

# **TIJDELIJK NIET THUIS**

Een onderzoek naar de gedrags-, fysieke en cognitieve ontwikkeling van kinderen in een  
Belgisch kindertehuis

Michelle Kluiters

Studentnummer: 9927808

Eerste begeleider: Prof. Dr. Femmie Juffer

Tweede lezer: MSc. Christie Schoenmaker

Masterscriptie Pedagogische Wetenschappen

Afstudeerrichting Gezinspedagogiek

Universiteit Leiden

2012

### *Voorwoord*

Voor u ligt mijn masterscriptie ter afsluiting van mijn studie pedagogische wetenschappen, afstudeerrichting Gezinspedagogiek. Toen ik in 2006 de kans kreeg om na mijn Hbo-opleiding CMV alsnog pedagogische wetenschappen te studeren heb ik deze kans met beide handen aangegrepen. De keuze voor Gezinspedagogiek blijkt steeds weer een aanvulling in mijn dagelijkse werkzaamheden, de afgelopen jaren als locatiemanager bij een kinderopvangorganisatie.

Graag wil ik deze ruimte ook gebruiken om een aantal mensen te bedanken voor hun bijdrage en steun tijdens mijn onderzoek en het schrijven van deze masterscriptie. Ik wil mijn scriptiebegeleidster Prof. Dr. Femmie Juffer hartelijk danken voor haar begeleiding en geduld tijdens mijn onderzoek en het schrijven van mijn scriptie. De medewerkers van het tehuis en haar jonge bewoners ben ik zeer dankbaar voor hun bijdrage aan mijn onderzoek. Het inkijkje in hun leven heeft grote indruk op mij gemaakt en ik denk nog regelmatig aan hen terug. Verder wil ik iedereen in mijn nabije omgeving bedanken, waarvan in het bijzonder: Dorcas de Koning, Loes Sleeboom en Astrid Baljé, voor hun gastvrijheid, steun en vertrouwen.

Michelle Kluiters

Leiden, 10 juni 2012

## Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
1 Inleiding .....	5
1.1 Tehuiszorg.....	5
1.1.1 <i>Uithuisplaatsing in het Vlaamse deel van België</i> .....	6
1.1.2 <i>Het tehuis in België</i> .....	6
1.1.3 <i>Personeel tehuis</i> .....	7
1.1.4 <i>Gevolgen van een tehuisplaatsing</i> .....	8
1.2 Gedragsontwikkeling en tehuiszorg .....	8
1.2.1 <i>Internaliserend probleemgedrag</i> .....	9
1.2.2 <i>Externaliserend probleemgedrag</i> .....	9
1.2.3 <i>Probleemgedrag en tehuiszorg</i> .....	9
1.3 Fysieke ontwikkeling en tehuiszorg.....	10
1.3.1 <i>Gewicht en lengte</i> .....	11
1.3.2 <i>Hoofdomtrek</i> .....	11
1.4 Cognitieve ontwikkeling en tehuiszorg.....	11
1.5 Onderzoeksvraag en hypothesen.....	13
2 Methode .....	14
2.1 Steekproef.....	14
2.2 Meetinstrumenten en procedure .....	14
2.2.1 <i>Algemene indruk Video-observatie</i> .....	14
2.2.2 <i>Child Behavior Checklist / 4-18</i> .....	15
2.2.3 <i>Teacher Report Form</i> .....	16
2.2.4 <i>School-Age Care Environment Rating Scale</i> .....	17
2.2.5 <i>Competentie Belevingsschaal voor Kinderen</i> .....	18
2.2.6 <i>Raven's Coloured Progressive Matrices non-verbal IQ</i> .....	19
2.2.7 <i>Fysieke metingen</i> .....	20
2.3 Analyse.....	20
3 Resultaten.....	21
3.1 Kwaliteit van het kindertehuis.....	21
3.1.1 <i>Ruimte en Inrichting</i> .....	21
3.1.2 <i>Gezondheid en Veiligheid</i> .....	22
3.1.3 <i>Activiteiten</i> .....	22
3.1.4 <i>Communicatie</i> .....	23
3.1.5 <i>Programmastructuur</i> .....	23
3.1.6 <i>Personeelsontwikkeling</i> .....	23
3.2 Data-inspectie.....	23
3.3 Probleemgedrag in het Tehuis - CBCL .....	24
3.4 Probleemgedrag op school - TRF .....	27
3.5 Fysieke metingen.....	31
3.6 Cognitie .....	34
4 Discussie .....	36
5 Literatuurlijst.....	43

## Samenvatting

In dit exploratieve onderzoek is de kwaliteit van een Belgisch tehuis beoordeeld en is onderzocht hoe de tehuis kinderen zich ontwikkelen wanneer we kijken naar gedrag, fysieke uitkomsten en IQ. *Kwaliteit tehuis* De dagelijkse routine in het tehuis is vastgelegd door het maken van video-opnames, de kwaliteit van deze routine en bijbehorende faciliteiten zijn gescoord met de SACERS. De totaalscore van het tehuis op de SACERS was 3.81, een score tussen 'minimaal' (3) en 'goed' (5). *Gedrag* Het gedrag is gemeten met de Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL), de steekproef bestond uit 14 tehuis kinderen uit een Belgisch kindertehuis, zij zijn vergeleken met de normgroep. De tehuis meisjes ( $N=7$ ) lieten meer probleemgedrag zien dan de norm. De tehuis jongens ( $N=7$ ) lieten meer teruggetrokken gedrag zien. Het gedrag is tevens gemeten met de Teacher Report Form (TRF), deze resultaten zijn vergeleken met een controlegroep (gezinskinderen uit een nabijgelegen school) en een normgroep. De tehuis meisjes ( $N=5$ ) hadden volgens de leerkracht meer sociale en aandachtsproblemen en totaal probleemgedrag dan de meisjes uit de controlegroep ( $N=4$ ). De tehuis jongens ( $N=2$ ) vertoonden op de TRF niet meer probleemgedrag dan de jongens uit de controlegroep ( $N=3$ ) en minder dan de norm. *Fysieke uitkomsten* Alle resultaten op gewicht, lengte en hoofdomtrek bleken terug te voeren op leeftijd en niet op de thuissituatie. *Cognitie* De tehuis kinderen ( $N=6$ ) scoorden lager op de IQ-test (gemeten met de Progressive Matrices non-verbal IQ test) dan de gezinskinderen uit de controlegroep ( $N=84$ )

## 1 Inleiding

Er is veel onderzoek naar de gevolgen van het opgroeien in een tehuis gedaan. De focus van het onderzoek naar tehuizen en hun bewoners ligt vaak op de positieve gevolgen van een interventie op ontwikkelingsachterstanden en zelden op de invloed van het tehuis. Dit onderzoek richt zich op de ontwikkeling van kinderen die geplaatst zijn in een Belgisch tehuis, waarbij de kwaliteit van het tehuis in kaart is gebracht, het gedrag van de tehuiskinderen en hun fysieke en cognitieve ontwikkeling.

### 1.1 *Tehuiszorg*

De rechten van kinderen zijn vastgelegd in de UN Convention on the Rights of the Child (1989). Door ondertekening van dit verdrag erkennen inmiddels 193 naties dat mensen onder de 18 jaar speciale zorg en bescherming nodig hebben. In deze conventie is opgenomen dat de staat aan kinderen zonder familie de best mogelijke zorg zal bieden in de vorm van adoptie, pleegzorg of een tehuisplaatsing.

Tehuizen ontstonden in Europa vanaf de 16<sup>e</sup> eeuw en in Amerika op grote schaal vanaf de 19<sup>e</sup> eeuw als een particulier antwoord op de erbarmelijke omstandigheden waarin verlaten kinderen verkeerden. Totdat deze kinderen terecht konden in dergelijke instituties, die vanaf de 18<sup>e</sup> eeuw veelal religieus georiënteerd waren, zochten zij hun heil in armenhuizen of leefden op straat (Miller, 2005, p. 27; Schmidt, 2008). In de Verenigde Staten leidden negatieve onderzoeksbevindingen in de jaren '40-'60 tot het einde van de grootschalige opvang van verlaten kinderen in tehuizen. De voorkeur werd vanaf dat moment meer en meer aan pleegzorg en adoptie gegeven (Johnson, 2000; Miller 2005).

Pleegzorg is een vorm van interventie, waarbij kinderen tijdelijk geplaatst worden in een ander gezin. Het succes van deze interventie is zeer afhankelijk van de consistentie van de geboden zorg (Ruff, Blank, & Barnett, 1990). Pleegzorg lijkt een iets minder effectieve methode voor kinderen om hun ontwikkelingsachterstanden te verkleinen. Klee, Kronstadt en Zlotnick (1997) vonden in hun steekproef van pleegkinderen onder de zes jaar dat een groot deel (50%) van hen zowel ontwikkelings- als emotionele problemen ondervond.

Adoptie is een andere vorm van interventie wanneer het gaat om de situatie van verlaten kinderen en dit blijkt een effectieve pedagogische variant te zijn. Geadopteerde kinderen blijven op sommige ontwikkelingsgebieden, zoals gehechtheid en groei weliswaar iets achter bij hun leeftijdsgenoten, zij scoren echter vele malen beter dan hun leeftijdsgenoten in een tehuis in hun geboorteland (Van IJzendoorn & Juffer, 2006).

### *1.1.1 Uithuisplaatsing in het Vlaamse deel van België*

Aan het eind van de 19<sup>e</sup> eeuw werden in verschillende grote steden in België, net als in de rest van Europa, kinderbeschermingsverenigingen opgericht. Deze verenigingen traceerden mishandelde en verwaarloosde kinderen en zorgden voor tijdelijke opvang ter observatie. Hierna werden de kinderen veelal ondergebracht in een tehuis of in pleeggezinnen op het platteland totdat de kinderen de leeftijd van veertien jaar hadden bereikt. De kinderbeschermingsverenigingen betaalden de zorg voor de kinderen en behielden ook de verantwoordelijkheid voor de kinderen (Steverlynck, 2005). De wet van 15 mei 1912 betreffende de kinderbescherming zorgde voor de mogelijkheid ouders ook uit het ouderlijke gezag te kunnen zetten.

De wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming heeft als doel delinquent gedrag en gerechtelijke tussenkomst zo veel mogelijk te vermijden. Onderdeel van deze wet is de oprichting van een jeugdbeschermingcomité. Met het decreet op de Bijzondere Jeugdbijstaand in 1985 verandert de rechtspositie van het kind; vanaf nu wordt hij bijgestaan in plaats van beschermd. Uitgangspunt van de jeugdhulpverlening is in België het subsidiariteitsprincipe. Volgens het beginsel van dit principe moet de voorkeur worden gegeven aan een tussenkomst die het minst ingrijpt in de persoonlijke levenssfeer van alle betrokkenen, zowel de ouders als de kinderen. Verder betekent het dat ambulante begeleiding in de omgeving van het betrokken kind de voorkeur heeft boven residentiële hulpverlening. Wanneer een kind niet langer kan verblijven in de omgeving waarin hij verkeert, moet blijken dat de pedagogische draagkracht van deze omgeving onvoldoende waarborg biedt voor het welzijn van het kind. Kinderen worden in een tehuis met een vrijwillig karakter geplaatst in samenwerking met het Comité Bijzondere Jeugdzorg of als gevolg van een door de kinderrechtbank opgelegde gedwongen maatregel.

Alle Belgische jeugdparquetten in ogenschouw nemend, bedraagt het aantal aangemelde problematische opvoedingssituaties 1,84% onder minderjarigen tussen 0 en 18 jaar. Er is een groot onderscheid tussen de twee taalgemeenschappen. Op de Franstalige parketten werden er gemiddeld in 2005 tweemaal zoveel problematische opvoedingsituaties aangemeld als op de Nederlandstalige parketten (25,1 tegen 11,3 op 1000 minderjarigen) (Goedseels, Detry, & Vanneste, 2007).

### *1.1.2 Het tehuis in België*

Dit onderzoek richt zich op de kwaliteit van zorg en het welzijn van kinderen in een gezinsvervangend kindertehuis in het Vlaamse deel van België, hierna in deze scriptie

kortweg tehuis genoemd. Het tehuis fungeert als tijdelijk vervangend tehuis voor kinderen van nul tot 18 jaar. Kinderen worden geplaatst in een leefgroep tot 12 jaar of in een leefgroep vanaf 12 jaar en ouder. Het verblijf van de kinderen heeft een minimumduur van een half jaar. De redenen van uithuisplaatsing van de kinderen ten tijde van het onderzoek zijn onder andere verstoorde familieverbanden, verwaarlozing en mishandeling.

De pedagogische visie van dit tehuis is gebaseerd op de benadering van Boszormenyi-Nagy. Het centrale begrip in de theorie van Boszormenyi-Nagy (1987) is loyaliteit binnen het gezin. Deze loyaliteit is het product van twee zeer sterk met elkaar verbonden dimensies: rechtvaardigheid en vertrouwen. Wanneer het gezin de juiste balans heeft gevonden in het geven en nemen, zullen zij deze dimensies naar elkaar toe ervaren. Wanneer deze balans niet wordt gevonden en verstoord raakt zou dit volgens de theorie van Boszormenyi-Nagy leiden tot probleemgedrag. Deze stoornissen zouden zich vooral op gezinsniveau ontwikkelen en niet op individueel niveau.

Het tehuis stelt de kinderen zoveel mogelijk in staat om contact te onderhouden met hun familie, zolang het welzijn van het kind niet in gevaar wordt gebracht.

### *1.1.3 Personeel tehuis*

De leiding van het tehuis is in handen van de directeur. Deze persoon is via een manager verantwoordelijk voor de dagelijkse aansturing van het personeel, adviserend lid van de raad van bestuur en bemiddelt tevens tussen de dienst Sociale Zaken en de regering. Het tehuis beschikt over een psycholoog, haar taken liggen op het gebied van het personeel en de kinderen in het tehuis. Voor de kinderen stelt zij bij binnenkomst een ontwikkelingsplan op, in dit plan is indien nodig psychologische therapie opgenomen. Zij werkt nauw samen met de manager en de gezinsbegeleiders, ook is zij verantwoordelijk voor teambuilding, acquisitie en competentiegerichte training van het personeel. De gezinsbegeleiders coördineren de intakeprocedures van de kinderen en hun ouders en beschikken over een diploma in een sociale of pedagogische studierichting. Gezinsbegeleiders begeleiden de interactiemomenten tussen ouders, familie en de geplaatste kinderen, zoals bezoek in het tehuis. Ook zorgen zij voor evaluaties van de geboden zorg in het tehuis per kind in de vorm van teambesprekingen en verslaglegging. De manager van de verzorgers zorgt voor praktische zaken als bevoorrading, medicatie en de administratie. Zij komt wekelijks samen met iedere verzorger individueel en het team in zijn geheel om het functioneren te bespreken. Zij is ook hoofdverantwoordelijke voor de stagiaires.

Ieder kind wordt bij binnenkomst aan een van de verzorgers toegewezen, hierna genoemd als de hoofdverzorger. De zorg voor het kind ligt niet primair bij deze hoofdverzorger, maar hij/zij dient wel zorg te dragen voor het welzijn van het kind. Het kind kan zich tot deze persoon wenden wanneer nodig en fungeert zo als een veilige haven (Bowlby, 1969/1982). Het is niet de bedoeling dat deze hoofdverzorger de ouders vervangt. Een centrale doelstelling van het tehuis is het contact met de ouder zo goed mogelijk te onderhouden, voor zover dit toegestaan is en het welzijn van het kind niet in het geding is.

#### *1.1.4 Gevolgen van een tehuisplaatsing*

Opgroeien zonder ouders kan gevolgen hebben voor de psychische en fysieke ontwikkeling van kinderen. Uit onderzoek van Roy, Rutter en Pickles (2004) bleek dat kinderen die opgroeiden in een tehuissetting en meerdere en afwisselende verzorgers hadden, meer moeite hadden met het aangaan van relaties met leeftijdsgenoten, ook waren zij minder selectief in het aangaan van relaties met volwassenen. Kinderen die opgroeien in een instituut vertonen in meer of mindere mate gehechtheidsproblemen, gedragsproblemen als overactiviteit of juist aandachtsproblemen, autistische trekjes, cognitieve stoornissen en een achterstand in de groei (Frank, Klass, Earls, & Eisenberg, 1996; Johnson, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2006; O'Connor, & ERA Study Team, 2001a; Rutter, Kreppner, Smyke, Koga, Johnson, Zeanah, & the BEIP Core Group, 2007).

De kwaliteit van de zorg kan ook van invloed zijn op het IQ. Na adoptie door Britse gezinnen bleek er een significant positief effect op de ontwikkeling van het IQ onder Roemeense geïnstitutionaliseerde kinderen (Castle et al., 1999).

#### *1.2 Gedragsontwikkeling en tehuiszorg*

In dit onderzoek maken we onderscheid in probleemgedrag tussen internaliserend en externaliserend probleemgedrag. Vijandigheid binnen het huwelijk van ouders met scheiding als gevolg is een voorspeller van externaliserend probleemgedrag (Cummings, Goeke-Morey, & Papp, 2004; Katz & Gottman, 1993). Boosheid en teruggetrokken gedrag van de vader blijkt in dit onderzoek van Katz een voorspeller van internaliserend gedrag bij het kind. Over het algemeen scoren jongens hoger op externaliserend probleemgedrag en meisjes hoger op internaliserend probleemgedrag (Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997; Else-Quest, Hyde, Goldsmith, Van Hulle, 2006; Rescorla, et al., 2007).



### *1.2.1 Internaliserend probleemgedrag*

Volgens Achenbach en Edelbrock (1981; Achenbach 1982) kenmerkt internaliserend probleemgedrag zich door teruggetrokken gedrag, overbezorgdheid en angstig gedrag.

Downey en Coyne (1990) zagen een verband tussen een verhoging van internaliserend probleemgedrag onder kinderen wanneer er sprake was van een achtergrond van psychopathologie bij de ouders. Onderzoek van Lyons-Ruth (1997) bevestigde dat een depressie bij de moeder (in de eerste 5 jaar) een voorspeller is van internaliserende symptomen onder 7-jarigen. Onder kinderen in de schoolleeftijd met depressieve moeders werd ook een verhoogd niveau van zowel internaliserend als externaliserende symptomen gevonden (Breslau, Davis, & Prabucki, 1988).

### *1.2.2 Externaliserend probleemgedrag*

Gedrag van kinderen dat gekenmerkt wordt door impulsief, verstorend en uitdagend gedrag, agressiviteit en vijandigheid, asociale eigenschappen en overactiviteit wordt externaliserend genoemd (Achenbach & Edelbrock, 1978; McMahan, 1994). Externaliserend probleemgedrag lijkt stabiel over de jaren heen te zijn. Kinderen vertonen wel een verschil in functioneren op verschillende meetmomenten, echter extreme veranderingen zijn uitzonderlijk (Moffitt, 1990; Verhulst, Eussen, Berden, Sanders-Woudstra, & Van der Ende, 1993; Verhulst & Van der Ende, 1992).

Deater-Deckard (1998) verdeelde de risicofactoren met betrekking tot het ontstaan van externaliserend probleemgedrag in vier domeinen. Zij noemde risicofactoren die samenhangen met het kind, sociaal-culturele risicofactoren, risicofactoren die betrekking hebben op de ouders en risico's die vanuit de peergroep ontstaan. Een van de belangrijkste omgevingsinvloeden op de ontwikkeling van externaliserend probleemgedrag is een slechte kwaliteit van de opvoeding, vooral een inconsequente, ruwe en bestraffende manier van disciplineren is van grote invloed (Patterson, Reid, & Dishion, 1992).

### *1.2.3 Probleemgedrag en tehuiszorg*

Gedragsproblemen zoals het schudden of bonken met het hoofd of handen, (zelf)verwonding zoals bijten, driftbuien, ongedifferentieerde vriendelijkheid, pijngevoelloosheid of het hebben van een hoge pijngrens en onaangepast gedrag zijn veelvoorkomend onder tehuis kinderen (Miller, 2005, p. 35). Bohman en Sigvardsson (1980) vonden in hun longitudinale studie onder 15-jarige geadopteerden geen lange-termijn effecten van institutionalisering op jonge leeftijd. Echter uit de vervolgstudie elf jaar later bleken alle

geadopteerden die (tijdelijk) geïnstitutionaliseerd waren geweest meer problemen te vertonen dan de controlegroep bestaande uit niet-geïnstitutionaliseerde geadopteerde personen. De conclusie van Bohman en Sigvardsson is dat ervaringen opgedaan door het (tijdelijk) opgroeien in een instituut kan leiden tot gedragsproblemen op lange termijn. Dit blijkt ook uit het onderzoek van Verhulst, Althaus, en Versluis-Den Bieman (1992), bestaande uit 2148 geadopteerde kinderen tussen de 10 en 15 jaar oud. Vroege ongunstige ervaringen, zoals verwaarlozing, misbruik en meerdere veranderingen op het gebied van verzorging en omgeving verhoogden de kans op onaangepastheid op latere leeftijd.

Hodges en Tizard (1989a) onderzochten een groep kinderen die tijdelijk opgroeiden in een instituut en vervolgens ofwel werden geadopteerd danwel herenigd met hun biologische ouders. Gedrags- en emotionele problemen waren ruim vertegenwoordigd onder de ex-geïnstitutionaliseerde kinderen. Tizard en Hodges zagen ook meer probleemgedrag onder de geadopteerde kinderen dan onder kinderen die vanaf het begin opgroeiden bij hun biologische ouders. Ook in het onderzoek van Verhulst, Althaus en Versluis-Den Bieman (1990) rapporteerden ouders meer externaliserend probleemgedrag op 12 tot 15-jarige leeftijd wanneer hun kind geadopteerd was.

Tizard en Hodges (1978) vergeleken 65 (eerder) geïnstitutionaliseerde kinderen met een groep niet-geïnstitutionaliseerde kinderen. Zij veronderstelden dat het verblijf van kinderen in een institutie het belang van het kind zou schaden. Veel sociaal-emotionele problemen die zij later kunnen ondervinden zouden terug te voeren zijn op hun ervaringen tijdens de periode dat zij gescheiden leefden van hun ouders. Ook zouden deze kinderen meer problemen op school ondervinden. Significante verschillen vonden zij tussen (eerder) geïnstitutionaliseerde kinderen en de niet-geïnstitutionaliseerde controlegroep op totaal probleemgedrag en probleemscores voor antisociaal gedrag. De afwijkingen die zij vertoonden omvatten rusteloos gedrag, slechte relaties met leeftijdsgenoten, problemen met disciplineren en verstarend aandachtzoekend gedrag.

### *1.3 Fysieke ontwikkeling en tehuiszorg*

Institutionele zorg heeft ook ongunstige gevolgen voor de groei van kinderen. Uit een meta-analyse naar het inhalen van een fysieke groeiachterstand na internationale adoptie blijkt er een sterk verband tussen de duur van de institutionele zorg voorafgaand aan de adoptie en de verhouding lengte voor leeftijd (Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Juffer, 2007). Op het moment van de adoptie ligt de groei van deze kinderen achter op alle domeinen van de fysieke groei; lengte, gewicht en hoofdomtrek. Redenen voor groeiachterstand onder

tehuiskinderen kunnen zijn: onvoldoende voedsel, onjuiste manier van voeden, gebrek aan contact met de verzorgers, ziekte en gebrek aan medicatie, depressie en slechte eetlust, slechte voedselopname of onvoldoende inname van calorieën (Miller, 2005, p. 29).

### *1.3.1 Gewicht en lengte*

Colombo, De la Parra, en Lopez (1992) onderzochten een groep kinderen tussen de 6 en 12 jaar die voor hun tweede verjaardag een Nutritional Recovery Center (NRC) (Voedingsherstelcentrum) bezochten. Deze kinderen waren opgegroeid binnen een gezin of in een tehuis. Voorafgaand aan het verblijf in het NRC waren gewicht en lengte van de kinderen vergelijkbaar, onafhankelijk van hun thuissituatie. Na verblijf in het NRC hadden zowel gezinskinderen als tehuiskinderen nog steeds een achterstand, maar waren beide groepen evenveel aangesterkt. De kinderen keerden na het verblijf terug naar hun familie, werden geadopteerd of bleven geïnstitutionaliseerd. Meer dan de helft van de kinderen die ofwel terugkeerden naar hun familie danwel geadopteerd werden bereikten een normale groei op schoolleeftijd. De kinderen die in instituties opgroeiden, bleven een groeiachterstand houden en waren significant korter.

### *1.3.2 Hoofdomtrek*

Hoofdomtrek hangt sterk samen met de algemene groei van een kind en kan daardoor weer sterk worden beïnvloed door voeding of het gebrek hieraan (Miller, 2005, p. 157). In tegenstelling tot lengte zal de hoofdomtrek van kinderen die al in een vroeg stadium ondervoed zijn ook in de toekomst afwijken van de normale curve. Een afwijkende kleine hoofdomvang kan wijzen op microcefalie, een afwijking van het centrale zenuwstelsel waarbij de hersengroei achterblijft en de schedel navenant klein blijft. Oorzaak is veelal een aangeboren aandoening, maar het kan ook wijzen op een ontwikkelingsstoornis, veroorzaakt door externe factoren zoals stressvolle ervaringen. Kinderen met microcefalie hebben meerdere afwijkingen die niet alleen gerelateerd zijn aan het volume van de hersenen maar ook aan IQ en voedingsachtergrond (Ivanovic et al., 2004).

## *1.4 Cognitieve ontwikkeling en tehuiszorg*

In Van IJzendoorn, Luijk en Juffer (2008) worden twee theorieën genoemd die belangrijk zijn voor de intellectuele ontwikkeling van kinderen in tehuizen. Allereerst wordt Bowlby's (1951) theorie genoemd betreffende de scheiding en het verlies van de moeder. Het ontbreken van stabiele gehechtheidsrelatie met een sensitieve verzorger is van belang voor de sociaal-

emotionele ontwikkeling maar ook voor de intellectuele ontwikkeling van kinderen. Als tweede wordt de stimulus-deprivatietheorie van Castler (1961) genoemd, volgens deze theorie zou een gebrek aan sociale en fysieke stimulering de belangrijkste oorzaak zijn van intellectuele achterstanden bij kinderen. Achterstand in de cognitieve ontwikkeling is veelvoorkomend onder geïnstitutionaliseerde kinderen. Vooral bij jonge kinderen is de cognitieve ontwikkeling afhankelijk van ervaringen die zij opdoen, zowel in het tehuis als er buiten. Dergelijke ervaringen zijn soms minimaal in een tehuissetting (Miller, 2005, p. 31). Emotionele verwaarlozing is ook een risicofactor, in veel instituten ontbreekt het de kinderen aan een primaire verzorger, waardoor het kind inconsistente reacties ervaart op zijn behoeften (Miller, 2005, p. 32)

Verscheidene studies hebben een verhoging van IQ voor kinderen aangetoond na adoptie in een passend milieu (Colombo et al., 1992; Hodges & Tizard 1989; Schiff et al., 1978; Winick, Meyer, & Harris, 1975). Een meta-analyse van Van IJzendoorn, Juffer, en Klein Poelhuis (2005) toonde aan dat de geadopteerde kinderen hoger scoorden op IQ en beter functioneerden op school dan hun niet-geadopteerde siblings en leeftijdsgenoten die opgroeiden in hun geboortefamilies of in institutionele zorg bleven. De geadopteerde kinderen verschilden ook niet van hun niet-geadopteerde leeftijdsgenoten in hun directe omgeving ten aanzien van IQ, wel kregen zij vaker te maken met leerproblemen. De studie van Colombo et al. (1992) toonde aan dat ondanks eenzelfde voedings- en ontwikkelingsgeschiedenis vooraf, ondervoede kinderen na adoptie een normale IQ-score behaalden, terwijl de kinderen die terugkeerden naar hun familie of in instellingen geplaatst werden onder de normale range scoorden.

Uit onderzoek van Segal (1997) bleek geen overeenkomst in IQ tussen ongerelateerde brusjes ondanks hun gezamenlijke opvoeding. Haar conclusie was dat een gedeelde omgeving maar een klein effect had op de intellectuele ontwikkeling en dit ondersteunde het idee dat een individu op zijn omgeving reageert in overeenstemming met zijn genetische materiaal.

### 1.5 *Onderzoeksvraag en hypothesen*

In dit scriptieonderzoek ligt de focus op tehuis kinderen en hun ontwikkeling. De hieronder genoemde centrale vraagstelling is onderverdeeld in verschillende deelvragen binnen de ontwikkelingsgebieden gedrag, fysieke groei en cognitie. We onderzoeken hoe deze tehuis kinderen ( $n=14$ ) zich ontwikkelen ten opzichte van hun leeftijdsgenoten die opgroeien in een gezin ( $n=92$ ). Mogelijk zijn er factoren aan te wijzen die de ontwikkeling van kinderen die (tijdelijk) opgroeien in een tehuis beïnvloeden.

#### *Centrale vraagstelling*

Hoe ontwikkelen tehuis kinderen zich wanneer we kijken naar gedrag, fysieke uitkomsten en IQ en is er verschil met gezins kinderen?

#### *Deelvragen en verwachtingen*

- ◆ Wat is de kwaliteit van het tehuis en de geboden zorg?
  
- ◆ Is er verschil in de mate van vertoond probleemgedrag van tehuis kinderen in hun leefgroep ten opzichte van de vastgestelde norm? De verwachting is dat de tehuis kinderen meer probleemgedrag zullen vertonen dan de norm.
  
- ◆ Is er verschil in de mate van vertoond probleemgedrag op school tussen tehuis kinderen en kinderen die opgroeien in een gezin? De verwachting is dat de tehuis kinderen meer probleemgedrag zullen vertonen dan de kinderen die opgroeien in een gezin.
  
- ◆ Is er een fysiek verschil (hoofdomtrek, gewicht en lengte) tussen kinderen die opgroeien in een tehuis en kinderen die opgroeien in een gezin? De verwachting is dat er een fysiek verschil zal zijn op hoofdomtrek, gewicht en lengte tussen tehuis kinderen en kinderen die opgroeien in een gezin. De tehuis kinderen zullen naar verwachting een kleinere hoofdomtrek en een lager gewicht hebben en korter zijn.
  
- ◆ Is er een verschil in IQ tussen tehuis kinderen en gezins kinderen? De verwachting is dat de tehuis kinderen lagere IQ-scores zullen hebben dan de gezins kinderen.

## 2 Methode

Het onderzoek beschreven in deze scriptie is uitgevoerd in samenwerking met een tehuis in Vlaams België. Het contact met het tehuis is door de onderzoekers zelf gelegd. Het onderzoek is in overleg met het tehuis en de Universiteit Leiden opgezet. Met onderzoekers worden in deze scriptie twee studentes van de Universiteit Leiden bedoeld, waaronder de auteur. De resultaten in De Koning (2008) zijn gebaseerd op de dezelfde steekproef en dezelfde data als de resultaten in deze masterscriptie. Beide scripties vergelijken tehuis kinderen met gezins kinderen, de focus van De Koning (2008) ligt op sociaal gedrag en zelfvertrouwen.

### 2.1 *Steekproef*

De focusgroep van dit onderzoek zijn tehuis kinderen in de leeftijd van drie tot 13 jaar. De controlegroep bestaat uit kinderen die een basisschool in de buurt bezoeken, een groot deel van de tehuis kinderen bezoekt deze school eveneens. In het verdere onderzoek zullen deze school kinderen aangeduid worden als gezins kinderen, daar hun thuissituatie het best omschreven kan worden als een gezinssituatie. In deze beschrijving van het onderzoek zullen de tehuis kinderen zoveel mogelijk worden vergeleken met de gezins kinderen.

### 2.2 *Meetinstrumenten en procedure*

De dagelijkse routine in het tehuis is vastgelegd door het maken van video-opnames, de kwaliteit van deze routine en bijbehorende faciliteiten zijn gescoord met de SACERS. De kinderlijke ontwikkeling is gemeten door fysieke metingen, waaronder hoofdomtrek, lengte en gewicht. IQ-scores zijn afgenomen met de Raven's Coloured Progressive Matrices non-verbal IQ test en het vertrouwen in de eigen competenties is gemeten met de Competentiebelevingsschaal voor kinderen (CBSK). Het gedrag van de kinderen is gescoord met de Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL) en de Teacher Report Form (TRF).

#### 2.2.1 *Algemene indruk Video-observatie*

Er zijn door de onderzoekers video-observaties gemaakt van de dagelijkse routine van de kinderen in het tehuis. De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van een video-installatie en waren zelf niet aanwezig in de ruimte gedurende de opnamen. Vastgelegd is de ochtendroutine, waaronder het wekken van de kinderen, het ontbijt en het klaarmaken voor school. Ook is het vieruurtje gefilmd, het moment van de kinderen samen als zij uit school komen. Ook de avondroutine is opgenomen, het avondeten en het moment van gereed maken

voor het slapen gaan. Het gaat hier om een openlijke observatie, de kinderen en begeleiders wisten dat zij geobserveerd werden.

### 2.2.2 *Child Behavior Checklist / 4-18*

De CBCL is voor de tehuis kinderen gescoord door de hoofdverzorger van het kind. Het betreft hier scoring met de Nederlandse vertaling van het handscoreingsprofiel uit 1993. Deze vertaling is zoveel mogelijk vergelijkbaar gemaakt met de Amerikaanse versie uit 1991 door gebruik te maken van de 'back translation procedure' (een procedure waarbij een vertaler een document interpreteert dat eerder in een andere taal terug naar de originele taal werd vertaald) (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996).

De vragenlijst bestaat uit 118 items met vragen over gedragsproblemen en/of emotionele problemen, vraag 56 bestaat uit de onderdelen 56a tot en met 56h. De meeste vragen worden gesloten gesteld, bij een aantal vragen waaronder bijvoorbeeld 'vreemd of raar gedrag' wordt de verzorger gevraagd aan te geven om welk gedrag het precies gaat. Het gedrag wordt gescoord op een 3-puntsschaal en er wordt gevraagd het gedrag van het kind te scoren zoals het in het heden is of in ieder geval binnen de afgelopen zes maanden. Met schaalpunt 0 kan worden aangegeven dat de beschrijving niet van toepassing is, schaalpunt 1 geeft aan dat de beschrijving een beetje of soms van toepassing is, en schaalpunt 2 geeft aan dat de beschrijving duidelijk of vaak van toepassing is. Op basis van de gescoorde items kunnen twee brede-band syndromen worden gevormd, internaliserend probleemgedrag en externaliserend probleemgedrag. De score op de schaal *Internaliseren* bestaat uit de som van de items die behoren tot de subschalen *Teruggetrokken*, *Lichamelijke Klachten* en *Angstig/Depressief*. De schaal *Externaliseren* is een optelling van de subschalen *Delinquent Gedrag* en *Agressief Gedrag*. De overige subschalen vormen het middengedeelte van het probleemprofiel. De totale probleemscore is een optelling van alle items.

De CBCL is ontworpen om gestandaardiseerde beschrijvingen van gedrag te geven en niet om individuele diagnoses te stellen, in dit licht moeten de resultaten ook gezien worden. De test-hertest betrouwbaarheid gerapporteerd door Verhulst et al. (1996) op basis van 89 aselect gekozen kinderen en jeugdigen uit de algemene Nederlandse bevolking gaf als resultaat op de schalen internaliseren 0.87 ( $p < 0.05$ ), externaliseren 0.90 ( $p < 0.05$ ), en op totale problemen 0.91 ( $p < 0.05$ ), allen Pearson correlaties. Deze resultaten wijken nauwelijks af van de test-hertest correlaties die door Achenbach (1991) voor de Amerikaanse CBCL werden gerapporteerd. De interne consistentie van de items is weergegeven met Cronbach's  $\alpha$ , de resultaten voor de normgroep 4-12 jaar zijn voor de jongens ( $n = 579$ ), internaliseren  $\alpha =$

0.78, externaliseren,  $\alpha = 0.86$  en totale probleemscore  $\alpha = 0.90$ , voor de meisjes ( $n = 593$ ) zijn de resultaten internaliseren  $\alpha = 0.83$ , externaliseren  $\alpha = 0.85$  en totale probleemscore  $\alpha = 0.92$ . De interne consistentie is net als bij de Amerikaanse resultaten goed tot zeer goed (Achenbach, 1991).

De vragenlijsten zijn door de onderzoekers ter beschikking gesteld aan de directeur van het tehuis, die voor de verspreiding en na invulling voor inname onder de verzorgers zorg droeg. Hij was ook verantwoordelijk om het doel van de vragenlijst over te brengen, namelijk het verkrijgen van een beeld van het gedrag van het kind zoals de verzorgers dit zien. Na het scoren door de verzorgers zijn de ingevulde vragenlijsten door de directeur naar de onderzoekers retour verzonden. De interne consistentie van de schalen is gemeten met Cronbach's  $\alpha$ . Cronbach's  $\alpha$  voor de totale probleemscore gescoord door de verzorgers is  $\alpha = 0.79$ , voor de schaal Internaliserend Probleemgedrag is  $\alpha = 0.83$  en voor de schaal Externaliserend Probleemgedrag  $\alpha = 0.57$ .

### 2.2.3 *Teacher Report Form*

Het Teacher Report Form (TRF) is de variant van de CBCL 4-18 in te vullen door leerkrachten (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1997a). Uit onderzoek van Reed (1984) bleek dat het observatieformulier van de CBCL, waar ook in dit onderzoek gebruik van werd gemaakt, significant correleerde met door de leerkracht gerapporteerd probleemgedrag. De TRF is evenals de CBCL van oorsprong Amerikaans en is in het Nederlands vertaald. De Groot (1996) toonde aan dat de Amerikaanse syndromen van toepassing zijn op de Nederlandse variant van de TRF. De vragenlijst is ontworpen om gestandaardiseerde beschrijvingen van het gedrag te geven en is niet bedoeld op basis van de resultaten (individuele) diagnostische conclusies te trekken. De meerwaarde van TRF is dat de vragenlijst een aanvullend beeld van het kind kan schetsen, los van gezinsinteracties.

De vragenlijst bestaat uit 120 vragen, 95 van de probleemvragen zijn identiek aan de CBCL 4-12, de meeste vragen worden gesloten gesteld. Het gedrag van het kind wordt door de leerkracht gescoord op een 3-puntsschaal. Er wordt gevraagd het gedrag van het kind te scoren zoals het in het heden is of in ieder geval binnen de afgelopen twee maanden. Met schaalpunt 0 kan worden aangegeven dat de beschrijving niet van toepassing is, schaalpunt 1 geeft aan dat de beschrijving een beetje of soms van toepassing is, en schaalpunt 2 geeft aan dat de beschrijving duidelijk of vaak van toepassing is. Gelijk aan de CBCL 4-12 kunnen er twee bredebandsyndromen, internaliseren en externaliseren worden gesignaleerd en acht smalleband-syndromen.



De test-hertest betrouwbaarheid gerapporteerd door Verhulst et al. (1997a) op basis van 51 aselect gekozen kinderen en jeugdigen uit de algemene Nederlandse bevolking gaf als resultaat op de schalen de volgende correlaties (Pearson); internaliseren 0.81 ( $p < 0.05$ ), externaliseren 0.95 ( $p < 0.05$ ), en op totale problemen 0.90 ( $p < 0.05$ ). De interne consistentie van de items binnen de probleemschalen is beschreven met Cronbach's  $\alpha$  (Verhulst et al., 1997). De resultaten voor de normgroep 4-12 jaar zijn voor de jongens ( $n = 484$ ); internaliseren  $\alpha = 0.86$ , externaliseren,  $\alpha = 0.95$  en totale probleemscore  $\alpha = 0.95$  en voor de meisjes ( $n = 477$ ) zijn de resultaten internaliseren  $\alpha = 0.87$ , externaliseren  $\alpha = 0.94$  en totale probleemscore  $\alpha = 0.95$ .

De vragenlijst TRF is ingevuld door verschillende docenten van de basisscholen die de tehuiskinderen bezochten. Behalve de tehuiskinderen is er ook een TRF ingevuld door deze docenten voor een op leeftijd gematchte klasgenoot. De matching van de kinderen is uitgevoerd door de directrices van beide deelnemende basisscholen op basis van instructies van de onderzoekers. De interne consistentie van de schalen gemeten met Cronbach's  $\alpha$  voor de Totale Probleemscore gescoord door de leerkrachten is  $\alpha = 0.94$ , voor de schaal Internaliserend Probleemgedrag  $\alpha = 0.92$  en voor de schaal Externaliserend Probleemgedrag  $\alpha = 0.76$ .

#### 2.2.4 School-Age Care Environment Rating Scale

De School-Age Care Environment Rating Scale (SACERS) (Harms, Jacobs, & White, 1996) is een vragenlijst die de kwaliteit van de geboden (niet-ouderlijke zorg) op buitenschoolse opvang in kaart brengt. De kinderen in de doelgroep buitenschoolse opvang waren 5 tot 12 jaar. De vragenlijst bestaat uit 43 items, verdeeld over 6 subschalen: Ruimte en Inrichting, Gezondheid en Veiligheid, Activiteiten, Interacties, Programmastructuur en Personeelontwikkeling. Voor centra die opvang bieden aan kinderen met speciale behoeften zijn er nog 6 additionele items toe te voegen aan de test. Alle items bestaan uit een 7-puntsschaal met beschrijvingen voor de oneven nummers: (1) inadequaar, (3) minimaal, (5) goed en (7) uitstekend. 'Inadequaar' betekent hier het ontbreken van zorg die de kinderlijke ontwikkeling in de weg staat, een score 'minimaal' geeft een basale vorm van opvang aan, waar 'goed' aangeeft dat de basisdimensies zorg die leiden tot een gepaste ontwikkeling worden bereikt en 'uitstekend' beschrijft een hoge kwaliteit van zorg die borg staat voor uitbreiding van de ervaring van kinderen en een warme en zorgzame ondersteuning. De interne consistentie van de subschalen is door Harms et al. (1996) beschreven met Cronbach's  $\alpha$  ( $n = 24$ ); Ruimte en inrichting  $\alpha = 0.76$ , Gezondheid en Veiligheid  $\alpha = 0.82$ ,

Activiteiten  $\alpha = 0.86$ , Interacties  $\alpha = 0.94$ , Programmastructuur  $\alpha = 0.67$ ,  
Personeelsontwikkeling  $\alpha = 0.73$  en een totale score van  $\alpha = 0.95$ .

Met intraclass correlaties is weergegeven door Harms et al. (1996) hoe de intercodeursbetrouwbaarheid is: de relatie tussen de scores van de observatoren en de grootte van het verschil tussen de scores van de observatoren. Twee observatoren bezochten hiervoor onafhankelijk van elkaar 13 centra. Per subschaal werden de volgende intraclass correlaties gevonden: Ruimte en inrichting  $r = 0.87$ , Gezondheid en Veiligheid  $r = 0.95$ , Activiteiten  $r = 0.92$ , Interacties  $r = 0.93$ , Programmastructuur  $r = 0.99$ , Personeelsontwikkeling  $r = 0.99$  en een totale score van  $r = 0.96$ .

De SACERS is in het tehuis door twee studenten afgenomen gedurende het avondeten en de avondroutine, waaronder ook het klaarmaken voor het slapengaan. De informatie die niet geobserveerd kon worden, maar wel van belang was om de vragenlijst volledig in te kunnen vullen, is later verkregen tijdens een interview met een van de verzorgende medewerkers. Na beoordeling van alle items, dienen scores binnen een subschaal te worden opgeteld en kan er een totaalscore worden berekend. Een trainingsgids voor de codeurs is gevoegd bij de handleiding. De codeurs zijn getraind op de SACERS door de test vooraf af te nemen op een buitenschoolse opvang in een grote stad in Nederland. Tevens is de begrippenkennis in de test gecontroleerd met een trainingfilm van de Early Childhood Environment Rating Scale (ECERS) (Harms & Clifford, 1980), een beoordelingsschaal van de kwaliteit van de kinderopvang van 0-4 jaar, waar de SACERS een afgeleide van is. Deze controle is ook uitgevoerd, omdat het hier een Engelstalige test betrof, waar nog geen Nederlandse vertaling van beschikbaar is. De intercodeursbetrouwbaarheid van de twee codeurs over de gehele test is berekend met Cohen's Kappa ( $K$ ) en bleek 0.89 (De Koning, 2008). Cohen's Kappa geeft de overeenstemming weer tussen de resultaten van de twee codeurs die hier hetzelfde tehuis hebben beoordeeld. Deze betrouwbaarheid ( $K = 0.89$ ) is hoog en impliceert een hoge mate van overeenstemming (De Vocht, 2002).

### 2.2.5 *Competentie Belevingsschaal voor Kinderen*

Het vertrouwen in eigen competentie is gemeten met de Competentie Belevingsschaal voor Kinderen (CBSK) (Veerman, Treffers, Van den Bergh, & Ten Brink, 1997). Deze vragenlijst is een bewerking van het Self-Perception Profile for Children (Harter, 1985). De CBSK is een vragenlijst die bestaat uit 36 items, verdeeld over zes subschalen. Deze subschalen zijn: 1. schoolvaardigheden; 2. sociale acceptatie; 3. sportieve vaardigheden; 4. fysieke verschijning; 5. gedragshouding; 6. gevoel van eigenwaarde. De CBSK is bedoeld om te achterhalen hoe

een kind zichzelf en de eigen vaardigheden in schat. De vragenlijst wordt door het kind zelf ingevuld, waarbij het bij ieder item kiest uit twee alternatieven en daarna aangeeft of dit helemaal waar of een beetje waar is. De beoogde doelgroep is basisschoolkinderen van 8 tot 12 jaar.

Twee voorbeelditems van de CBSK zijn door de onderzoekers klassikaal doorgenomen met de basisschoolleerlingen. Daarna is aan de kinderen gevraagd of zij begrepen hoe zij de lijst moesten invullen en of er nog vragen waren.

Resultaten van deze vragenlijst zijn niet meegenomen in de analyses van dit onderzoek. Het afnemen van de vragenlijst kan mogelijk wel van invloed zijn op de resultaten. De resultaten van deze test zijn beschreven in 'At Home in a Childcare Institute' (De Koning, 2008).

#### 2.2.6 *Raven's Coloured Progressive Matrices non-verbal IQ*

De Raven's Coloured Progressive Matrices non-verbal IQ is een variatie op de Raven's Standard Progressive Matrices (origineel Raven, J.C., 1938). De test is ontworpen voor jonge kinderen, ouderen en mensen met een leerprobleem. De test bestaat uit drie sets, A, B en daartussen Ab, van 12 items ieder. De items vragen naarmate de test vordert een steeds grotere cognitieve capaciteit. De sets A en Ab zijn weergegeven in kleur, de laatste set B in zwart-wit. Ieder item bestaat uit een puzzel, een matrix met een leeg invulbaar deel, voor ieder item is er de keuze uit zes oplossingen.

De Raven's Coloured Progressive Matrices non-verbal IQ-test is klassikaal afgenomen door de twee onderzoekers. De voorbeeldopgave werd vooraf klassikaal doorgenomen. De IQ-test vereist dat de kinderen kunnen schrijven tot het getal tien. De jongere kinderen zijn hierbij door de onderzoekers geholpen. De kinderen wezen het antwoord aan, waarna de onderzoekers het bijbehorende getal op het antwoordformulier schreven.

Carlson en Jensen (1981) rapporteren een Cronbach's  $\alpha$  van 0.82 over alle leeftijden. Uit hun onderzoek blijkt dat de resultaten van de Raven consistent zijn over verschillende etniciteiten, maar niet over leeftijd. De  $\alpha$  gebaseerd op resultaten van kinderen tussen de 5,5 en 6,5 jaar blijkt slechts 0.57. Costenbader en Mbugua Ngari (2001) rapporteren een  $\alpha$  van 0.87 over de resultaten van een Keniaanse steekproef van 1370 kinderen in de leeftijd van zes tot tien jaar. Ook de validiteit van hun onderzoek valt in de range vastgesteld door Court en Raven (1995) en is goed.

### 2.2.7 Fysieke metingen

De fysieke gesteldheid van de basisschoolkinderen waaronder ook de tehuis kinderen is gemeten door gegevens te verzamelen over lengte, gewicht en hoofdomtrek. De lengte en hoofdomtrek zijn vastgelegd in hele centimeters en het gewicht in hele kilogrammen.

De meting van hoofdomtrek, lengte en gewicht is door de twee onderzoekers uitgevoerd. Na het maken van de IQ-test zijn de kinderen een voor een het klaslokaal uitgeroepen en gemeten door een van de onderzoekers, de tweede onderzoeker registreerde de meting. Alle kinderen hielden kleding en schoenen aan tijdens de metingen.

### 2.3 Analyse

De kwantitatieve data is geanalyseerd met het data-analyse programma SPSS versie 14.0. De resultaten op de CBCL en TRF zijn bekeken met verschillende testen. De resultaten op de fysieke metingen, lengte, gewicht en hoofdomtrek, zijn geanalyseerd met een variantieanalyse waarbij er gecontroleerd is voor leeftijd. De scores op de IQ-test zijn geanalyseerd met t-toetsen. Wanneer er niet aan de voorwaarden voor een parametrische toets kon worden voldaan, werd er non-parametrisch getoetst.

Alle toetsen zijn tweezijdig getoetst bij een significantieniveau van  $\alpha < .05$ . Bij een  $\alpha$  groter dan of gelijk aan .05 en kleiner dan .10 wordt in dit onderzoek gesproken van een trend. Bij kleine steekproeven is er veelal sprake van weinig onderscheidingsvermogen, effecten die wel worden opgemerkt en significant zijn bij een  $\alpha$  van .05 zijn groot. Bij het verhogen van het significantieniveau naar .10 wordt de kans op een Type II fout (het aannemen van de 0-hypothese terwijl de alternatieve hypothese juist is) kleiner, de kans op een Type I fout (het accepteren van de alternatieve hypothese, terwijl de 0-hypothese juist is) wordt op deze manier uiteraard groter (Moore & McCabe, 2006). Met de Levene-toets is gecontroleerd of er uitgegaan mag worden van gelijkheid van varianties. Wanneer er sprake is van ongelijkheid in varianties, zal er een non-parametrische toets worden uitgevoerd.

Voor de significante resultaten en de trends is de effectgrootte berekend met Cohen's  $d$ , waarbij  $d = 0.20$  een kleine effectgrootte representeert,  $d = 0.50$  een medium effectgrootte en vanaf  $d = 0.80$  een groot effect (Cohen, 1988).

### 3 Resultaten

In deze sectie beoordelen we de kwaliteit van het tehuis met de SACERS. De kwantitatieve data is gecontroleerd voor normaliteit van de variabelen, missende waarden, uitbijters en extreme waarden. De analyses van de data op de afzonderlijke hypothesen volgen hierna.

#### 3.1 *Kwaliteit van het kindertehuis*

De kwaliteit van het tehuis is beoordeeld met de SACERS. De SACERS bestaat uit zes subschalen, zoals weergegeven in tabel 1. Het was mogelijk om alle items te scoren met uitzondering van een item op de subschaal Communicatie, dit betreft een vraag met betrekking tot de interactie tussen schoolpersoneel en thuispersoneel over de kinderen en het programma en is niet relevant voor de tehuisituatie.

Tabel 1.

#### *Resultaten SACERS*

Subschaal	Aantal items/Aantal items gescoord	Gemiddelde score
Ruimte en Inrichting	11/11	3.00
Gezondheid en Veiligheid	8/8	5.50
Activiteiten	8/8	1.38
Communicatie	9/8	3.50
Programmastructuur	4/4	4.50
Personeelsontwikkeling	3/3	5.00
SACERS Totaal	42/43	3.81

#### 3.1.1 *Ruimte en Inrichting*

Het tehuis is gevestigd in een verouderd gebouw met meerdere grote verdiepingen. Op twee verdiepingen zijn de leefgroepen gevestigd. Een verdieping bestaat uit slaapkamers voor de kinderen en uit een woonkamer, eetkamer, badkamer en klein keukentje. Ook is er op iedere verdieping een zeer kleine personeelsruimte, deze ruimte is altijd afgesloten voor de kinderen. Alle gegevens over de kinderen, waaronder roosters, aantekening van de verzorgers, rapporten van de psychologe en ook hun eventuele medicijnen worden in deze ruimte bewaard. In de personeelsruimte bevinden zich ook enkele computers en een

draadloze telefoon. In de hal bevindt zich ook nog een vaste telefoonlijn waar kinderen onder toezicht mee kunnen telefoneren.

De aankleding van de gemeenschappelijke ruimten is verouderd en weinig uitnodigend voor kinderen. De meubels in de woonkamer zijn verouderd en het speelgoed en boeken zijn opgeruimd in kasten voor zover aanwezig. Het formaat van de tafels en stoelen is voor volwassenen, er zijn geen aangepaste –kleinere- meubels aanwezig. De kinderen hebben een eigen slaapkamer die is ingericht met een bed en bureau en zijn verder zeer kaal (witte muren en plavuizen op de grond) en weinig aantrekkelijk voor kinderen. Behalve in de gemeenschappelijke woonkamer en eetkamer is er weinig werk en foto's van de kinderen te vinden, in deze ruimten hangen enkele foto's van gemeenschappelijke activiteiten. De verzorgers moeten te allen tijde het overzicht over de kinderen hebben, dit resulteert in weinig privacy voor de kinderen. De score van de SACERS is minimaal, drie punten ten opzichte van de zevenpuntsschaal.

### *3.1.2 Gezondheid en Veiligheid*

Op de subschaal Gezondheid en Veiligheid scoort het tehuis goed. Voedsel wordt bereid door een kok in een professionele keuken. De dagelijkse verzorgers controleren de persoonlijke hygiëne van de kinderen. Kinderen wassen hun handen voor iedere maaltijd en worden gewassen voor het slapen gaan en oudere kinderen wordt geleerd hoe dit zelf te doen. Het tehuis beschikt over een noodplan en men oefent ook een aantal maal per jaar hoe zij het pand zo snel mogelijk moeten verlaten met de kinderen. Als zich noodsituaties voordoen worden de ouders ingelicht. Het is onbekend wie kan reanimeren, het tehuis geeft aan hun eerste-hulpplan te willen verbeteren en ieder personeelslid te willen certificeren op EHBO. De medische en gezinsachtergrond van de kinderen wordt op dit moment nog teveel openbaar gecommuniceerd naar de verschillende medewerkers van het tehuis.

### *3.1.3 Activiteiten*

Op de subschaal activiteiten behaalde het tehuis een gemiddeld zeer lage score. Er worden weinig activiteiten voor de kinderen georganiseerd. Als reden hiervoor is voornamelijk het personeelsgebrek te geven. Er dient altijd een verzorger aanwezig te zijn op de leefgroep zelf, er blijft dan een verzorger over om er met de kinderen op uit te gaan. Er is weinig materiaal aanwezig voor creatieve activiteiten, het knutsellokaal bevindt zich in de kelder en is niet vrij toegankelijk voor de kinderen. Leesboeken zijn opgeborgen in de personeelsruimte om de boeken te beschermen. Er zijn wel wekelijks terugkerende activiteiten als zwemles. Overige

activiteiten, bijvoorbeeld spelletjes buiten, worden veelal door stagiaires georganiseerd. Zij kunnen hier wel tijd voor vrijmaken.

#### *3.1.4 Communicatie*

De communicatie in het tehuis is minimaal, zowel tussen het personeel als tussen het personeel en de kinderen. De kinderen worden uit school gehaald, wellicht dat er enige interactie plaatsvindt tijdens het haalmoment, bij aankomst in de leefgroep is er echter weinig individuele aandacht vanuit het personeel naar de kinderen.

Er is onder het personeel geen duidelijke strategie van disciplineren. Er zijn regels vastgelegd hoe het personeel en de kinderen met elkaar om moeten gaan. Er zijn echter geen regels met betrekking tot straf. Gebrek aan consistentie maakt het moeilijk voor de kinderen te leren om een onderscheid te maken tussen gewenst en ongewenst gedrag.

#### *3.1.5 Programmastructuur*

De score op de subschaal programmastructuur is ruim voldoende. De voldoende score hangt samen met de geplande activiteiten gedurende de week, zoals zwemactiviteiten. Ook jaarlijks terugkerende activiteiten zoals de ouderdag horen hierbij. Op een van de bezoeken was er een programmaoverzicht gemaakt, opgehangen in de eetkamer. De kinderen konden hierop zien wat zij de weken erna aan activiteiten op de vrije woensdagmiddag konden verwachten. Tijdens de weekenden zijn er minder kinderen aanwezig, de verzorgers hebben dan meer tijd voor de kinderen en zij proberen de sfeer zo huiselijk mogelijk voor hen te maken en ook activiteiten met de kinderen te ondernemen.

#### *3.1.6 Personeelsontwikkeling*

De personeelsontwikkeling is goed. Er zijn dagelijkse overdrachtsmomenten tussen de verzorgers onderling en wekelijkse vergadermomenten. Hierbij is ook een leidinggevende aanwezig. Stagiaires lijken daarentegen weinig begeleiding te krijgen en worden snel alleen met de kinderen gelaten. Het personeel volgt regelmatig workshops, zij worden geacht deze kennis met elkaar te delen. Uit het bij de vragenlijst horende interview met een van de medewerkers blijkt er wel een groot personeelsverloop te zijn.

### *3.2 Data-inspectie*

Bij inspectie van de data bleek voor twee cases uit de controlegroep de thuissituatie uit een pleeggezin te bestaan. Deze cases komen niet voor in de groep gematchte gezinskinderen en

zouden mogelijk van invloed zijn op de resultaten of zouden moeten worden meegenomen worden als een aparte groep. Er is ervoor gekozen deze cases te verwijderen.

*CBCL 4-12* De normaliteit van de steekproef ( $n=14$ ) is bekeken door onder andere de interpretatie van boxplots. Twee cases hadden een uitbijter op twee verschillende subschalen. Verwijdering van de cases leidden tot meer aantasting van de normaliteit van de verdeling van de schalen. Besloten is geen cases te verwijderen en de steekproef als normaal verdeeld te analyseren.

*TRF* Binnen de steekproef ( $n=17$ ) zijn er drie cases met missende waarden op alle subschalen waardoor er geen totaalscore kon worden berekend. Deze cases zijn verwijderd ( $n=14$ ), verder zijn alle cases meegenomen. Verwijderen van de meest uitbijtende cases zorgde weliswaar voor meer homogeniteit in de resultaten, deze test is echter bedoeld om onderscheid te maken in probleemgedrag, dit komt hierin naar voren.

*Fysieke Metingen en IQ* Binnen de steekproef voor de fysieke metingen ( $n=101$ ) zijn er voor een case (een tehuiskind) geen scores op de fysieke metingen, deze case is derhalve ook niet meegenomen in de analyses ( $n= 100$ ). De rest van de scores is normaal verdeeld, dit geldt ook voor de scores op IQ ( $n=90$ ).

### 3.3 *Probleemgedrag in het Tehuis - CBCL*

Onder de tehuis kinderen is probleemgedrag gemeten met de Child Behavior Checklist / 4-18 jaar (CBCL). Voor alle kinderen ( $n=14$ ; 7 meisjes, 7 jongens) was het mogelijk een totaalscore te berekenen. Een kind had zojuist de leeftijd van 13 bereikt en een kind moest de leeftijd van vier jaar nog bereiken, deze cases zijn wel meegenomen in de berekeningen, Deze kinderen behoorden tot de focusgroep tehuis kinderen en functioneerden ook als zodanig binnen deze groep, de resultaten van deze cases bleken niet extreem.

Door de verzorgers is voor alle kinderen in meer of mindere mate probleemgedrag vastgesteld. In tabel 2 zijn de gemiddelde scores van de tehuis kinderen weergegeven net als de gemiddelde normscore waarmee de resultaten van de tehuis kinderen zijn vergeleken.



Tabel 2.

*Gemiddelde scores CBCL tehuis kinderen en normscore*

Probleemgedrag	Gemiddelde score thuis (SD)		Gemiddelde normscore <sup>a</sup> (SD)	
	Meisje (N=7)	Jongen(N=7)	Meisje	Jongen
Internaliserend	9.14 (5.8)	10.29 (10.8)	5.16 (5.0)	4.52 (4.3)
Externaliserend	11.14 (6.7)	8.57 (6.1)	6.04 (5.6)	8.36 (6.4)
Totaal	31.57 (14.8)	31.00 (19.6)	19.18 (14.8)	21.27(14.0)

*Note.* a. Betreft gemiddelde normscores uit Verhulst (1996), jongens (N=579), meisjes (N=593)

*Zijn de resultaten op de CBCL afgenomen onder tehuis kinderen afwijkend van de norm, uitgesplitst naar sekse?*

De thuisgroep is vergeleken door middel van een t-toets voor één steekproef met de gemiddelde probleemscores voor CBCL-normgroepen jongens ( $n=579$ ) en meisjes ( $n=593$ ) in de leeftijdscategorie 4-11 jaar (tabel 2). Bij het vergelijken van de meisjes uit de thuisgroep met de normgroep zijn er significante verschillen gevonden op de subschalen Angstig probleemgedrag, Sociaal probleemgedrag en Aandachtsproblemen. Er is geen significant verschil gevonden op de bredebandsyndromen. Op de schaal externaliserend ( $t(6) = 2.02, p = .09$ ) en op de schaal Totaal ( $t(6) = 2.21, p = .07$ ) is er wel een trend waar te nemen (tabel 3). De thuismeisjes vertonen meer probleemgedrag dan de gezinsmeisjes. Het effect is voor beide schalen,  $d = 0.83$  voor de schaal Exteranaliserend en  $d = 0.84$  voor de schaal Totaal, groot te noemen volgens Cohen (1988).

Tabel 3.

*Resultaten t-test tehuismeisjes vergeleken met meisjes norm*

Probleemgedrag	Meisjes Norm (N=593)		Tehuismeisjes (N=7)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Teruggetrokken	1.79	1.95	2.86	3.34	0.85	.43	-
Somatisch	1.00	1.60	1.29	1.80	0.42	.69	-
Angstig	2.47	2.89	5.43	2.94	2.67	.04	1.02
Sociaal	1.17	1.64	2.86	1.77	2.52	.05	0.99
Denk	0.46	1.03	0.43	0.53	-0.16	.88	-
Aandachts	2.45	2.46	4.00	1.29	3.17	.02	0.79
Delinquent	0.91	1.52	2.43	1.99	2.02	.09	0.86
Agressief	5.13	4.60	8.71	4.86	1.95	.10	0.76
Internaliserend	5.16	5.02	9.14	5.81	1.81	.12	-
Externaliserend	6.04	5.57	11.14	6.69	2.02	.09	0.83
Totaal	19.18	14.82	31.57	14.82	2.21	.07	0.84

De vergelijking van de jongens uit de tehuisgroep met de normgroep laat geen significant verschil zien (tabel 4) op de bredebandsyndromen en is er ook geen sprake van een trend.

Wel laten de tehuisjongens meer teruggetrokken gedrag zien, het betreft hier een trend ( $t(6) = 2.18$ ,  $p = .07$ ), het effect is groot ( $d = 1.09$ ).

Tabel 4.

*Resultaten t-test tehuisjongens vergeleken met jongens norm*

Probleemgedrag	Jongens Norm (N=579)		Tehuisjongens (N=7)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Teruggetrokken	1.61	1.75	5.29	4.46	2.18	.07	1.09
Somatisch	0.74	1.20	0.86	1.57	0.20	.85	-
Angstig	2.23	2.69	4.43	5.59	1.04	.34	-
Sociaal	1.31	1.73	3.14	3.02	1.60	.16	-
Denk	0.39	0.84	0.71	1.25	0.68	.52	-
Aandachts	3.21	2.76	5.29	3.64	1.51	.18	-
Delinquent	1.28	1.41	1.86	2.27	0.67	.53	-
Agressief	6.97	5.42	6.71	4.50	-0.15	.89	-
Internaliserend	4.52	4.27	10.29	10.58	1.44	.20	-
Externaliserend	8.26	6.36	8.57	6.08	0.14	.90	-
Totaal	21.27	13.98	31.00	19.61	1.31	.24	-

De resultaten van de CBCL-schalen internaliseren, externaliserend en totaal probleemgedrag kunnen worden ingedeeld in drie gebieden. Deze gebieden zijn het normale gebied, het klinische gebied en het gebied daartussen, het grensgebied. Het grensgebied vertegenwoordigt de scores die de aanwezigheid van aanzienlijke problemen aangeven, maar net niet in het klinisch gebied thuishoren. Achenbach (1991b) heeft deze grenzen bepaald op basis van verschillen tussen een Amerikaanse normgroep en een groep Amerikaanse kinderen met een klinische verwijzing.

In Tabel 5 is een overzicht van de resultaten weergegeven van de tehuisgroep per gebied, opgesplitst naar sekse. Zes van de 14 tehuiskinderen vallen in het klinische gebied wanneer er gekeken wordt naar internaliserend probleemgedrag, de resultaten van drie van kinderen blijken in het klinische gebied als de focus op externaliserend probleemgedrag ligt. De resultaten op totaal probleemgedrag van vier van de kinderen scoren in het klinische gebied.

Tabel 5.

*Verdeling tehuiskinderen in gebieden op basis van resultaten CBCL<sup>a,b</sup>.*

CBCL probleemgedrag	Normale gebied		Grensgebied		Klinische gebied	
	Jongen	Meisje	Jongen	Meisje	Jongen	Meisje
Internaliserend	57 % (N = 4)	43 % (N = 3)	-	-	29 % (N = 2)	57 % (N = 4)
Externaliserend	86 % (N = 6)	57 % (N = 4)	-	-	-	43 % (N = 3)
Totaal	57 % (N = 4)	57 % (N = 4)	14 % (N = 1)	-	14 % (N = 1)	43 % (N = 3)

*Note.* a. Steekproef: Tehuisjongens (N=7); Tehuismeisjes (N=7)

b. Norm normale gebied = 82 %; Norm grensgebied = 8 %; Norm klinische gebied = 10 % (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996; 1997).

### 3.4 *Probleemgedrag op school - TRF*

Door de leerkrachten van de school van zeven van de tehuiskinderen en zeven gematchte basisschoolleerlingen is de Teacher Report Form (TRF) ingevuld. Voor geen van de kinderen zijn er somatische klachten gerapporteerd, deze schaal is dan ook niet meegenomen in verdere analyses.

*Zijn de resultaten op de TRF afgenomen onder tehuis kinderen afwijkend van de gezins kinderen, uitgesplitst naar sekse?*

De resultaten van de tehuisgroep zijn vergeleken door middel van een t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven met de resultaten die door de leerkrachten voor de gezins kinderen zijn gescoord.

Bij het vergelijken van de meisjes uit de tehuisgroep met de gezinsgroep is er een significant verschil op de schaal Totaal probleemgedrag ( $t(7) = -2.84, p = .04$ ), met een groot effect van  $d = 1.80$ . De tehuismeisjes vertonen significant meer probleemgedrag dan de gezinsmeisjes. Wanneer de subschalen bekeken worden, blijken de tehuismeisjes ook significant te verschillen op de schaal Sociaal probleemgedrag ( $t(7) = -3.14, p = .04$ ) en als trend op de schaal Aandachtsproblemen ( $t(7) = -2.30, p = .08$ ). De meisjes die in het tehuis verblijven, vertonen meer aandachts- en sociaal probleemgedrag. De overige resultaten op de TRF van de onderzochte meisjes zijn weergegeven in tabel 6.

Tabel 6.

*Resultaten TRF t-test tehuismeisjes vergeleken met gezinsmeisjes*

Probleemgedrag	Tehuismeisjes (N=5)		Gezinsmeisjes (N=4)		t	p	d
	M	SD	M	SD			
Teruggetrokken	1.60	2.07	1.00	2.00	-0.44	.68	-
Somatisch	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-
Angstig	4.80	4.92	0.25	0.50	-1.82	.11	-
Sociaal	3.20	2.28	0.00	0.00	-3.14	.04	1.99
Denk	0.20	0.45	0.00	0.00	-0.88	.41	-
Aandacht	5.80	5.02	0.50	1.00	-2.30	.08	1.46
Delinquent	0.20	0.45	0.00	0.00	-0.88	.41	-
Agressief	7.20	8.59	0.00	0.00	-1.88	.13	-
Internaliserend	6.00	5.05	1.25	2.50	-1.71	.13	-
Externaliserend	7.40	8.82	0.00	0.00	-1.88	.13	-
Totaal	20.60	14.52	1.75	2.87	-2.84	.04	1.80

*Note.* Somatisch probleemgedrag is niet gescoord op deze test.

Bij het vergelijken van de jongens uit de tehuisgroep met de jongens uit de gezinsgroep zijn er geen significante verschillen gevonden op de subschalen en ook niet op de bredebandsyndromen. De gemiddelden van de gezinsjongens laten hogere scores zien dan de tehuisjongens (tabel 7).

Tabel 7.

*Resultaten t-test TRF tehuisjongens en gezinsjongens*

Probleemgedrag	Tehuisjongens (N=2)		Gezinsjongens (N=3)		t	p
	M	SD	M	SD		
Teruggetrokken	1.00	0.00	0.67	1.16	-0.39	.72
Somatisch	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-
Angstig	2.00	1.41	2.67	4.62	0.19	.86
Social	0.00	0.00	1.00	1.73	0.78	.50
Denk	0.00	0.00	0.67	1.16	0.78	.50
Aandachts	2.00	0.00	5.33	7.57	0.59	.60
Delinquent	0.00	0.00	0.67	1.16	0.78	.50
Agressief	1.00	1.41	6.00	6.56	1.01	.39
Internaliserend	2.00	1.41	3.00	5.20	0.25	.82
Externaliserend	1.00	1.41	6.67	7.64	0.99	.40
Totaal	4.50	2.12	15.33	20.79	0.70	.54

Note. Somatisch probleemgedrag is niet gescoord op deze test.

*Zijn de resultaten op de TRF afgenomen onder tehuis- en gezinskinderen afwijkend van de norm, uitgesplitst naar sekse?*

De tehuismeisjes verschillen niet significant van de normgroep op de schalen Internaliseren, Externaliserend en Totaal probleemgedrag. De gezinsmeisjes verschillen significant van de normgroep op de schalen Internaliserend ( $t(3) = -3.18, p = .05$ ) en Totaal probleemgedrag ( $t(3) = -9.07, p < .01$ ). De gezinsmeisjes blijken minder Internaliserend en Totaal probleemgedrag te vertonen dan de meisjes in de normgroep, het effect van deze verschillen is groot (tabel 8). Op Externaliserend probleemgedrag was het resultaat 0 bij alle gezinsmeisjes, er kon geen vergelijking worden uitgevoerd.

Tabel 8.

*Resultaten TRF tehuismeisjes en gezinsmeisjes vergeleken met TRF normgroepen*

Probleemgedrag	Norm (N=477)		Tehuismeisjes (N=5)				Gezinsmeisjes (N=4)					
	M	SD	M	SD	t	p	d	M	SD	t	p	d
Internaliserend	5.23	6.06	6.00	5.05	0.34	.75	-	1.25	2.50	-3.18	.05	0.86
Externaliserend	3.26	5.18	7.40	8.82	1.05	.35	-	0.00	0.00	-	-	-
Totaal	14.78	15.32	20.60	14.52	0.90	.42	-	1.75	2.87	-9.07	.00*	1.18

Note. Standaarddeviatie is 0 op externaliserend Gezinsmeisjes, er kan geen t-waarde berekend worden.

\*  $p < 0.01$

De tehuisjongens verschillen niet significant van de normgroep, wel is er sprake van een trend op de schaal Totaal probleemgedrag ( $t(1) = -11.58, p = .06$ ), de tehuisjongens vertonen minder totaal probleemgedrag dan de jongens in de normgroep. De effectgrootte is  $d = 1.14$  en dus groot volgens Cohen (1988). Op de schalen Internaliseren en Externaliserend probleemgedrag wordt eveneens geen significant verschil, maar ook geen trend gemeten. De gezinsjongens verschillen niet significant op de in tabel 9 weergegeven bredebandsyndromen, Internaliseren, Externaliserend en Totaal probleemgedrag met de normgroep.

Tabel 9.

*Resultaten TRF tehuisjongens en gezinsjongens vergeleken met TRF normgroepen*

Probleemgedrag	Norm (N=477)		Tehuisjongens (N=2)					Gezinsjongens (N=3)				
	M	SD	M	SD	t	p	d	M	SD	t	p	d
Internaliserend	5.57	6.26	2.00	1.41	-3.57	.17	-	3.00	5.20	-0.86	.48	-
Externaliserend	6.70	9.01	1.00	1.41	-5.70	.11	-	6.67	7.64	-0.01	.99	-
Totaal	21.87	21.38	4.50	2.12	-11.58	.06	1.14	15.33	20.793	-0.55	.64	-

Net als bij de resultaten van de CBCL-schalen Internaliseren, Externaliseren en Totaal probleemgedrag kunnen de TRF-schalen Internaliseren, Externaliseren en Totaal probleemgedrag ook worden ingedeeld in drie gebieden; het normale gebied, het klinische gebied en het grensgebied. Ook voor de TRF heeft Achenbach (1991b) deze grenzen bepaald op basis van verschillen tussen een Amerikaanse normgroep en een groep Amerikaanse kinderen met een klinische verwijzing.

In tabel 10 zijn de resultaten van de schalen Internaliseren, Externaliseren en Totaal probleemgedrag ingedeeld naar gebied, uitgesplitst naar sekse. Van de 14 schoolkinderen scoort er één meisje in het klinische gebied wanneer er gekeken wordt naar internaliserend probleemgedrag, van twee meisjes vallen de resultaten op externaliserend probleemgedrag in het klinische gebied. Het resultaat op totaal probleemgedrag van één meisje valt in het klinische gebied. De jongens scoren niet in het klinische gebied.

Tabel 10.

*Verdeling schoolkinderen in gebieden op basis van resultaten TRF<sup>a,b</sup>*

TRF probleemgedrag	Normale gebied		Grensgebied		Klinische gebied	
	Jongen	Meisje	Jongen	Meisje	Jongen	Meisje
Internaliserend	100 % (N = 5)	89 % (N = 8)	-	-	-	11 % (N = 1)
Externaliserend	80 % (N = 4)	78 % (N = 7)	20 % (N = 1)	-	-	22 % (N = 2)
Totaal	80 % (N = 4)	89 % (N = 8)	20 % (N = 1)	-	-	11 % (N = 1)

*Note.* a. Steekproef: Jongens (N=5); Meisjes (N=9)

b. Norm normale gebied = 82 %; Norm grensgebied = 8 %; Norm klinische gebied = 10 % (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996; 1997)

### 3.5 Fysieke metingen

De fysieke metingen zijn uitgevoerd onder honderd kinderen op de basisschool van de kinderen, onder deze honderd kinderen bevonden zich acht tehuis kinderen en 92 basisschoolleerlingen. De overige tehuis kinderen uit de focusgroep bezochten op dat moment de school voor speciaal onderwijs of waren nog te jong om naar school te gaan.

*Is er verschil in fysieke uitkomstmaten tussen jongens en meisjes uitgesplitst naar gezinssituatie?*

Met een Ancova met leeftijd als covariaat is bekeken of er een verschil in gemiddelden tussen jongens en meisjes per fysieke meting is. Zowel voor de gezinskinderen als voor de tehuis kinderen was er geen significant verschil tussen de seksen. Tabel 11 worden de gemiddelde resultaten gepresenteerd, uitgesplitst naar sekse en thuissituatie. Ten behoeve van de steekproefgrootte worden jongens en meisjes in verdere analyses van de fysieke metingen dan ook als één groep gezien.

Tabel 11.

*Gemiddelden fysieke metingen op basis van sekse en thuissituatie*

	Jongens				Meisjes			
	KH (N=3)		GZ(N=50)		KH (N=5)		GZ(N=42)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Leeftijd (jaren)	9.67	4.16	7.3	2.61	6.30	1.72	7.54	2.80
Gewicht (kg)	32	13.11	28.14	9.98	23.30	5.73	29.12	11.61
Lengte (cm)	137.17	26.28	126.37	14.12	117.52	11.98	127.55	16.64
Hoofdomtrek (cm)	50.83	2.36	51.81	1.68	50.80	0.27	51.39	2.10

*Note.* Thuissituatie: Kindertehuis (KH), Gezin (GZ)

De resultaten van de totale groep zijn gecontroleerd door middel van een correlatieanalyse. In tabel 12 worden de correlaties tussen de verschillende variabele weergegeven. Leeftijd correleert significant positief met gewicht, lengte en hoofdomtrek, dit ondersteunt de verwachting dat leeftijd van invloed is op deze variabelen en ook als zodanig moet worden meegenomen in de analyses. De negatieve correlatie tussen hoofdomtrek en schooltype ( $r(100) = -0.21, p = .04$ ) geeft aan dat een grotere hoofdomtrek veelal samengaat met een hoger schooltype en vice versa.

Tabel 12.

*Correlaties variabelen fysieke metingen (N=100)*

	S	LJ	TH	ST	GW	L	HO
Sekse (S)	1.00						
Leeftijd in jaren (LJ)	-0.01	1.00					
Thuisituatie (TH)	0.09	0.02	1.00				
Schooltype (ST)	0.06	0.15	0.19	1.00			
Gewicht (GW)	0.01	0.81**	-0.05	0.09	1.00		
Lengte (L)	-0.02	0.89**	-0.04	0.14	0.89**	1.00	
Hoofdomtrek (HO)	-0.12	0.52**	-0.12	-0.21*	0.63**	0.63**	1.00

\*\* $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$

*Is er verschil tussen tehuis- en gezinskinderen op de fysieke metingen?*

De gemiddelde resultaten op de fysieke metingen, uitgesplitst naar tehuis en gezinskinderen en schooltype, zijn weergegeven in tabel 13.

Tabel 13.

*Gemiddelden fysieke metingen op basis van type basisschool en thuisituatie*

	Tehuis				Gezin			
	RO (N=4)		SBO (N=4)		RO (N=73)		SBO (N=19)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Leeftijd (jaren)	6.75	4.19	8.38	1.80	7.22	2.91	8.13	1.38
Gewicht (kg)	25.88	12.64	27.25	6.69	27.99	10.91	30.87	9.79
Lengte (cm)	122.25	25.40	127.53	15.15	125.77	16.18	131.30	10.10
Hoofdomtrek (cm)	51.13	1.84	50.50	0.41	51.80	1.89	50.92	1.74

Note. Regulier basisonderwijs (RO), Speciaal basisonderwijs (SBO).



Wanneer we met een variantie-analyse de thuissituatie controleren voor leeftijd blijkt er geen significant verschil tussen de kinderen in een gezin of in het tehuis wat betreft de fysieke metingen. Alle verschillen in gewicht, lengte en hoofdomtrek zijn dus terug te voeren op leeftijd (tabel 14).

Tabel 14.

*Resultaten verschil in fysieke metingen tussen tehuis kinderen en gezins kinderen*

	Afhankelijke Variabele	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Leeftijd (covariaat)	gewicht in kg.	1	193.70	.00*
	lengte in cm.	1	375.76	.00*
	hoofdomtrek in cm.	1	36.20	.00*
Thuis situatie	gewicht in kg.	1	1.23	.27
	lengte in cm.	1	1.16	.29
	hoofdomtrek in cm.	1	2.18	.14

\*  $p < .001$ .

*Is er verschil in fysieke uitkomstmaten tussen speciaal en niet-speciaal onderwijs binnen de totale groep (gecontroleerd voor leeftijd)?*

De thuissituatie bleek eerder niet voor een significant verschil in de uitkomsten op de fysieke metingen te zorgen. In de analyse naar de invloed van het onderwijstype is de thuisgroep samen genomen met de gezinsgroep en worden zij als één groep gezien bij het bekijken van de invloed van schooltype - regulier basisonderwijs en speciaal basisonderwijs - op de fysieke metingen.

Op hoofdomtrek is er een significant verschil tussen de twee schooltypen in de totale groep gevonden ( $F(1, 99) = 12.75, p = .001$ ) (tabel 15). Kinderen die het speciaal onderwijs bezoeken, hebben een kleinere hoofdomtrek dan de kinderen op het reguliere basisonderwijs. Dit verschil is niet significant terug te vinden wanneer we dit toetsen in de thuisgroep, waarschijnlijk als gevolg van de kleine steekproef. Op de metingen gewicht en lengte is er geen significant verschil gevonden tussen de verschillende schooltypen in de totale groep en ook niet in de thuisgroep.

Tabel 15.

*Resultaten invloed schooltype op hoofdomtrek*

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Leeftijd (covariaat)	1	51.54	.000*
Schooltype	1	12.75	.001**

a.  $R^2 = 0.38$ ; \*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$

### 3.6 Cognitie

#### *Is er verschil in IQ tussen jongens en meisjes binnen de tehuisgroep en de gezinsgroep?*

Er is geen significant verschil in resultaten tussen jongens en meisjes in zowel de tehuisgroep als de gezinsgroep; de gemiddelden zijn weergegeven in tabel 16. De resultaten op de IQ-test zijn bij de verwerking al gecontroleerd voor leeftijd. In verdere analyses van de IQ-test zal er geen onderscheid gemaakt worden tussen de seksen. De resultaten zullen in deze scriptie niet worden vergeleken met de resultaten van een normgroep. De Koning (2008) rapporteerde dat de gehele Belgische steekproef lager scoorde dan een Canadese controlegroep uit onderzoek van Dawson, Soulières, Gernsbacher, en Mottron (2007).

Tabel 16.

*Gemiddelde ruwe scores IQ*

	Tehuis				Gezin			
	jongens ( $N=3$ )		meisjes ( $N=3$ )		jongens ( $N=45$ )		meisjes ( $N=39$ )	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
IQ	3.43	3.52	3.67	0.81	5.56	2.15	5.68	1.68

#### *Is er verschil in IQ tussen speciaal en regulier basisonderwijs binnen de tehuisgroep en binnen de gezinsgroep?*

Er is geen significant verschil tussen speciaal en regulier basisonderwijs gemeten op de IQ-scores binnen de tehuisgroep. Binnen de gezinsgroep wordt er wel een significant verschil tussen de twee onderwijstypen gemeten ( $t(82) = 2.12$ ,  $p = .04$ ). Levene's test voor gelijkheid in varianties binnen de t-toets geeft echter ongelijke varianties aan. Ter controle van de parametrische resultaten is er ook non-parametrisch getoetst met de Mann-Whitney-toets. Het resultaat van deze toets ( $Z = -1.93$ ,  $p = .05$ ) is niet significant, maar geeft wel een trend aan. Er is een tendens dat de kinderen die het speciaal onderwijs volgen lager scoren op IQ dan de kinderen die het reguliere basisonderwijs bezoeken.

Er wordt binnen de totale groep (inclusief de tehuis kinderen) eveneens een (verwacht) significant verschil ( $t(88) = 2.17, p = .03$ ) gemeten tussen het IQ van kinderen die het speciaal basisonderwijs volgen en kinderen die het reguliere basisonderwijs volgen (tabel 17). De kinderen die het reguliere basisonderwijs volgen scoren hoger op de IQ-test.

Tabel 17.  
*Resultaten t-test IQ*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
SBO Tehuis	2	2.25	1.20	0.98	.38	-
RO Tehuis	4	4.20	2.56			
SBO Gezin	16	4.87	1.45	2.12	.04	0.53
RO Gezin	68	5.79	2.00			
SBO Totaal	18	4.58	1.63	2.17	.03	0.61
RO Totaal	72	5.71	2.05			
Tehuis	6	3.55	2.29	2.50	.01	0.96
Gezin	84	5.62	1.94			

*Note.* Regulier basisonderwijs (RO); Speciaal basisonderwijs (SBO).

*Is er verschil tussen tehuis- en gezinskinderen wat betreft IQ?*

Er wordt een significant verschil in IQ gemeten tussen tehuis kinderen en gezinskinderen ( $t(88) = 2.50, p = .01$ ). De gezinskinderen scoren gemiddeld hoger op de IQ-test (tabel 17). Resultaten van De Koning (2008), waarbij vier tehuis kinderen werden vergeleken met tien gematchte gezinskinderen, lieten ook zien dat de gezinskinderen hoger scoren dan de tehuis kinderen ( $d = 0.60$ ).

## 4 Discussie

In dit exploratieve onderzoek is gekeken naar de ontwikkeling van tehuis kinderen door hen te vergelijken met kinderen die opgroeien in een gezin. Hiervoor is onderzoek gedaan in een Belgisch kindertehuis. Indicatoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van de tehuis kinderen zijn in kaart gebracht door de kwaliteit van het Belgische kindertehuis te meten. Het gedrag van tehuis kinderen en gezinskinderen, hun fysieke ontwikkeling en hun cognitie zijn gemeten en tevens zijn de kinderen geobserveerd door de onderzoekers.

De centrale vraagstelling is: Hoe ontwikkelen tehuis kinderen zich wanneer we kijken naar gedrag, fysieke uitkomsten en IQ en is er verschil met gezinskinderen?

### *Kwaliteit van het tehuis*

Vele eerdere onderzoeken hebben de relatie gelegd tussen kwaliteit van tehuizen en kinduitkomsten op het gebied van gedrag en cognitie (Castle et al., 1999; Colombo et al., 1992; Frank et al., 1996; Johnson et al., 2006; Rutter et al., 2001a; Smyke et al., 2007).

In dit onderzoek is de kwaliteit van het tehuis en de geboden zorg in kaart gebracht met de SACERS, een vragenlijst die geboden (niet-ouderlijke) zorg op buitenschoolse opvang in kaart brengt. Met de vragenlijst SACERS hebben onderzoekers de kwaliteit van de geboden zorg door het tehuis tot aan de avondmaaltijd kunnen meten.

De totaalscore (3.81) ligt tussen de waardering minimaal (3) en goed (5) in. De gezondheid en veiligheid zijn goed gewaarborgd in het tehuis, er is een professionele kok aanwezig en er wordt veel aandacht besteed aan de persoonlijke hygiëne van de kinderen. Noodplannen zijn in orde en het tehuis heeft een verbeterplan liggen op het gebied van de eerste hulp. De personeelsontwikkeling is goed, er is een goede overdracht tussen de verzorgers en er zijn wekelijkse vergadermomenten gepland. Medewerkers van het tehuis gaven bij de onderzoekers aan open te staan voor suggesties tot verbetering.

Er zijn zeker mogelijkheden tot verbetering. Zo scoort het tehuis op de schaal programmastructuur weliswaar bijna voldoende, activiteiten zoals zwembles en ouderdagen staan vast en kinderen weten daardoor waar zij aan toe zijn. Daarentegen is de frequentie van activiteiten laag, er is geen dagelijks aanbod en kinderen zijn niet vrij in hun keuze. Op de schaal activiteiten scoort het tehuis dan ook zeer laag. Oorzaak voor het beperkte aanbod van activiteiten is voornamelijk personeelsgebrek. Ook de ruimte en inrichting van het tehuis heeft een minimale score. Meubels zijn verouderd en niet aangepast op kinderlengte; speelgoed en kinderboeken, voor zover aanwezig, zijn opgeborgen in kasten en muren zijn

kaar. Het tehuis nodigt niet uit tot exploratie en is weinig stimulerends voor de kinderen. Het aanbod van activiteiten en de mogelijkheden tot exploratie kunnen negatieve gevolgen hebben voor de cognitie, wanneer er sprake is van onderstimulering (Castle et al., 1999).

De resultaten wijzen verder op onvoldoende individuele aandacht voor de kinderen. Er is geen afgesproken systeem van diciplineren, met inconsequent gedrag als gevolg. Inconsequentie bij het disciplineren van kindern is van grote invloed op het ontwikkelen van externe gedragsproblemen (Patterson et al., 1992). Hoewel op het gebied van programmering wel een duidelijke structuur geboden wordt, is dit niet het geval bij het aanbod van activiteiten en individuele aandacht.

Uit het bijbehorende interview met een van de verzorgers blijkt een frequente personeelwisseling. Dit grote personeelsverloop zou het inconsequent disciplineren kunnen verklaren. Deze wisselingen hangen mogelijk samen met het type werknemer, het personeel bestaat uit voornamelijk vrouwen in de leeftijd tussen 20 en 35 jaar. De Belgische overheid verplicht vrouwen, die werkzaam zijn in het justitiële veld, een jaar zwangerschapsverlof te nemen ter bescherming van zichzelf en hun kind, dit betekent dus regelmatig uitval van vaste verzorgers. Voor de kinderen betekent dit dat ze met verschillende verzorgers te maken krijgen. Zij hebben hierdoor een verhoogde kans op relatieproblemen (Roy et al. (2004), gehechtheidsproblemen, gedragsproblemen als overactiviteit of juist aandachtsproblemen, autistische trekjes, cognitieve stoornissen en een achterstand in de groei (Johnson et al., 2006; Rutter et al., 2001a; Smyke et al., 2007).

Samengevat lijkt het tehuis onvoldoende ingrediënten voor een thuis te bieden aan kinderen met behoefte aan een veilige basis.

### *Gedrag*

Met de CBCL is onderzocht of er verschil is in de mate van probleemgedrag van tehuis kinderen in hun leefgroep ten opzichte van de vastgestelde normgroep (Verhulst et al., 1996; 1997).

Er zijn twee opvallende bevindingen. Allereerst zien de verzorgers bij de tehuisjongens meer teruggetrokken gedrag (trend) dan de norm. Teruggetrokken gedrag is een subschaal van internaliserend probleemgedrag. Eerder onderzoek wijst in een andere richting, bij jongen wordt juist meer externaliserend probleemgedrag waargenomen (Crijnen et al., 1997; Else-Quest et al., 2006; Rescorla et al., 2007).

Een tweede opvallende bevinding is dat de tehuismeisjes meer probleemgedrag laten zien dan de norm en de gezinsmeisjes. In vergelijking met de norm betreffen deze resultaten een

trend. Deze trend wordt verklaard door de score van de tehuismeisjes op externaliserende probleemgedrag, bestaande uit de syndromen delinquent en agressief gedrag. Tehuismeisjes laten in vergelijking met de gezinsmeisjes zelfs significant meer probleemgedrag zien. Deze resultaten werden zowel op de CBCL als op de TRF, behalve door delinquent en agressief gedrag, vooral verklaard door aandachtsproblemen en sociaal probleemgedrag.

Deze resultaten komen overeen met de verwachting van de onderzoekers en bestaande literatuur. Bohman en Sigvardsson (1980) vonden eveneens dat institutionalisering op termijn kan leiden tot (meer) gedragsproblemen evenals Verhulst et al. (1992), Hodges en Tizard (1989a) en Tizard en Hodges (1978). Onderzoek beschreven door Miller (2005, p. 35) bevestigt bovendien dat gedragsproblemen al tijdens de institutionalisering veelvoorkomend zijn. Opvallend is dat de meisjes in het Belgische kinderkuis meer externaliserend probleemgedrag vertonen. Eerder onderzoek laat vooral hoge scores op internaliserend probleemgedrag zien bij meisjes (Crijnen et al., 1997; Else-Quest et al., 2006; Rescorla et al., 2007).

Behalve de indeling in de bredebandsyndromen en subschalen zijn de resultaten van de CBCL en TRF ingedeeld in de gebieden volgens Achenbach (1991b). Hierbij worden de resultaten van de kinderen op individueel niveau ingedeeld in het normale, grens- of klinisch gebied. Op de CBCL scoren één tehujsjongen en drie tehuismeisjes in het klinisch gebied op totaal probleemgedrag, dit aantal overschrijdt de norm van 10 % (Verhulst et al., 1996; 1997). Op de TRF wordt alleen door de tehuismeisjes in het klinisch gebied gescoord, op totaal probleemgedrag scoort één tehuismeisje in het klinisch gebied, dit is 1% boven de norm van 10 % (Verhulst et al., 1996; 1997). Twee meisjes scoren in het klinisch gebied op externaliserend probleemgedrag. Dit is opvallend en ondersteunt de bevindingen op de CBCL, waarin drie meisjes in het klinisch gebied scoren op externaliserend probleemgedrag.

Een verklaring voor het externaliserende gedrag van de meisjes kan de kwaliteit van het tehuis zijn en dan met name het ontbreken van adequate disciplineren en de wisselende verzorgers. Resultaten van Johnson (2006) geven weer dat het ontbreken van een één-op-één-relatie met een verzorger een belangrijke oorzaak is voor schade in het gedrag die opgelopen wordt door kinderen bij opvang door institutionele zorg in plaats van pleegzorg.

Wat we verder in dit onderzoek zien, is minder norm-overschrijdend gedrag gerapporteerd door de leerkracht dan door de verzorgers van het tehuis. Mogelijk functioneren de meisjes beter op school, waar de dag een duidelijke structuur heeft, een consistent systeem van disciplineren kent en er dagelijks vaste leerkrachten werken. In het tehuis hebben zij waarschijnlijk meer te maken met onzekere situaties.

Tevens is te verwachten dat de redenen van uithuisplaatsing van de kinderen een rol speelt. Ten tijde van het onderzoek zijn dit onder andere verstoorde familieverbanden, verwaarlozing en mishandeling. Scheiding en andere problemen binnen het huwelijk van ouders is in eerder onderzoek een adequate voorspeller gebleken voor het ontstaan van externaliserend probleemgedrag bij hun kinderen (Cummings et al., 2004; Katz & Gottman, 1993).

### *Fysieke verschillen*

Er lijkt geen sprake te zijn van fysieke groeiachterstand bij de Belgische tehuis kinderen. De gevonden verschillen op de fysieke maten worden verklaard door hun leeftijd en niet door hun thuissituatie. Eerdere bevindingen laten veelal wel een groeiachterstand zien bij kinderen die opgroeien in een tehuis. In een meta-analyse van Van IJzendoorn et al. (2007) bleken kinderen na institutionalisering op het moment van adoptie achter te liggen op alle domeinen van fysieke groei. Een dergelijke groeiachterstand bleek ook uit onderzoek van Colombo et al. (1992). De kinderen, die na herstel in een voedingsherstelcentrum in instituties opgroeiden, waren significant korter dan hun leeftijdgenoten.

Dat de resultaten afwijken van eerdere bevindingen in de literatuur, komt mogelijk door de kleine steekproef in dit onderzoek, inherent aan het soort onderzoek. Een andere verklaring kan zijn dat eerdere bevindingen veelal verkregen zijn in niet-West-Europese tehuizen. Bij de tehuis kinderen in dit onderzoek is geen sprake van ondervoeding.

### *Cognitie*

Onderzoek van Colombo et al. (1992) wijst uit dat de opvoedsituatie van grote invloed is op de cognitieve competentie. De tehuis kinderen scoren in dit scriptieonderzoek significant lager op de IQ-test dan de gezinskinderen. Deze resultaten komen overeen met de verwachtingen op basis van eerdere bevindingen.

Meta-analytisch onderzoek van Van IJzendoorn & Juffer (2006) laat zien dat latere adoptie, met vaak langere institutionalisering, blijvende negatieve gevolgen heeft voor de schoolprestaties. Net als kinderen die in aanmerking komen voor latere adoptie, zijn de tehuis kinderen veelal voor langere tijd geïnstitutionaliseerd. Het is te verwachten dat ook zij te kampen hebben met de negatieve gevolgen van hun institutionalisering, wanneer het gaat om hun schoolprestaties ten opzichte van leeftijdsgenoten.

Hoewel er geen groeiachterstand is aangetroffen bij de tehuis kinderen, is na exploratie van de data er wel verband gevonden tussen schooltype en gemeten hoofdomtrek voor de totale steekproef. De kinderen in onderzoek die het speciaal onderwijs volgen, hebben een kleinere

hoofdomtrek dan kinderen die het reguliere basisonderwijs volgen. Het schooltype correleert ook met de resultaten op IQ voor deze groep kinderen. Wanneer we schooltype als indicator zien voor intelligentie, zou voorzichtig gesteld kunnen worden dat IQ positief verband houdt met hoofdomtrek. Deze bevinding, het verband tussen intelligentie en hoofdomtrek wordt ondersteund door eerder onderzoek naar het verband tussen hoofdomtrek en intelligentie (Bartholomeusz, Courchesne & Karns, 2002; Genovese, 2008; Ivanovic et al., 2004; O'Connell, Feldt & Stickler, 1965; Tramo, 1998; Wickett, Vernon & Lee, 1994).

### *Beperkingen*

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. Inherent aan het soort onderzoek is de steekproefomvang klein, tevens stond het onderzoek geen voormeting toe. Als gevolg hiervan kunnen geen uitspraken gedaan worden over causaliteit als het gaat om de mogelijke gevolgen van het verblijf in het tehuis op het gedrag en de fysieke ontwikkeling van de kinderen en de richting hiervan. De kinderen verblijven tijdelijk in het tehuis, schade kan ervoor ontstaan zijn en de tehuisplaatsing kan zowel een negatieve als een positieve invloed hebben.

Tijdens dit onderzoek is gebruik gemaakt van openlijke observatie, de onderzoekers waren daardoor bekend bij de participanten. Dit kan de resultaten positief beïnvloeden, wanneer als reactie hierop participanten bijvoorbeeld wenselijk gedrag vertonen. Om deze invloed zoveel mogelijk te beperken zijn de onderzoeksdoelen niet besproken met personeelsleden van het tehuis, docenten op de basisscholen en de participanten.

Avond- en nachtroutine van het tehuis zijn niet meegenomen in het onderzoek, maar maken wel een belangrijk deel uit van de geboden tehuiszorg. Het tehuis scoorde bijvoorbeeld slecht op individuele aandacht voor de kinderen. In de avondroutine werden door de onderzoekers momenten van individuele aandacht waargenomen. Deze momenten konden echter niet worden gescoord in de vragenlijst, maar hadden wel voor een positieve invloed op de resultaten kunnen zorgen.

Om de invloed van bovengenoemde beperkingen zoveel mogelijk te controleren is gebruik gemaakt van verschillende informanten: de verzorgers, de leerkrachten en de observaties van de onderzoekers. Tevens is er gebruik gemaakt van een controlegroep. Het onderzoek geeft hierdoor een waardevol beeld van de situatie waarin tehuis kinderen zich bevinden in vergelijking met hun leeftijdsgenoten die opgroeien in een gezinssituatie.



### *Aanbevelingen*

In artikel 20 uit het VN-verdrag inzake de rechten van het kind wordt beschreven dat, “deze partijen die het verdrag onderschrijven in overeenstemming met hun nationale wetten de alternatieve zorg voor hun kinderen zullen waarborgen. Deze zorg kan bestaan uit een pleeggezin, kafalah in het islamitisch recht, adoptie of indien noodzakelijk plaatsing in voor kinderen geschikte instellingen”. Uit dit verdrag blijkt de mondiale voorkeur voor de alternatieven voor institutionele zorg, adoptie en pleegzorg. Gegeven dat plaatsing in groepszorg meer kost, minder stabiliteit in de zorg biedt en de kans op adoptie niet vergroot, zouden zeer jonge kinderen niet in groepszorg geplaatst moeten worden (Berrick, Barth, Needell, Jonson-Ried, 1997; Juffer, 2010). Wanneer kindertehuizen dan toch in Europa blijven bestaan bij gebrek aan andere mogelijkheden, is het zeer belangrijk om aandacht door middel van onderzoek te blijven geven aan de ontwikkeling van deze kinderen zolang zij op intellectueel en fysiek gebied achter blijven lopen bij hun leeftijdsgenoten (Van IJzendoorn et al., 2008).

Zolang institutionalisering realiteit blijft voor kinderen, is het belangrijk dat de kwaliteit van het tehuis zoveel mogelijk wordt afgestemd op de behoeften van haar bewoners. Een advies naar het Belgische tehuis is zich meer te richten op de ontwikkeling van protocollen op het gebied van disciplineren, het bevorderen van individuele aandacht van de verzorgers en het activiteitsaanbod. Door de werkwijze vast te leggen in protocollen, krijgen de kinderen mogelijk meer individuele aandacht en worden de kinderen op een meer consequente wijze gedisciplineerd, ondanks het grote personeelsverloop. Op deze manier ontstaan er voor de kinderen voorspelbare situaties, waardoor zij zich makkelijker kunnen aanpassen en zich veiliger zullen voelen. Doordat het gebruik van spel materiaal, maar ook het gebruik van huishoudelijk materiaal strikt aan banden is gelegd, wordt de kinderen in de huidige situatie veelal de mogelijkheid tot exploreren onthouden. Wanneer het activiteitsaanbod onderdeel is van het beleid, is het waarschijnlijker dat de kinderen een groter en afwisselender aanbod kunnen verwachten. Een aanbod waarbinnen zij ook hun grenzen kunnen verkennen in een veilige omgeving.

### *Implicaties voor later onderzoek*

Onderwerpen voor verder onderzoek die uit dit onderzoek naar voren komen, zijn indiscriminate friendliness en gehechtheid. Zeanah et al. (2002) omschreef het gedrag van kinderen, waarbij er een gebrek aan verlegenheid wordt vertoond bij het ontmoeten van voor hen vreemde volwassenen, hun bereidheid om deze vreemden te benaderen, met hen mee

naar huis te willen gaan en te vertrekken zonder enige stress, als *indiscriminate friendliness* (allemandsvriendjgedrag) op basis van longitudinaal onderzoek van Chisholm (1998) onder Roemeense weeskinderen. Het ontberen van zorg, ondergaan van mishandeling en het ontbreken van een directe verzorger zou mogelijk leiden tot dit gedragspatroon. Dit specifieke gedrag van deze kinderen zou kunnen leiden tot het in gevaar brengen van de eigen veiligheid en is daarom nader onderzoek waard.

Bevindingen van Vorria et al. (2003) laten een verband zien tussen kwaliteit van het tehuis en de ontwikkeling van de kinderen. Het onderzoek liet tevens een sterk verband zien met gedesorganiseerde gehechtheid. Een dergelijke gehechtheid komt vooral voor bij hoog-risico en klinische populaties, waar sprake is geweest van inadequate zorg. Dit werd met name veroorzaakt door de kwaliteit van de verzorgers, zij waren weinig sensitief en hadden een stijl van disciplineren die de kinderen angstig maakte. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de invloed van de kwaliteit van West-Europese tehuizen op de gehechtheidskwalificatie van kinderen.

## 5 Literatuurlijst

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46, 1-82.

Achenbach, T. M. (1982). *Developmental psychopathology* (2d ed.). New York: Wiley.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Bartholomeusz, H.H., Courchesne, E., & Karns, C.M., (2002). Relationship between head circumference and brain volume in healthy normal toddlers, children, and adults, *Neuropediatrics*, 33, 239–41.

Berrick, J., Barth, R., Needell, B., & Jonson-Ried, M. (1997). Group care and young children, *Social Service Review*, 6, 257-273.

Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1980). A prospective, longitudinal study of children registered for adoption: A 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 339–355.

Boszormenyi-Nagy, I (1987). *Foundations of contextual therapy. Collected papers of Ivan Boszormenyi-Nagy, M.D.*. New York: Brunner/Mazel.

Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. World Health Organization Monograph, 2. Geneva: World Health Organization.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss: Volume 1. Attachment*. London: Basic Books.

Breslau, N., Davis, G., & Prabucki, K. (1988). Depressed mothers as informants in family history research. Are they accurate? *Psychiatry Research*, *24*, 345-359.

Carlson, J. S., & Jensen, C.M. (1981). Reliability of the Raven Colored Progressive Matrices Test: Age and Ethnic Group Comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*, 320-322.

Casler, L. (1961). Maternal deprivation: A critical review of the literature. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *26*, 2-64.

Castle, J., Groothues, C., Bredenkamp, D., Beckett, C., O'Connor, T. G., & Rutter, M. (1999). Effects of qualities of institutional care on cognitive attainment. *American Journal of Orthopsychiatry*, *69*, 424-437.

Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, *69*, 1092-1106.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd edition)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Colombo, M., De la Parra, A., Lopez, I. (1992) Intellectual and physical outcome of children undernourished in early life is influenced by later environmental conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *34*, 611-622.

Costenbader, V., & Mbugua Ngari, S. (2001). A Kenya Standardization of the Raven's Coloured Progressive Matrices. *School Psychology International*, *22*, 258-268.

Court, J. H., & Raven, J. (1995). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. Section 7: Research and References: Summaries of Normative, Reliability, and Validity Studies and References to All Sections. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and

internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1269-1277.

Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., & Papp, L. M. (2004). Everyday marital conflict and child aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 191-202.

Dawson, M., Soulières, I., Gernsbacher, M.A., & Mottron, L. (2007). The level and nature of autistic intelligence. *Psychological Science*, 18, 657-662.

Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1998). Multiple-risk factors in the development of externalizing behavior problems: Group and individual differences. *Development and Psychopathology*, 10, 469-493.

De Groot, A., Koot, H. M., & Verhulst F. C. (1996). Cross-Cultural generalizability of the Youth Self-Report and Teacher's Report Form. Cross-Informant Syndromes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24.

De Koning, D. (2008). *At Home in a Childcare Institute. A study examining quality of care and its effects on residents of a childcare institute*. Unpublished master's thesis, Leiden University, Leiden.

Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.

Else-Quest, N., Hyde, J., Goldsmith, H., & Van Hulle, C. (2006). Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 33-72

Frank, D. A., Klass, P. E., Earls, F., & Eisenberg, L. (1996). Infants and young children in orphanages: One view from pediatrics and child psychiatry. *Pediatrics* 47, 569-578.

Genovese, J. E. (2008). Head size correlates with IQ in a sample of Hooton's criminal data. *Personality and Individual Differences*, 44, 129-139.

Goedseels, E., Detry, I., Vanneste, C. (2007). Analyse van de instroom op de jeugdparketten voor het jaar 2005. Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie, Departement

Criminologie, Collectie van onderzoeksrapporten en onderzoeksnota's, n° 20a, juli 2007, 112p.

Grantham-McGregor, S.M. (1998) Small for gestational age, term babies, in the first six years of life. *European Journal of Clinical Nutrition*, 52, 59–64.

Grantham McGregor, S.M., Lira P.I., Ashworth A., Morris S.S., & Assuncao A.M. (1998) The development of low birth weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. *Journal of Pediatrics*, 132, 661–666.

Harms, T., & Clifford, R. (1980). *Early Childhood Environment Rating Scale*. New York: Teachers College Press.

Harms, T., Jacobs, E., & White, D. (1996). *School Age Care Environment Rating Scale*. New York: Teachers College Press.

S. Harter, (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. University of Denver, Denver, CO.

Hodges, J., & Tizard, B. (1989a). IQ and behavioural adjustment of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 53–75.

Ivanovic, D.M., Leiva, B.P., Perez, H.T., Olivaries, M.G., Urrutia M.S., & Almagia A.F (2004). Head size and intelligence, learning, nutritional status and brain development, *Neuropsychologia*, 42, 1118–1131.

Johnson, D. E. (2000). Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in Eastern European adoptees. In C. A. Nelson (Ed.), *The effects of early adversity on neurobehavioral development* (pp. 113-162). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Johnson R., Browne K., & Hamilton-Giachritsis C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence and Abuse*, 7, 34-60.

Juffer, F. (2010). Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties. Inzichten uit gehechtheidsonderzoek. *Research Memoranda, Nummer 6 / 2010, Jaargang 6. Raad voor de Rechtspraak*. Den Haag: SDU uitgevers.

Katz, J.F., & Gottman, J.M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. *Developmental Psychology, 29*, 940-950.

Klee, L., Kronstadt, D., & Zlotnick, C. (1997). Foster care's youngest: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry, 67*, 290-299.

McMahon, R. J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 901-917.

Miller, L.C. (2005). *The handbook of international adoption medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Moffitt, T. E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development, 65*, 893-910.

Moore, D. S. & McCabe, G. P. (2006). *Statistiek in de praktijk*. Schoonhoven: Academic Service.

O'Connell, E. J., Feldt, R. H., & Stickler, C. B. (1965). Head circumference, mental retardation, and growth failure. *Pediatrics, 36*, 62-66.

Patterson, G. R., Reid, J. B., and Dishion, T. J. (1992). *Antisocial Boys: A Social Interactional Approach*. Eugene, OR: Castalia.

Reed, Michael L. (1983) Reliability and Validity of the Direct Observation Form of the Child Behavior Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology, 11*, 521.

Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M.Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Chen, W., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A., Frigerio, A.,

Grietens, H., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M., Larsson, B., Leung, P., Liu, X., Minaei, A., Mulatu, M.S., Novik, T.S., Oh, K.J., Roussos, A., Sawyer, M., Simsek, Z.,

Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2000). Institutional care: risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 139-149.

Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2004). Institutional care: associations between overactivity and a lack of selectivity in social relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 866-873.

Ruff, H. A., Blank, S., & Barnett, H. L. (1990). Early intervention in the context of foster care. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, *11*, 265-268

Rutter, M., Kreppner, J., O'Connor, T. G., & the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team (2001 *a*). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*, *79*, 97-103.

Schiff M., Duyme M., Dumaret A., Stewart J., Tomkiewicz S., & Feingold J. (1978). Intellectual status of working-class children adopted early into uppermiddle-class families. *Science*, *200*, 1503-1504.

Schmidt, A. (2008). Managing a large household. The gender division of work in orphanages in Dutch towns in the early modern period, 1580-1800. *History of the Family*, *13*, 42-57

Segal, N. L. (1997). Same-age unrelated siblings: a unique test of within-family environmental influences on IQ similarity. *Journal of Educational Psychology*, *89*, 381-390.

Smyke, A.T., Koga, S.F.M., Johnson, D.E., Zeanah, C.H., & the BEIP Core Group. (2007). The caregiving context in institution reared and family reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*, 210-218.

Steinhausen, H.C., Weintraub, S., Weisz, J., Metzke, C.W., Wolanczyk, T., Yang, H.J., Zilber, N., Zukauskienė, R., & Verhulst, F. (2007). Behavioral and emotional problems



reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 130-142.

Steverlynck, C. (2005). Het kind gekoesterd en gekluisterd. Een historisch kader voor een beter begrip van het fenomeen kindermishandeling. In Van Crombrugge, H. & Lombaert, E. (Red.) *Gezin en opvoeding: weldadig en gewelddadig* (pp. 29-44). Apeldoorn: Garant.

Tizard, B., & Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 99-118.

Tramo, M.J., Loftus, W.C., Stukel, T.A., Green, R.L., Weaver, J.B., & Gazzaniga, M.S. (1998). Brain size, head size, and intelligence quotient in monozygotic twins. *Neurology*, 50, 1246-1252.

Vandell, D., Henderson, V. K., & Wilson, K. S. (1988). A follow-up study of children in excellent, moderate and poor quality day care. *Child Development*, 59, 1286–1292.

Van IJzendoorn, M.H., Juffer, F., & Klein Poelhuis, C.W. (2005). IQ and school achievement of adopted children: a meta-analytic comparison with non-adopted children. *Psychological Bulletin*, 131, 301-316.

Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1228–1245.

Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Juffer, F. (2007). Plasticity of growth in height, weight and head circumference: Meta-analytic evidence for massive catch-up after international adoption. *Journal of developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 334–343.

Van IJzendoorn, M. H., Luijk, M. P. C. M., & Juffer, F. (2008). IQ of children growing up in children's homes. A meta-analysis on IQ delays in orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly*, 54, 341-366.

Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, P.D.A., Van den Bergh, B.R.H., & Ten Brink, L.T. (1997). *Handleiding bij de Competentie Belevingschaal voor Kinderen, CBSK (Manual of the Self Perception Profile for Children - Dutch version)*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Verhulst, F.C., Althaus, M., & Versluis-den Bieman, H.J.M. (1990). Problem behavior in international adoptees: I. Epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 94-103.

Verhulst, F. C., Althaus, M., & Versluis-den Bieman, H. J. M. (1992). Damaging backgrounds. Later adjustment of international adoptees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 518–525.

Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (1992). Six-year stability of parent-reported problem behavior in an epidemiological sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 595–610.

Verhulst, F. C., Eussen, J. L., Berden, G. F., Sanders-Woudstra, J., & van der Ende, J. (1993). Pathways of problem behaviors from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 388–396.

Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam, Afdeling Kinder-en jeugdpsychiatrie.

Verhulst, F. C., van der Ende, J. & Koot, H. M. (1997a) *Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Vocht, de, A. (2002). *Basishandbook SPSS 11 voor Windows (Handbook SPSS 11 for Windows)*. Utrecht: Bijleveld Press.

Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., Van IJzendoorn, M.H., Steele, H., Kontopoulou, A. et al. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1208-1220.

Wickett, J. C., Vernon, P. A., & Lee, D.C. (1994). In vivo brain size, head perimeter, and intelligence in a sample of healthy adult females. *Personality and Individual Differences, 16*, 831-838.

Winick, M., Meyer, K. K., & Harris, R. C. (1975). Malnutrition and environmental enrichment by early adoption. *Science, 190*, 1173-1175.

United Nations (1989). *The Convention on the Rights of the Child*. New York, NY: United Nations.

Zeanah, C. H., Smyke, A. T., & Dumitrescu, A. (2002). Attachment disturbances in young children. II: Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 983-989.

### **Websites**

Kenniscentrum WVG Het kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin levert inhoudelijke ondersteuning bij de beleidsvoorbereiding en beheersmonitoring van het beleidsdomein. Vlaamse overheid - Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (<http://www.kenniscentrumwvg.be>).

The National Association for the Education of Young Children (NAEYC) richt zich op het verbeteren van het welzijn van alle jonge kinderen, met bijzondere nadruk op de kwaliteit van onderwijs en ontwikkelingsdiensten voor alle kinderen vanaf de geboorte tot de leeftijd van acht. (<http://www.naeyc.org/>)