel MK-paar in de hoogste categorie geplaatst door de professionals. De percentages in de lagere risico categorieën namen echter toe, waarbij de toename in risicocategorie 3 het grootst bleek (een toename van 6,9%). Het verschil in de verdeling van de groep bij de eerste en laatste meting was significant (Gemiddelde MH test statistiek =221,5; $p < 0,01$).

6.2 De ontwikkeling op de ZRM

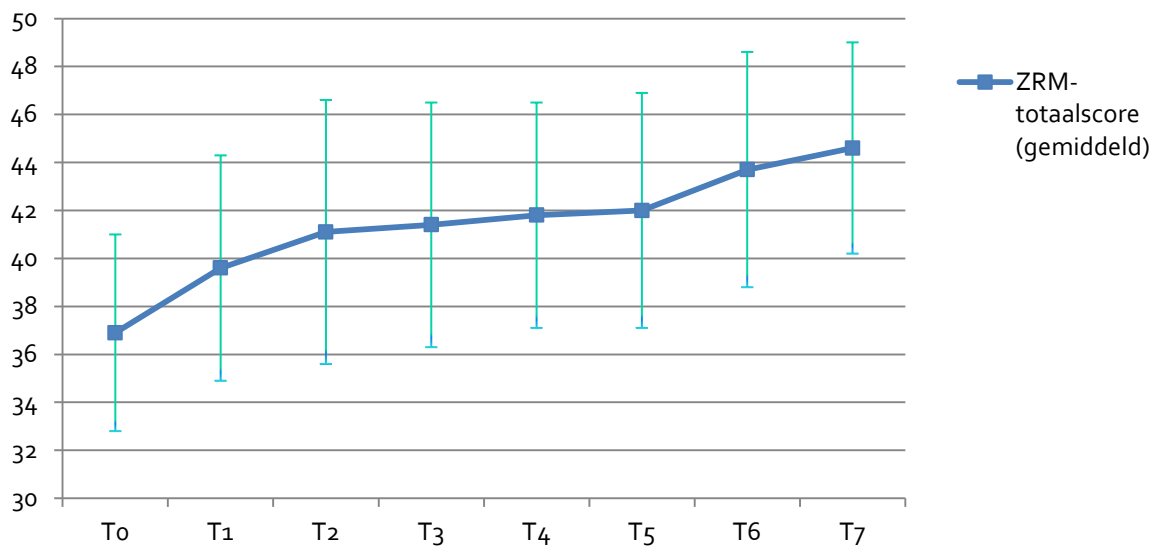
Maximaal acht beoordelingen met de ZRM werden opgenomen in de analyse van de ontwikkeling met betrekking tot de zelfredzaamheid. Bij 87% van de MK-paren met herhaalde metingen (n=192) werd 8 of minder keer de ZRM afgenomen. 75 MK-paren hadden 9 of meer beoordeling op de ZRM, van deze groep werden 7 beoordelingen na de eerste beoordelingen geselecteerd met een zo groot mogelijk periode tussen beoordelingen.

De gemiddelde tijd tussen de metingen was 109 dagen (standaard deviatie = 58 dagen). Het minimum aantal dagen tussen twee metingen was 4 dagen, het maximum 740 dagen. In totaal konden 1015 ZRM-beoordelingen worden meegenomen in de beschrijving van de ontwikkeling.

De verdeling van de ZRM-beoordelingen per domein op ieder meetmoment zijn opgenomen in bijlage III van dit rapport.

De gemiddelde ZRM-totaal score van de onderzoeksgroep over tijd is weergegeven in figuur 10.

Figuur 10. Gemiddelde ZRM-totaal score op ieder meetmoment met standaard deviatie.



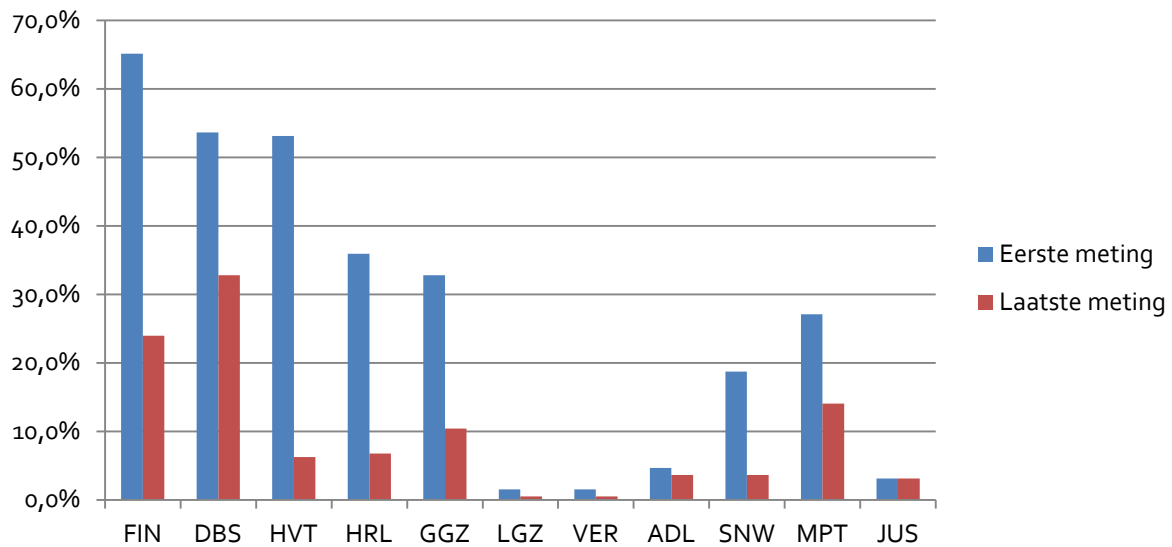
De gemiddelde ZRM-totaalscore op het eerste meetmoment van de groep met herhaalde metingen is 36,9 (standaard deviatie = 4,1; n=192) en daarmee een fractie lager dan de gemiddelde totaalscore bij instroom van de gehele onderzoekspopulatie (37,1; n=214, zie pagina 22 van dit rapport).

De gemiddelde ZRM-totaalscore neemt op ieder meetmoment toe ten opzichte van het vorige meetmoment. De stijging is het grootst tussen T₀ en T₁ (direct na instroom, een gemiddeld verschil van 2,7; standaard deviatie van het verschil = 3,8), en het kleinst tussen T₄ en T₅ (een gemiddeld verschil van 0,1; standaard deviatie van het verschil = 3,2). Met uitzondering van de verschillen tussen de meetmomenten T₄-T₅ zijn alle verschillen tussen achtereenvolgende meetmomenten significant (paired-sample T-tests met $p < 0,05$).

Het verschil tussen instroom en het laatste meetmoment van de groep met 8 meetmomenten (n=93) is gemiddeld 8,4 punten (standaard deviatie = 4,4). Dit verschil impliceert dat deze MK-paren (gemiddeld) op ten minste meer dan twee domeinen van de ZRM vooruitgaan (maximale vooruitgang op een domein is immers 4 niveaus, van acute problematiek naar volledige zelfredzaamheid).

De ontwikkeling van de jonge moeders in de maatschappelijke opvang op het eerste en het laatste meetmoment per domein is weergegeven in figuur 11.

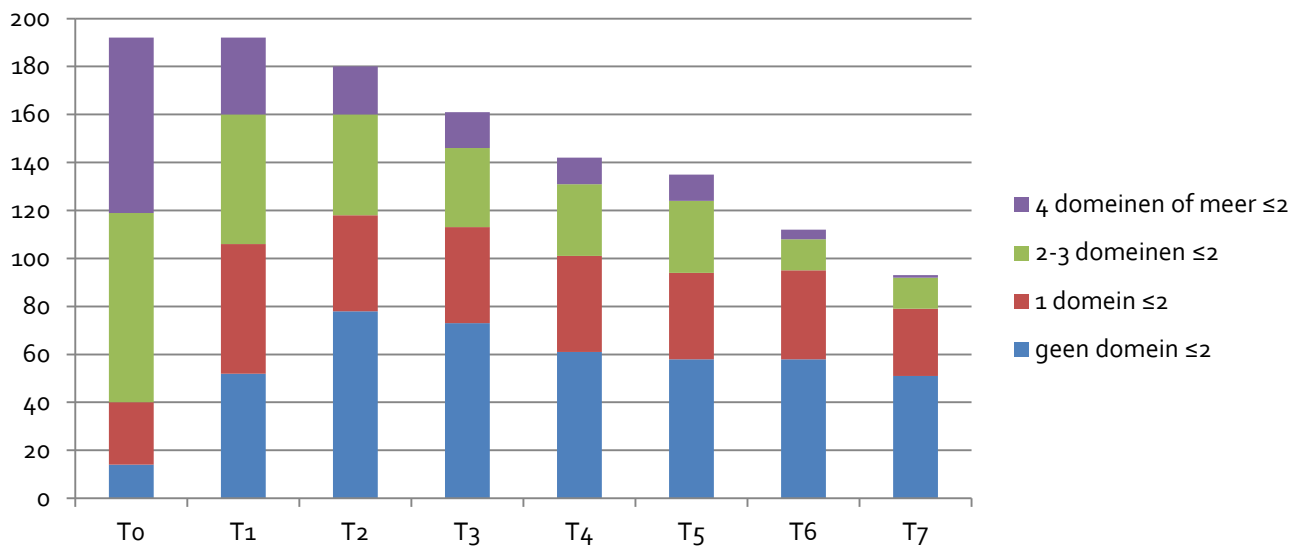
Figuur 11. Percentage dat hoogstens niet zelfredzaam is op de domeinen van de ZRM bij het eerste en laatste meetmoment.



Significant minder jonge moeders waren hoogstens niet zelfredzaam bij de laatste meting op de domeinen Financiën, Dagbesteding, Huisvesting, Huiselijke relaties, Geestelijke gezondheid, Sociaal netwerk en Maatschappelijke participatie. De grootste verschillen werden gemeten op de domeinen Huisvesting (47% minder hoogstens niet zelfredzaam) en Financiën (41% minder). Op de domeinen Lichamelijke gezondheid, Verslaving en Activiteiten van het Dagelijks Leven neemt het percentage jonge moeders met problematische niveaus van functioneren niet significant af. Het percentage jonge moeders met Justitie-problemen bleef gelijk. Het zijn echter niet dezelfde moeders met problematische niveaus van zelfredzaamheid bij de eerste en de laatste meting.

Vervolgens is gekeken naar het aantal domeinen waarop een problematisch niveau van zelfredzaamheid (niet zelfredzaam of acute problematiek) werd geconstateerd op ieder meetmoment. De verdeling van de MK-paren naar de mate van multi-problematiek is weergegeven in figuur 12.

Figuur 12. Aantal MK-paren per aantal problematische domeinen op ieder meetmoment.



Bij instroom (T₀) hadden 152 MK-paren (79%) een problematisch niveau van zelfredzaamheid op twee of meer domeinen. Dit aantal nam geleidelijk af, behalve tussen T₄ en T₅ waarin het aantal gelijk bleef (en dus procentueel groeit aangezien het totaal aantal MK-paren wel iets afneemt). Op het laatste meetmoment waren nog 93 MK-paren in zorg en hadden 14 (15%) daarvan nog problematische niveaus van zelfredzaamheid op twee of meer domeinen.

Het percentage van de MK-paren in zorg op ieder meetmoment met problematische zelfredzaamheid op één domein liet een minder uitgesproken trend zien. Tussen het eerste en het tweede meetmoment werd een verdubbeling van het percentage van de groep met enkelvoudige problematiek gevonden (van 14% op T₀ naar 28% op T₁). Op alle volgende meetmomenten nam dit percentage echter nauwelijks af of toe; de MK-paren met enkelvoudige problematiek vormden steeds ongeveer een kwart van de populatie in zorg (variërend tussen 22% en 33%).

Het percentage van de groep zonder problematische domeinen nam sterk toe in de eerste periodes (7%, 27% en 43% op respectievelijk T₀, T₁ en T₂). Vervolgens bleef het deel van de groep zonder problematische niveaus van zelfredzaamheid vrijwel gelijk in de periode tussen T₃ en T₅ (43% tot 45%) en nam daarna weer toe tot 55% van de groep op T₇.

Om de ontwikkeling van de MK-paren op de individuele elf domeinen van de ZRM op acht meetmomenten te beschrijven is gezocht naar trends in ontwikkeling. Zeven van dergelijke trends konden worden onderscheiden, te weten:

'Vlakke' trends (geen ontwikkeling)

- Cliënten die *geen* problematische score hadden bij aanmelding en gedurende de gehele observatieperiode *geen* problemen kregen (NO PROB)
- Cliënten die een problematische score hadden bij aanmelding en gedurende de gehele observatieperiode problemen hadden (PROB)

'Lineaire' trends

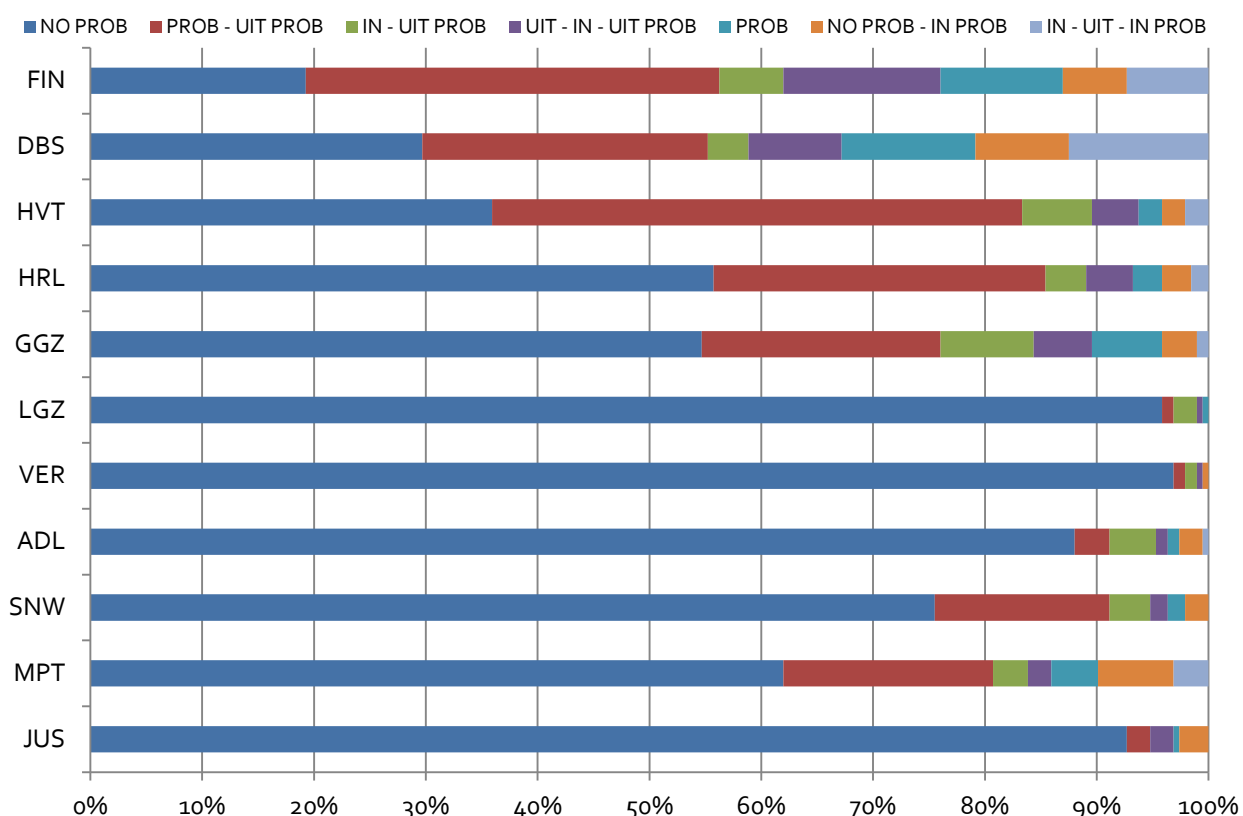
- Cliënten die een problematische score hadden bij aanmelding en op enig moment in de observatieperiode *uit* de problemen kwamen (PROB - UIT PROB)
- Cliënten die *geen* problematische score hadden bij aanmelding en op enig moment in de observatieperiode *in* de problemen kwamen (NO PROB - IN PROB)

'Golvende' trends

- Cliënten die op enig moment in de observatieperiode *in* de problemen kwamen en daar tijdens de observatieperiode ook weer *uit* kwamen (IN - UIT PROB)
- Cliënten die een problematische score hadden bij aanmelding of op enig moment tijdens de observatieperiode *in* de problemen kwamen, daar even *uit* komen maar er vervolgens weer *in* kwamen (IN - UIT - IN PROB)
- Cliënten die een problematische score hadden bij aanmelding of die op enig moment tijdens de observatieperiode *uit* de problemen kwamen, weer even *in* de problemen kwamen maar er vervolgens weer *uit* kwamen (UIT - IN - UIT PROB)

De verdeling van de onderzoeksgroep in deze zeven trends op de elf domeinen van de ZRM is weergegeven in figuur 13.

Figuur 13. Ontwikkel-trends op de domeinen van de ZRM (n=192).



Op acht van de elf domeinen maakte meer dan 50% van de populatie geen ontwikkeling door: ze hadden geen problematische scores bij instroom en kregen deze ook niet tijdens de observatieperiode. Op de domeinen Lichamelijke gezondheid, Verslaving en Justitie werd deze ontwikkel-trend zelfs voor meer dan 90% van de onderzoeksgroep waargenomen.

Op de domeinen Financiën (11%), Dagbesteding (12%), in mindere mate Geestelijke gezondheid (6%) en Maatschappelijke participatie (4%) en in slechts enkele gevallen op de overige domeinen, werden 'vlakke' problematische ontwikkel-trends gevonden: problematische scores bij instroom die niet verbeterden gedurende de gehele observatieperiode.

Positieve ontwikkel-trends, waarbij cliënten (al dan niet lineair) op het laatste meetmoment geen problematische score meer hadden, werd bij meer dan de helft van de onderzoeksgroep gevonden op de domeinen Huisvesting (58%), Financiën (57%), meer dan een derde op de domeinen Dagbesteding (38%), Huiselijke relaties (38%) en Geestelijke gezondheid (35%), en meer dan een vijfde op de domeinen Maatschappelijke participatie (24%) en Sociaal Netwerk (21%)

Negatieve ontwikkel-trends, waarbij cliënten op het laatste meetmoment een problematische score hadden, werden op alle domeinen, behalve Dagbesteding, Financiën en Maatschappelijke participatie, nauwelijks (0 tot 4%) waargenomen. Met betrekking tot Dagbesteding maakte daarentegen

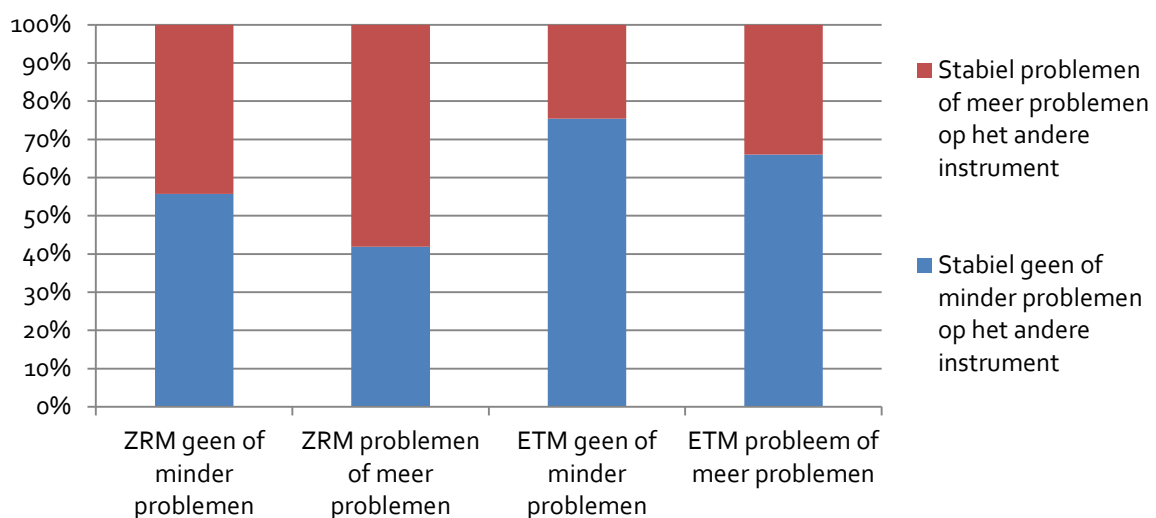
21% van de onderzoeksgroep een dergelijke negatieve ontwikkeling door en op de domeinen Financiën en Maatschappelijke participatie respectievelijk 13% en 10%.

Lineaire ontwikkel trends (een probleem hebben bij instroom en dit oplossen of geen probleem hebben bij instroom en dit krijgen) werden voornamelijk gevonden op de domeinen Huisvesting (49%), Financiën (43%) en Dagbesteding (34%). Op alle overige domeinen ontwikkelden ten minste enkele cliënten (1% op Lichamelijke gezondheid en 32% op Huiselijke relaties) zich echter op deze manier. Golvende ontwikkel trends kwamen over het algemeen iets minder voor maar werd eveneens op alle domeinen waargenomen. Op de domeinen Financiën (27%), Dagbesteding (23%) en Geestelijke gezondheid (15%) ontwikkelden de meeste cliënten zich volgens een 'in-uit', 'uit-in-uit' of 'in-uit-in' trend.

6.3 De relatie tussen ontwikkeling op het ETM en de ZRM

De ontwikkeling van de 110 MK-paren bij wie het ETM en de ZRM binnen 30 dagen van elkaar waren beoordeeld en van wie een op beide instrumenten ten minste één vervolgmeting bekend was, is geanalyseerd in termen van problematische niveaus van functioneren. Met andere woorden, er is gekeken naar (de ontwikkeling van) spanning of erger op het ETM en hoogstens niet zelfredzaam op de ZRM. Hiervoor werd gekozen in verband met het kleine aantal MK-paren in meer specifieke categorisering van de beoordelingen.

Figuur 14. Ontwikkeling in het aantal problemen op het ETM en de ZRM



Wanneer MK-paren geen probleem hadden bij de eerste en de laatste meting (stabiel zonder probleem waren) of op minder ETM-factoren / ZRM domeinen problemen hadden bij de laatste meting (een positieve ontwikkeling doormaakten), deed de meerderheid van de groep dat ook op het andere instrument: 56% van de 'positieve ontwikkelaars' op de ZRM ontwikkelde zich positief op het ETM en 75% van de 'positieve ontwikkelaars' op het ETM ontwikkelde zich positief op de ZRM. Dezelfde relatie gold voor de groep die stabiel een probleem had op de ZRM of meer problemen kreeg op de ZRM een (negatieve ontwikkeling doormaakten): 58% van deze groep had ook een negatieve ontwikkeling op het ETM.

Echter, in de groep die zich negatief ontwikkelde op het ETM ontwikkelde 66% van de MK-paren zich positief op de ZRM, dus een omgekeerde relatie. Mogelijk kan dit worden verklaard door de ontwikkeling van spanning op de kind-factoren van het ETM (Lichamelijk, Cognitief, Gedrag en Psychosociale ontwikkeling). Een aantal MK-paren ontwikkelt problemen op deze factoren na de eerste meting (zie figuur 6) en deze factoren hangen nauwelijks samen met de domeinen van de ZRM (zie bijlage I).

7. Conclusie en discussie

Dit onderzoek geeft antwoord op vragen rondom de problematiek van jonge moeders in de Maatschappelijke Opvang (MO) in Rotterdam, de ontwikkeling die deze groep tijdens hun verblijf in de MO doormaakt en de samenhang tussen meetinstrumenten die door verschillende ketenpartners worden gebruikt om de problemen bij deze groep te inventariseren, te weten het Ernst Taxatie Model (ETM) en de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM). De resultaten van dit onderzoek kunnen daarmee bijdragen aan het inzicht in-, het verbeteren van het functioneren van-, en het aanbod voor, deze kwetsbare doelgroep in de MO en hun kinderen.

Een meerderheid van de moeders heeft psychische klachten wanneer zij zich aanmelden bij het Centraal Onthaal Jongeren (COJ). Deze psychische problemen zijn voornamelijk psychosociaal van aard, maar bijna een kwart heeft ook psychiatrische problematiek. Van een zeer klein deel van de onderzoeksgroep werd het cognitief vermogen van de moeder gemeten in termen van IQ. Uit deze metingen, in combinatie met de resultaten met betrekking tot het opleidingsniveau, kan echter wel geconcludeerd worden dat het verstandelijk vermogen van de moeder een belangrijk aspect is waarmee rekening gehouden zou moeten worden in de hulp- en dienstverlening.

Veel van de psychosociale problemen kunnen mogelijk worden gerelateerd aan de situatie waarin de moeders verkeren. Als verwacht is de huisvestings situatie zeer instabiel. In veel gevallen wordt dit veroorzaakt door relationele problemen in huiselijke kring. Problemen met ouders bij wie de moeders inwonen of met partners met wie zij samenwonen zijn vaak de aanleiding voor het aankloppen bij de maatschappelijke opvang. Deze aanleiding komt bij deze groep mogelijk vaker voor dan in andere groepen in de MO; waar huisuitzetting door huurachterstand of overlast in meer gevallen een rol speelt.

De financiële problemen van de moeders zijn echter, zoals bij andere groepen in de MO, enorm. Gegeven hun lage leeftijd (gemiddeld 20 jaar) is zowel het aantal moeders dat schulden heeft als de hoogte van de schulden opzienbarend. Als we de huidige situatie (alleenstaande moeder met laag inkomen), het opleidingsniveau (en daarmee het perspectief op werk en verbetering van het inkomen) en de problemen in het functioneren van moeder en kind in ogenschouw nemen, lijkt de schuldenproblematiek ook niet eenvoudig oplosbaar waardoor het de ontwikkeling en voortgang (niet in de laatste plaats uitstroom uit de maatschappelijke opvang naar zelfstandige huisvesting) kan belemmeren. Het voorkomen of ten minste stabiliseren van schulden lijkt daarom ook voor jonge moeders een belangrijk aandachtspunt voor hulp- en dienstverlening.

Het ETM, dat wordt afgenomen bij het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), laat zien dat een meerderheid van de Moeder-Kind (MK)-paren spanning ervaart met betrekking tot de omstandigheden. Ook spanning op het gebied van de beleving van de opvoeding en van het ouderschap komen regelmatig voor wanneer de moeders zich voor het eerst melden bij het CJG. Opmerkelijk is dat ETM-factoren die betrekking hebben op het functioneren van het kind, te weten: lichamenlijk, cognitief, gedrag en psychosociale ontwikkeling, bij slechts een klein aantal MK-paren spanning wordt geconstateerd bij CJG-instream. Bovendien komt verhoogde spanning of ernstiger nauwelijks voor op deze factoren.

De hoofdschalen van het ETM laten eenzelfde beeld zien: de meerderheid heeft zorgen met betrekking tot de omstandigheden. Zorgen met betrekking tot het functioneren van het kind komt aanzienlijk minder vaak voor (maar nog altijd bij een kwart van de MK-paren) wanneer de moeders voor het eerst worden gescreend bij het CJG.

Bij het COJ wordt de ZRM afgenomen wanneer de moeder zich aanmeldt. De meest ernstige (acute) problemen spelen op dat moment op de domeinen financiën, huisvesting, maatschappelijke participatie en huiselijke relaties. De meerderheid van de jonge moeders heeft echter problemen met betrekking tot de financiën, werk en opleiding, en huisvesting. Daarnaast heeft een aanzienlijk deel van deze groep problemen op andere domeinen, met name huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, sociaal netwerk en maatschappelijke participatie. Jonge moeders hebben opvallend weinig problemen met betrekking tot de lichamenlijke gezondheid, middelengebruik, en justitie. Hiermee onderscheiden zij zich van andere groepen in de maatschappelijke opvang.

Multiproblematiek komt veel voor, zowel op het ETM als op de ZRM. Ruim de helft van de jonge moeders heeft te maken met spanning of erger twee of meer factoren van het ETM op het moment dat zij zich melden bij het CJG en meer dan driekwart heeft problematische scores op meer dan twee domeinen van de ZRM bij instroom bij het COJ. De ETM-factor omstandigheden is de meest voorkomende problematische factor wanneer sprake is van multi-problematiek. Op de ZRM is het domein financiën het meest voorkomende domein waarop moeder met multi-problematiek problematisch functioneren. Gezien de resultaten met betrekking tot schulden is dit niet heel verrassend. Wat wel enigszins opmerkelijk is, is dat het domein financiën op de ZRM en, meer nog, de factor omstandigheden op het ETM zo veel vaker een probleem is dan andere domeinen/ factoren. Ter illustratie, problemen met betrekking tot de beleving van het ouderschap, de meest voorkomende problematische factor na omstandigheden komt een kwart minder vaak voor dan problemen met betrekking tot omstandigheden. Omstandigheden en financiën steken er zogezegd met kop en schouders bovenuit als het gaat om het type problematiek bij instroom.

Om de ontwikkeling van het functioneren en de situatie van de jonge moeders en hun kinderen in kaart te brengen is de laatste meting met het ETM en de ZRM vergeleken met de eerste meting op het ETM en de ZRM.

Op alle ETM-factoren met betrekking tot het functioneren van het kind neemt het aantal kinderen met problemen toe. Alleen op de ETM-factor gedrag is de ontwikkeling significant maar de trend op alle kind-gerelateerde factoren is negatief (een groter deel van de groep kampt met problemen). Dit kan betekenen dat kind-gerelateerde problematiek zich pas op latere leeftijd (na de eerste meting) ontwikkelt en/of dat kind-gerelateerde problematiek pas later wordt gesignaleerd door de hulpverlener van het CJG. Beide verklaringen zijn mogelijk. Hoe de problematiek bij kinderen van jonge moeders in de maatschappelijke opvang zich ontwikkelt en, of en hoe dit mogelijk beter kan worden gesignaleerd zou nader bepaald moeten worden. Op alle andere ETM-factoren neemt problematiek van de jonge moeders significant af. De beleving van het ouderschap verbetert het sterkst, maar ook met betrekking tot de beleving van de opvoeding, de kwaliteit van de basiszorg en de steun van het netwerk ervaart een aanzienlijk kleiner deel van de groep spanning of erger bij de laatste meting. De groep met problemen met betrekking tot de omstandigheden neemt weliswaar af, maar het blijft veruit de meest problematische ETM-factor voor jonge moeders in de maatschappelijke opvang.

Dit beeld van verbeterde 'ouderschaps-factoren', verslechterde 'kind-factoren' in omstandigheden die langzaam verbeteren komt nog duidelijker voor voren in de hoofdschalen van het ETM. Er zijn minder zorgen met betrekking tot de verzorging van het kind en ouderschap en een trend van toenemende zorgen met betrekking tot het functioneren van het kind en afnemende zorgen over de omgeving.

De ZRM laat een vergelijkbaar en zelfs positievere ontwikkeling in het functioneren van jonge moeders in de maatschappelijke opvang zien. De algemene zelfredzaamheid neemt toe waarbij de grootste verbetering in de eerste periode na instroom wordt gemaakt. Dit lijkt een soort stabilisatie-fase waarin een aantal domeinen (Financiën, Huisvesting) naar ten minste een marginaal, maar vooralsnog stabiel niveau worden gebracht. De uiteindelijke verbetering in de algemene zelfredzaamheid is gemiddeld echter groter. Op alle domeinen behalve Justitie komt een overgroot deel van de groep uit de problemen (ten minste beperkt zelfredzaam). Ongeveer een derde van groep heeft bij de laatste meting geen werk of volgt geen opleiding en een kwart heeft nog onvoldoende of geen inkomen. Hoewel dit grote aantallen zijn, is het desalniettemin een aanzienlijke reductie ten opzichte van de eerste meting waar ruim de helft van groep geen werk of opleiding heeft en twee derde onvoldoende of geen inkomen.

Het ontwikkelpatroon van jonge moeders is in een opmerkelijk deel van de groep niet lineair, op een aantal domeinen komt ruim een kwart van de groep in of uit de problemen om daarna, tijdens de onderzoeksperiode, opnieuw minstens één keer in of uit de problemen te komen. Dit kan deels worden verklaard door zogenaamde 'lijken in de kast' die na de eerste meting gesignaleerd worden of interpretatie verschillen van verschillende beoordelaars van de ZRM, maar kan ook mogelijk een reflectie zijn van de complexiteit van de problematiek en de moeite die het kost om uit de problemen te komen en te blijven.

Alle factoren van het ETM met betrekking tot het ouderschap, de verzorging van het kind, en de omgeving zijn zwak tot matig gecorreleerd aan alle domeinen van de ZRM (met uitzondering van de domeinen waarop de groep geen variatie in de scores vertoonde). Opvallend is echter dat de ETM-factoren met betrekking tot het functioneren van het kind, niet of nauwelijks correleren met de domeinen van de ZRM. Hieruit valt op te maken dat de zes ETM-factoren die de hoofdschalen ouderschap, verzorging van het kind en omgeving vormen een construct meten dat lijkt op het construct dat de elf domeinen van de ZRM meten, maar dat wel een ander construct is en/of het construct anders heeft geordend en gecategoriseerd in de factoren. Daarnaast meten de vier ETM-factoren die het functioneren van het kind in kaart brengen een construct dat niet door de ZRM in kaart wordt gebracht.

Deze bevindingen zijn in lijn met de theoretische modellen van de twee meetinstrumenten. De samenhang tussen de twee instrumenten blijkt ook uit het aantal problematische factoren/ domeinen op ETM en ZRM dat de jonge moeders hebben bij instroom bij het CJG en het COJ en de ontwikkeling van het aantal problemen op het ene instrument in relatie tot het andere. Wanneer multi-problematiek met het ETM wordt gesignaleerd, wordt dat in de meerderheid van de gevallen ook op de ZRM gezien. Voor geen of enkelvoudige problematiek is deze relatie echter minder sterk. De ZRM signaleert eerder of meer problematische niveaus van functioneren dan het ETM. Dit is opmerkelijk gezien de zeer beperkte variatie in scores op de factoren van het ETM. De scores die corresponderen met crisis, nood en (in mindere mate) verhoogde spanning komen in de onderzoeksgroep relatief weinig voor. Dit was een van de redenen om het afkappunt voor 'problematisch' functioneren op het ETM bij score 2 (spanning) te kiezen, waardoor vier niveaus werden samengevoegd en afgezet tegen één niveau. Ter vergelijking, op de ZRM wordt het afkappunt bij score 3 (beperkt zelfredzaam) gekozen waardoor 2 niveaus werden samengevoegd in de 'problematisch' categorie en afgezet tegen 3 samengevoegde niveaus in de 'niet-problematiek' categorie.

Er zijn twee mogelijke verklaringen voor deze bevinding. Ten eerste is het mogelijk dat de (ernst van) problematiek die het ETM beoogt te meten bij deze populatie werkelijk weinig voorkomt. Jonge moeders in de maatschappelijke opvang zouden daadwerkelijk hoogstens spanning kunnen ervaren op de factoren van het ETM. Ten tweede is het mogelijk dat het ETM niet voldoende sensitief is voor de ernst van de problematiek die het instrument beoogt te meten. De schaalverdeling zou te grofmazig kunnen zijn waardoor de problemen van de jonge moeders in de maatschappelijke opvang beperkt kunnen worden gesignaleerd met het ETM. Beide verklaringen zijn mogelijk maar nader onderzoek naar de eigenschappen van de populatie in vergelijking met andere populaties is nodig.

8. Implicaties voor hulpverlening en onderzoek

Op basis van de bevindingen in dit onderzoek wordt een aantal aanbevelingen ter (verbetering van) de hulpverlening en toekomstig onderzoek gedaan. Beleidsmakers, hulpverleners en onderzoekers van de gemeente, MO-instellingen en het CJG kunnen deze aanbevelingen gebruiken ter preventie van dakloosheid, sociaaleconomische- en psychosociale crisis bij jonge moeders en hun kinderen, en ter verbetering van de hulpverlening aan jonge moeders en hun kinderen in de maatschappelijke opvang. De aanbevelingen en implicaties worden hieronder puntsgewijs besproken.

8.1 Verklein het hiaat tussen zorg voor moeder en zorg voor kind

Bij het COJ en in de maatschappelijke opvang is weinig bekend over het functioneren van de kinderen. Hoewel iedere moeder in de MO verplicht is om zich te melden en periodiek te laten screenen bij het CJG, is informatie over het functioneren van het kind, opvoedvaardigheden en de moeder-kindrelatie in beperkte mate beschikbaar bij het COJ en in de MO (waar de moeder verblijft en wordt begeleid). Hierdoor wordt de preventie van problemen op deze aspecten van het functioneren bemoeilijkt. Problematiek wordt mogelijk zelfs te laat of niet gesignaleerd door hulpverleners van de MO.

Er lijken twee mogelijke verbeteringen denkbaar. Ten eerste zou informatie over het functioneren van het kind, opvoedvaardigheden en de moeder-kindrelatie binnen het COJ en de MO verzameld kunnen worden. Een eerste stap daartoe is om het ZRM-supplement: Ouderschap op te nemen in de screening en monitoring van cliënten van de MO die verantwoordelijk zijn voor kinderen (Fassaert et al., 2013). Het ZRM-supplement: Ouderschap bevat vier aanvullende domeinen op de ZRM die betrekking hebben op de zelfredzaamheid van de ouder/voogd met betrekking tot de lichamelijke verzorging van het kind, de sociaal-emotionele ondersteuning van het kind, de scholing van het kind, en de opvang van het kind. Met deze relatief eenvoudige uitbreiding van het al gebruikte instrumentarium krijgen hulpverleners in de MO een beter beeld van het functioneren van de cliënt in zijn rol als ouder of voogd. Ten tweede zou informatie die wordt verzameld bij het CJG kunnen worden teruggekoppeld aan het COJ/MO en andersom. De uitwisseling van informatie tussen CJG en COJ is op dit moment vrijwel afwezig. De uitwisseling kan op verschillende manieren worden vormgeven. Bijvoorbeeld in de vorm van een casuïstiek overleg waar de hulpverleners van CJG en COJ hun gemeenschappelijke cliënten bespreken en de behandeling op elkaar kunnen afstemmen. Het is ook mogelijk om de registratiesystemen van het COJ en het CJG aan elkaar te koppelen. Hiervoor moet wel een duidelijk protocol worden gehanteerd waarin onder andere is vastgelegd wanneer,

welke en hoe informatie wordt gedeeld, rekening houdend met het belang van de informatie voor het bieden van effectieve hulpverlening en de privacy van de cliënt.

8.2 Let op het functioneren van het kind na stabilisatie van de situatie

In tegenstelling tot de verzorgings-, ouderschaps- en de omgevingsfactoren van het ETM en de zelfredzaamheid, neemt de spanning met betrekking tot het functioneren van het kind toe in de periode dat moeder en kind gebruik maken van de MO. Vooral op het gebied van het gedrag van het kind ontstaan meer problemen, maar ook op de andere aspecten van het functioneren van het kind zijn dalende trends zichtbaar. Het is mogelijk dat het ontstaan van functioneringsproblemen bij het kind samen hangen met de leeftijd van het kind, onafhankelijk van de fase van het zorgproces waarin moeder en kind zich bevinden. Echter, het is ook mogelijk dat pas wanneer de (acute) crisis met betrekking tot onder andere huisvesting, financiën, dagbesteding, gezondheid en sociaal netwerk enigszins zijn gestabiliseerd (gemiddeld na ongeveer 6 maanden is een afvlakking van de ZRM-totaal score zichtbaar, figuur 10), andere problematiek zichtbaar wordt of ontstaat (door bijvoorbeeld de verwerking van ervaringen of het blijven gebruiken van coping-strategieën die in de crisissituatie misschien effectief waren maar na stabilisatie niet-passend zijn).

De hulpverlening zou na stabilisatie extra aandacht moeten hebben voor het functioneren van het kind om eventuele problemen vroeg te kunnen signaleren en waar nodig (preventief) in te grijpen. In de MO kan de periodieke screening hierop op worden aangepast door de focus van de screening na de eerste zes maanden (iets) te verleggen of te verbreden met aanvullende vragen of instrumenten met betrekking tot het functioneren van het kind. Hulpverleners van de MO kunnen (mogelijk door hulpverleners van het CJG) worden geschoold in het signaleren van afwijkende ontwikkelingen in het functioneren van het kind. Alternatief, zouden hulpverleners van het CJG na de stabilisatiefase (in de MO) een meer uitgebreid assessment kunnen doen om in samenwerking met de MO-hulpverleners een specifiek behandelplan op te stellen gericht op stabilisatie en verbetering van het functioneren van het kind.

8.3 Zet in op voorkomen en verhelpen van schulden

Een overgrote meerderheid van de jonge moeders kampt met problematische schulden die de door- en uitstroom naar meer zelfstandige huisvesting en het normaliseren van het leven kunnen verhinderen. Direct bij intake in de MO zou een goed overzicht moeten zijn van de schuldenproblematiek van de cliënt. In het huidige onderzoek was van ongeveer een derde van de onderzoeksgroep de hoogte van de schulden niet bekend bij intake, dit aantal zou wezenlijk moeten verminderen om effectieve schuldhulpverlening aan te kunnen bieden. Instroom in de MO moet direct verbonden zijn aan instroom in schuldhulpverlening. Verder zou de schuldhulpverlening dicht bij de

MO moeten zijn, zowel fysiek als mentaal. Dit betekent dat schuldhulpverlening idealiter in de MO aanwezig is en laagdrempelig benaderbaar voor cliënten (inloop en periodieke afspraken om de voortgang te bespreken). De schuldhulpverlening moet daarbij ook worden afgestemd op de bijzondere situatie van jonge moeders in de MO. Uitstroom uit de MO is belangrijk maar ook de ontwikkeling en scholing van de kinderen (en de kosten die daaraan zijn verbonden) zouden moeten worden meegenomen in het plan om de schulden te voorkomen en te verhelpen. Deze groep is op dit gebied (zoals ook op andere gebieden) niet over één kam te scheren met andere schuldenaars. Maatwerk is van belang, zeker ook in de communicatie naar schuldeisers.

8.4 Standaardiseer en valideer de instrumenten voor screening en monitoring

Jonge moeders in de maatschappelijke opvang hebben veelal te maken met problematiek op meerdere domeinen en ontvangen hulp en zorg van verschillende hulpverleners en instellingen (in ieder geval het COJ en het CJG, maar waarschijnlijk ook van bijvoorbeeld Maatschappelijke dienst- en schuldhulpverlening, GGZ-instellingen, Zorg Advies Teams op het MBO en de Sociale Dienst). Wanneer al de hulpverleners die betrokken zijn bij de behandeling van jonge moeders en hun kinderen dezelfde taal spreken en hun aanbod kunnen baseren op dezelfde informatie komt dat niet alleen de integratie van multidisciplinaire hulpverlening ten goede, maar ook direct de cliënt zelf die niet keer op keer (ongeveer) hetzelfde verhaal hoeft te vertellen. De cliënt zou voor het stellen van de hulpvraag en het ontvangen van hulp van de ene instelling gebruik moeten kunnen maken van het instrumentarium en de informatie die bij de andere (eerste) instelling zijn verzameld.

In het huidige onderzoek zagen we al grote overlap en samenhang tussen het ETM en de ZRM, met uitzondering van het functioneren van het kind, dat niet op de ZRM wordt beoordeeld, hangen vrijwel alle domeinen van de ZRM (significant) samen met de ETM-factoren. De stap naar één instrument waarmee zowel hulpverleners van het COJ als die van het CJG hun behandeling kunnen vormgeven en beter met elkaar kunnen communiceren, is niet zo heel groot.

Wanneer één instrument of informatie-set wordt gebruikt om alle hulpverlening te informeren neemt het belang van de betrouwbaarheid van die informatie en validiteit van het instrumentarium toe. De informatie moet betrouwbaar zijn in de zin dat de het de werkelijke situatie zo nauwkeurig mogelijk (en nodig) weergeeft onafhankelijk van wie, waar en hoe de informatie is verzameld. Validiteit houdt in dat de informatie relevant is en betekenis heeft voor de gebruiker en het hulpverleningsaanbod. Dit betekent dat cliënten, hulpverleners en beleidsmakers nauw betrokken moeten zijn bij de ontwikkeling van een dergelijk gezamenlijk instrumentarium.

Literatuur

Centraal Bureau voor de Statistiek. *Nog nooit zo weinig tienermoeders*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2013/42/nooit-eerder-zo-weinig-tienermoeders>. Geraadpleegd 20 april 2016.

Centraal Bureau voor de Statistiek/Sociaal en Cultureel Planbureau. *Armoedesignalement 2013*. Den Haag: CBS/SCP, december 2013.

Centrum voor Jeugd en Gezin Rijnmond. *Ernsttaxatie opvoedings- en ontwikkelingsproblematiek*. Rotterdam: CJG Rijnmond, 2012.

Fassaert T, Lauriks S, Buster M, De Wit M, Van de Weerd S, Schönerberger M. *ZRM-supplement: Ouderschap*. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2013.

Lauriks S, Buster MCA, De Wit MAS, Van de Weerd S, Tigchelaar G, Fassaert T. *De Zelfredzaamheid-Matrix*. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2010; 2013.

Lauriks S, Buster MCA, De Wit MAS, Van de Weerd S, Theunissen V, Schönerberger M, Fassaert T. *Zelfredzaamheid-matrix 2013 Handleiding*. Amsterdam: GGD Amsterdam, februari 2013.

Bijlagen

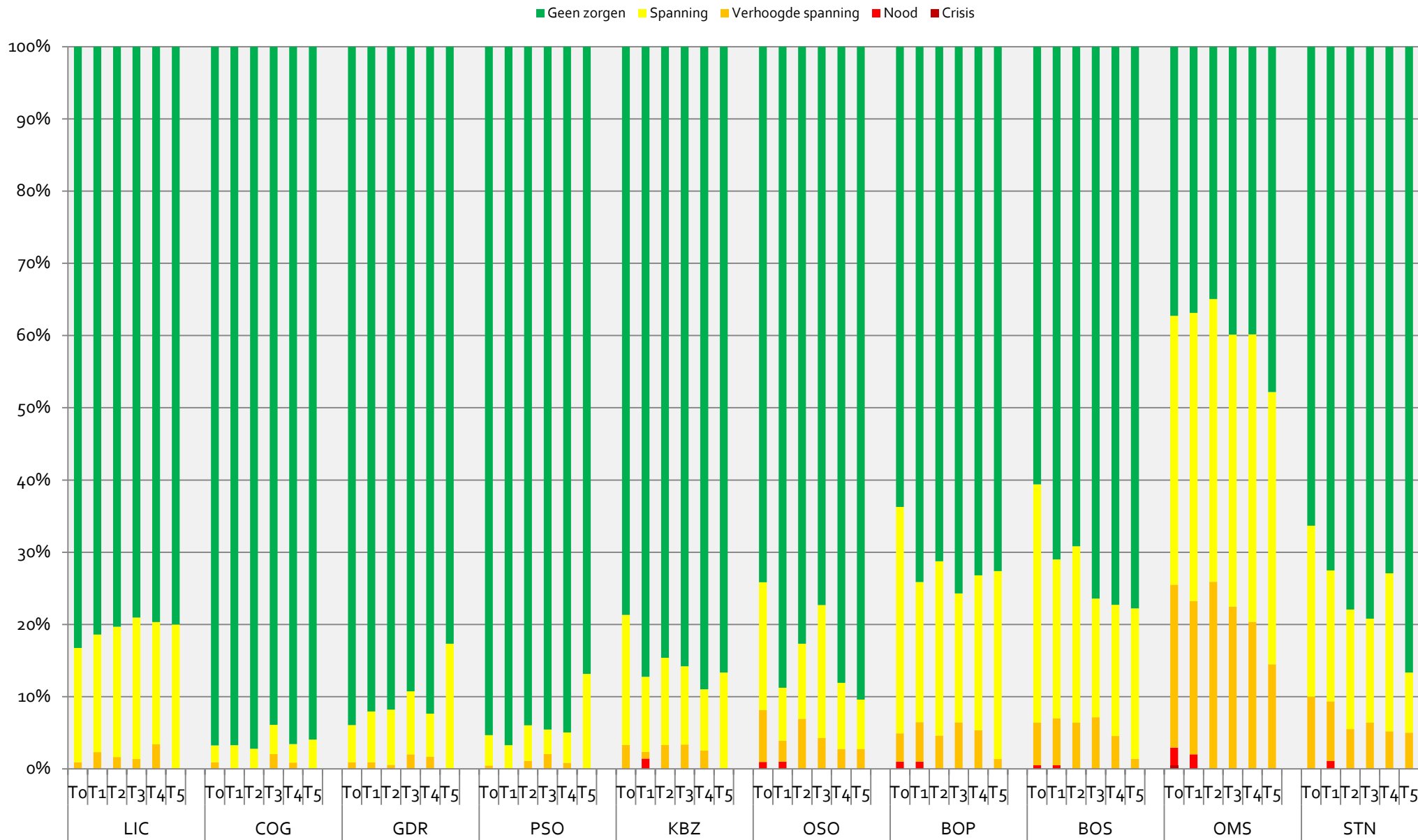
Bijlage I: Correlaties tussen ETM en ZRM

Correlaties tussen ETM en ZRM domeinen (n=376 gepaarde beoordelingen bij 160 MK-paren)

		ETM									
		LIC	COG	GDR	PSO.	KBZ	OSO	BOP	BOS	OMS	STN
ZRM	FIN	-.01	.03	-.12*	-.01	-.19**	-.23**	-.15**	-.16**	-.27**	-.12*
	DBS	-.02	.00	-.04	.03	-.22**	-.23**	-.28**	-.29**	-.32**	-.18**
	HVT	.05	-.04	-.01	.01	-.11*	-.14**	-.15**	-.13*	-.27**	-.20**
	HRL	.08	-.02	-.11*	-.10	-.19**	-.21**	-.20**	-.22**	-.19**	-.14*
	LGZ	-.09	-.14**	-.06	-.04	-.09	-.03	-.09	-.11*	-.08	-.11*
	GGZ	.01	-.04	-.08	-.10	-.27**	-.22**	-.31**	-.30**	-.32**	-.16**
	VER.	-.01	-.08	.01	-.04	.07	.04	-.04	.02	-.03	.06
	ADL	.06	-.02	-.06	-.08	-.15**	-.19**	-.15**	-.16**	-.23**	-.15**
	SNW	.07	-.07	-.09	-.09	-.19**	-.24**	-.25**	-.25**	-.39**	-.35**
	MPT	-.03	-.03	-.12*	-.14**	-.24**	-.26**	-.22**	-.22**	-.31**	-.20**
JUS	.01	-.02	-.10*	-.08	-.23**	-.21**	-.17**	-.15**	-.19**	-.13**	

** p<.01; * p<.05

Bijlage II: ETM-beoordelingen per factor op 6 meetmomenten.



Bijlage IV: Afkortingen

CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
COJ	Centraal Onthaal Jongeren
ZRM	Zelfredzaamheid-Matrix
ETM	Ernst-Taxatie Model
MK-paren	Moeder-Kind-paren

ETM-factoren

LIC	Lichamelijk
COG	Cognitief
GDR	Gedrag
PSO	Psychosociale Ontwikkeling
KBZ	Kwaliteit van de Basiszorg
OSO	Onderlinge Steun van de Ouders
BOP	Beleving Opvoeding
BOS	Beleving Ouderschap
OMS	Omstandigheden
STN	Steun Netwerk

ETM-hoofdschalen

FUN	Functioneren van het kind
VRZ	Verzorging van het kind
OUD	Ouderschap
OMG	Omgeving

ETM-risicoweging

ADS 2	Aandachtstatus 2
RIS 3	Risicocategorie 3
RIS 4	Risicocategorie 4
RIS 5	Risicocategorie 5

ZRM-domeinen

FIN	Financiën
DBS	Dagbesteding
HVT	Huisvesting
HRL	Huiselijke Relaties
GGZ	Geestelijke Gezondheid
LGZ	Lichamelijke Gezondheid
VER	Verslaving
ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven
SNW	Sociaal Netwerk
MPT	Maatschappelijke Participatie
JUS	Justitie

Addendum

Doorontwikkeling van het ETM

Cathelijn van Baar en Els van 't Klooster²

Oktober 2016

Het ernsttaxatiemodel (ETM) heeft CJG Rijnmond in 2011 ontwikkeld. Voor 2011 gaven de professionals van CJG Rijnmond in het digitaal dossier (DD JGZ) aan welke risicofactoren binnen een gezin aanwezig waren. Hierin misten zij de balans met de beschermende factoren, welke binnen het ETM een duidelijkere plek kregen.

ETM-schema: hoofddomeinen (verticaal) en subdomeinen (horizontaal)

Functioneren kind	Lichamelijk Hoe functioneert het kind op lichamelijk gebied?
	Cognitief Hoe functioneert het kind op cognitief gebied?
	Gedrag Hoe functioneert het kind op gedragsmatig gebied?
	Psychosociaal Hoe functioneert het kind op emotioneel gebied?
Verzorging kind	Kwaliteit van de basiszorg Hoe zit het met de basiszorg en veiligheid kind?
	Onderlinge steun van de ouders In hoeverre wordt de basiszorg en veiligheid bevorderd of belemmerd door pedagogisch besef van de ouders en door de onderlinge relatie van de opvoeders?
Ouderschap	Beleving opvoeding Hoe ervaren ouders de opvoeding?
	Beleving ouderschap Hoe ervaren ouders het ouderschap?
Omgeving	Omstandigheden Wat zijn de (belemmerende) opvoedomstandigheden?
	Steun netwerk Welke steun heeft het gezin uit het sociaal netwerk?

Na de implementatie van het ETM is in 2013 een nieuwe versie gepubliceerd. Dit naar aanleiding van feedback van onze professionals. Bij deze versie zijn in samenwerking met hen de antwoordmogelijkheden van de subdomeinen geherformuleerd.

Inmiddels is ook binnen Kidos, ons DD JGZ, een kwalitatieve slag geslagen, waardoor het werken met het ETM voor de professional is vereenvoudigd en meer geobjectiveerd. Zo zijn alle onderwer-

² Cathelijn van Baar en Els van 't Klooster zijn werkzaam bij CJG Rijnmond. Contact: c.vanbaar@cjgrijnmond.nl en e.vant.klooster@cjgrijnmond.nl

pen die voor kunnen komen in een consult gecategoriseerd naar één van de tien subdomeinen van het ETM én geeft Kidos in één oogopslag de voorgaande ETM-scores weer, waarbij het mogelijk is om direct in te zien, waarom deze score is gegeven.

Na vier jaar met dit instrument te werken, ziet CJG Rijnmond landelijk steeds meer interesse vanuit andere JGZ-organisaties. Zo werken inmiddels zes JGZ-organisaties met het ETM. 4 organisaties hebben dit instrument geïntegreerd in Kidos.

Toch blijkt in de praktijk dat het instrument niet altijd eenduidig wordt ingezet, aangezien het instrument te veel ruimte biedt voor interpretatie van de professional (subjectiviteit). Dit resulteert erin dat een groot deel van de casussen door onze professionals bij problemen worden gescoord in de categorie 2 (spanning). De categorieën 3 (verhoogde spanning), 4 (crisis) en 5 (nood) worden vrijwel niet gebruikt in de praktijk, dit wordt eveneens geconcludeerd in het onderzoek

“Zelfredzaamheid en Opvoedingsvaardigheden van Jonge Moeders in de Maatschappelijke Opvang” van Lauriks, Spierings-Colina Amaro et al. (2016). Aan de hand van kwalitatief onderzoek (uitgevoerd in juli 2016) heeft CJG Rijnmond in samenwerking met gemeente Rotterdam geanalyseerd waar de subjectiviteit van het huidige instrument in zit. Met deze analyse starten CJG Rijnmond en gemeente Rotterdam gezamenlijk een doorontwikkeling van het ETM om te komen tot een meer objectief instrument dat de professional ondersteunt tijdens het consult, maar bijvoorbeeld ook een weergave kan geven van de zorgzwaarte in een specifiek gebied. De volgende stap die hierin wordt gemaakt is het operationaliseren van de omschrijvingen van de subdomeinen aan de hand van de vijfpuntschaal. Deze doorontwikkeling vindt plaats in afstemming met een groep professionals vanuit het gehele Rijnmondgebied, in meerdere fasen wordt het instrument doorontwikkeld en tussentijds getoetst in een aantal pilotlocaties. In het najaar 2017 eindigt deze ontwikkeling met een interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsonderzoek waarin 100 consulten door 2 professionals gelijktijdig beoordeeld worden aan de hand van de nieuwe versie van het ETM.

