

Communities that Care in Nederlandse steden

Resultaten van een vierjarig
experimenteel onderzoek



Majone Steketee
Harrie Jonkman
Jodi Mak
Claire Aussems
Astrid Huygen
Wouter Roeleveld

Communities that Care in Nederlandse steden

Resultaten van een vierjarig experimenteel onderzoek

Majone Steketeer
Harrie Jonkman
Jodi Mak
Claire Aussems
Astrid Huygen
Wouter Roeleveld

Met medewerking van Susan Ketner

Financier: ZonMw Programma Preventie

Utrecht, september 2012

Inhoud

Voorwoord	5
1 Achtergrond van Communities that Care in Nederland	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Geschiedenis van CtC in Nederland	8
1.3 Wat is CtC?	8
1.4 Theoretische onderbouwing CtC	10
1.5 De kernelementen van CtC	11
1.6 Doel en opzet van het rapport	14
2 Methodologie	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Is preventie te onderzoeken?	17
2.3 Doelen van de effectstudie naar CtC in Nederland	21
2.4 Project design	23
3 Realisering doelstellingen en stappen Communities that Care	29
3.1 Introductie	29
3.2 Het meten van de programma-integriteit van CtC	30
3.3 Conclusies	46
4 Structuur en organisatie van Communities that Care	49
4.1 Inleiding	49
4.2 Beschrijving preventieteam	50
4.3 Functioneren preventieteam	52
4.4 Functioneren preventieteamleden	57
4.5 Opbrengsten van CtC volgens de preventieteamleden	60
4.6 Beoordeling ondersteuning	62
4.7 Draagvlak voor CtC	63
4.8 Conclusie	65
5 Preventieve strategieën in de wijk	67
5.1 Inleiding	67
5.2 De preventieve aanpak in de wijk	68
5.3 Wetenschappelijke basis preventiestrategie	71
5.4 Samenwerking met andere instellingen	76
5.5 Effectiviteit van de aanpak	78
5.6 Conclusie	83
6 Programma's binnen CtC	85
6.1 Inleiding	85
6.2 Werkwijze	87
6.3 Resultaten Capelle aan den IJssel	88

6.4	Resultaten Gouda	90
6.5	Resultaten Middelburg	91
6.6	Resultaten Spijkenisse	93
6.7	Resultaten Zwijndrecht	95
6.8	Resultaten totaal	97
6.9	Conclusie	98
7	De impact van CtC (2008-2011) I: Resultaten van een voor- en nameting	101
7.1	Achtergrond	101
7.2	Communities that Care	103
7.3	Doel	103
7.4	Design	104
7.5	Werving en behaalde respons	105
7.6	Uitkomstmaten	106
7.7	Analyse	108
7.8	Resultaten	111
7.9	Discussie	123
8	De impact van CtC II: Resultaten van een longitudinaal onderzoek	125
8.1	Achtergrond	125
8.2	Methode	126
8.3	Analyse	131
8.4	Resultaten	134
8.5	Effectschattingen	138
8.6	Conclusie	144
9	Conclusie: CtC als sturinginstrument voor preventie	147
9.1	Inleiding	147
9.2	Input	149
9.3	Output	150
9.4	Intermediërende uitkomsten output	153
10	Literatuur	159

Voorwoord

Het onderzoek naar de effecten van Communities that Care is in januari 2008 van start gegaan. In december 2011 zijn de laatste data verzameld, waarna we alle gegevens konden analyseren en het rapport hebben geschreven. Bij de uitvoering van dit vierjarig onderzoek zijn vele partijen en personen betrokken geweest.

Allereerst zijn dat de bestuurders (Burgemeesters en Wethouders) en hoofden van betrokken afdelingen van steden die in 2008 van plan waren om met CtC te gaan werken: Capelle aan den IJssel, Gouda, Middelburg, Spijkenisse en Zwijndrecht. Zij lieten zich door de onderzoekers overtuigen van het belang van het onderzoek. Experimenteel onderzoek met interventiewijken en controlewijken is op dit niveau nieuw en kost overredingskracht. Maar uiteindelijk waren deze bestuurders en hoofden van afdelingen bereid om hieraan mee te werken gedurende de onderzoeksfase.

In elke stad werd een contactpersoon aangesteld. Tijdens de uitvoering van het onderzoek en op belangrijke momenten hadden wij keer op keer overleg met deze personen: Hicham Chara, Erica Korenstra en Ellen Seelaar (Capelle aan den IJssel), Yvonne Dieteren en Esther Vink (Gouda), Otto Recourt (Middelburg), Hannah Appèl en Peter Stoel (Spijkenisse) en Paul Maurits (Zwijndrecht). Hun medewerking was gedurende de hele onderzoeksfase bijzonder constructief.

De rol van de CtC-coach is bij de uitvoering van dit programma belangrijk. Verschillende coaches speelden een rol en wij konden steeds een beroep op hen doen: Theo Blom, Rob Rutten en Roos van Gelderen (JSO), Maarten van den Donk en Ido de Vries (Seinpost) en Willem Kramer (Capelle).

Bij de uitvoering van het onderzoek konden wij gebruik maken van het inzicht en de kennis van de DSP-Groep. Wanneer wij vragen hadden konden wij altijd een beroep doen op Bram van Dijk, Marga van Aalst en Willemijn Roorda.

Een klankbordgroep begeleidde ons onderzoek: Prof. dr. Hans Boutellier (vz), Prof. dr. J. Junger-Tas (tot haar overlijden in 2011), Prof. dr. Clemens Hosman, Prof. dr. Pim Cuijper en Prof. dr. Joop Hox. Met ingewikkelde theoretische en methodologische vragen konden wij steeds bij hen terecht.

Ook met internationale partners hebben wij met regelmaat over ons onderzoek gesproken, onder wie Prof. dr. David Hawkins en Prof. dr. Rico Catalano (University of Washington, Social Development Research Group, US) en Prof. dr. John Toumbourou (Duke University, Australië).

Dan zijn er de preventieleden en de sleutelfiguren die bereid waren aan ons onderzoek mee te doen. CtC werkt met een preventieteam. Om zicht te krijgen op wat er in steden en wijken gebeurt om de gezondheid en veiligheid van jongeren te bevorderen moesten de leden verschillende keren een vragenlijst invullen. Sleutelfiguren in controlewijken en experimentele wijken zijn de laatste jaren ook regelmatig door ons lastig gevallen. Zij zullen vaak gedacht hebben: 'Wat willen ze nu nog weten?'

Tot slot hebben vele ouders en jongeren in steden en wijken aan ons onderzoek bijgedragen. Ouders gaven hun kind toestemming aan het onderzoek mee doen. Vele jongeren hebben onze vragenlijsten ingevuld; een grote groep in 2008 en in 2011. Daarnaast hebben wij gedurende het onderzoek een panel van jongeren gevormd dat ieder jaar dezelfde vragenlijst in heeft gevuld. Het betrof hier soms gevoelige informatie. Wij hopen dat wij hier zorgvuldig en correct mee zijn omgegaan.

Wij bedanken alle betrokkenen voor hun bijdrage aan de uitvoering van dit onderzoek.

Het onderzoeksteam

1 Achtergrond van Communities that Care in Nederland

1.1 Inleiding

Probleemgedrag van jongeren in Nederland geeft aanleiding tot zorgen. Het aantal kinderen met overgewicht en problematisch alcoholgebruik nemen toe en meer kinderen komen in de jeugdzorg terecht. Probleemgedrag van jongeren kent vele oorzaken: Het gezin of de buurt waar de kinderen opgroeien, armoede, onvoldoende binding met de samenleving of verkeerde vrienden. Allemaal mogelijke verklaringen voor problematisch gedrag van jongeren. Dit leidt tot veel discussie over hoe problematisch gedrag aangepakt dient te worden. Communities that Care is een preventiestrategie met als uitgangspunt dat niet één bepaalde oorzaak doorslaggevend is, maar juist het samenspel van veel verschillende factoren. Risico- en beschermende factoren bepalen de ontwikkeling van kinderen. Indien er sprake is van een cumulatie van verschillende factoren neemt de kans op problematisch gedrag van jongeren toe. Dit inzicht op zich is niet nieuw, maar wat wel nieuw is, is dat er een preventief jeugd beleid ontwikkeld wordt op basis van een wetenschappelijke analyse van deze risico- en beschermende factoren op lokaal niveau.

Communities that Care (CtC), is ontwikkeld in de Verenigde Staten en blijkt een succesvolle strategie te zijn bij het verminderen van probleemgedrag van jongeren en de onderliggende risicofactoren (Hawkins et al, 2008; Jonkman et al, 2006; Jonkman, 2005; Hawkins, 1999; Hawkins, Arthur & Catalano, 1995). CtC is het beste op te vatten als een sturingsprogramma voor de ontwikkeling van systematisch preventief jeugd beleid. Op basis van epidemiologische gegevens en een wetenschappelijke analyse van de risico- en beschermingsfactoren die een rol spelen bij de ontwikkeling van probleemgedrag, wordt gebruik gemaakt van interventies waarvan bewezen is dat ze effectief zijn. De kern-elementen van CtC zijn epidemiologisch onderzoek van risico- en beschermende factoren, het werken met preventie programma's waarvan is aangetoond dat zij effectief zijn, en ten slotte lokale implementatie en evaluatie van de resultaten.

Van 2000 tot 2006 is CtC in Nederland succesvol geïmplementeerd en geëvalueerd. Uit deze onderzoeken komt enerzijds naar voren dat CtC leidt tot meer samenwerking tussen instellingen als het gaat om de aanpak van problemen onder jeugdigen, en anderzijds dat de preventie meer gericht is op de specifieke risico- en beschermende factoren die in een wijk spelen. Deze resultaten komen overeen met de evaluaties in andere landen (Mak, Huygen, Steketee & Jonkman, 2010; Steketee, Mak & Huygen, 2006; Van Dijk et al., 2004).

Het doel van deze studie is te onderzoeken wat de effecten en resultaten zijn van deze CtC preventiestrategie in Nederland en hoe deze tot stand is gekomen. Dit gebeurt door middel van quasi-experimenteel onderzoek waarbij de resultaten van vijf experimentele CtC-wijken worden vergeleken met vijf controlewijken, zowel wat betreft het proces als de effecten van de CtC-wijkgerichte interventie.

1.2 *Geschiedenis van CtC in Nederland*

De CtC-aanpak is inmiddels op honderden plaatsen in de Verenigde Staten succesvol toegepast. De staat Pennsylvania beschouwde deze aanpak langere tijd zelfs als dé manier om preventie van probleemgedrag aan te pakken. Evaluatieonderzoek in de Verenigde Staten laat hoopgevende resultaten zien: De kwaliteit van planning en besluitvorming neemt toe, en er zijn positieve effecten waarneembaar bij het terugdringen van gezondheids- en gedragsproblemen bij jongeren (Arthur et al., 2010; Brown, et al., 2007, 2008, 2011; Fagan, et al. 2008 a, 2008b, 2009; Quinby et al., 2008; Gloppen et al., in press; Hawkins et al. 2012; Rhew et al., in press). Ook in andere landen zoals Engeland, Canada, Australië, Kroatië, Duitsland en Cyprus wordt CtC inmiddels ingezet als preventiestrategie.

De positieve resultaten in de Verenigde Staten waren de reden om ook in Nederland van start te gaan met CtC. Sinds 1999 wordt CtC in Nederland ingezet als een sturingsprogramma voor de ontwikkeling van systematisch preventief jeugdbeleid. Het is een lange termijn preventiestrategie om veilige en leefbare wijken te creëren waarin kinderen en jongeren zich gewaardeerd, gerespecteerd en aangemoedigd weten om hun potentiële capaciteiten te benutten. De kern van CtC is dat het steden en wijken in staat stelt om plannen te ontwikkelen en uit te voeren om de vroege voorspellers van probleemgedrag aan te pakken. Er wordt dus niet afgewacht en pas ingegrepen op het moment dat jongeren zich problematisch gedragen.

De ministeries van Justitie en VWS besloten eind jaren negentig tot een landelijke proefinvoering van CtC in Rotterdam-Oude Noorden, Amsterdam-Midden-Noord, Arnhem-Presikhaaf-West en Zwolle-Zuid. Het toenmalige NIZW was licentiehouder van CtC. Het kreeg van de ministeries de opdracht om deze vier locaties te begeleiden en het CtC-gedachtegoed te vertalen naar en aan te passen aan de Nederlandse situatie (Van Dijk et al., 2004; Beumer & Vergeer, 2002). De instrumenten die in de Verenigde Staten zijn ontwikkeld (zoals CtC-handboeken, trainingen, een bronnenboek en een scholierenonderzoek) werden in de eerste proefperiode toegesneden op de Nederlandse situatie (Mak et al., 2010; Steketee et al., 2006). Na deze pilot gingen er steeds meer gemeenten met CtC aan de slag. Inmiddels maken er een twintigtal steden en wijken gebruik van CtC, waaronder de vijf steden die in dit onderzoek centraal staan, te weten Capelle aan den IJssel, Gouda, Middelburg, Spijkenisse en Zwijndrecht.

1.3 *Wat is CtC?*

CtC is een gerichte preventiestrategie om probleemgedrag en maatschappelijke uitval van jongeren te voorkomen of terug te dringen. Het doel op de lange termijn is om een veilige en gezonde wijk te creëren waarin kinderen en jongeren worden aangemoedigd om hun capaciteiten aan te spreken en om zich optimaal te ontwikkelen. CtC richt zich op de belangrijkste vormen van probleemgedrag die schadelijk zijn voor de ontwikkeling van kinderen en jongeren en voor de wijken waarin zij leven. Het gaat om geweld en andere vormen van jeugdcriminaliteit, problematisch alcohol- en drugsgebruik, schooluitval, seksualiteit gerelateerd probleemgedrag en depressie/angsten. Daarbij wordt gebruik gemaakt van recente wetenschappelijke inzichten in de factoren die de kans op probleemgedrag vergroten (risicofactoren) en verkleinen (beschermende factoren). Deze belangrijke onderliggende factoren worden vastgesteld en vroegtijdig aangepakt, zodat problemen preventief kunnen worden bestreden. CtC gebruikt daarvoor bewezen effectieve en veelbelovende preventieprogramma's. Een

dergelijk programma is gericht op een bepaalde leeftijdsgroep (tussen 0 en 18 jaar), een levensdomein (gezin, school, leeftijdgenoten of de wijk) en op een of meer van de onderliggende risico- en beschermende factoren. CtC zorgt voor een doordachte invoering van programma's op lokaal niveau. Daarbij moet wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan, zoals bijvoorbeeld blijvende betrokkenheid van de betreffende gemeente bij de uitvoering van CtC.

De CtC-wijken worden bij de invoering van CtC ondersteund door gecertificeerde coaches die de training 'Werken met CtC' geven. Daarnaast is er ondersteuning en coaching op locatie. Elke wijk stelt een lokale projectleider aan, die tot taak heeft het proces te sturen, mede inhoud te geven en te controleren. De lokale projectleider kan gezien worden als tussenpersoon tussen de landelijke CtC-ontwikkelingen en de ontwikkelingen in de wijk. Hij verzorgt samen met een tweede CtC-trainer vier trainingen op locatie voor de stuurgroep, het preventieteam en de projectleider. Het gaat om een CtC-oriëntatietraining, het ontwikkelen van het wijkprofiel met betrekking tot de risicoanalyse, het ontwikkelen van het wijkprofiel met betrekking tot de sterkteanalyse, en ten slotte het ontwikkelen van het preventieplan.

Het invoeren van CtC gebeurt in vijf stappen. In de voorbereidingsfase gaat het erom de wijk of (deel)gemeente te kiezen waar men met CtC aan de slag wil en waar men sleutelfiguren kan identificeren. De steun en actieve betrokkenheid van sleutelfiguren is namelijk van essentieel belang voor het succesvol inzetten van de strategie. Ook moet de door de (deel)gemeente benoemde projectleider de actuele voorwaardenactiviteiten en initiatieven in de gemeenschap in kaart brengen.

In de tweede fase, 'CtC introduceren', ligt het accent op het betrekken van alle belanghebbenden. Zij formuleren in deze fase een gezamenlijke visie op de toekomst van kinderen en jongeren in de wijk. Ook moet een organisatiestructuur opgezet worden, met onder andere een preventieteam en een stuurgroep, waarin belangrijke beleidsmakers, hulpverleningsinstellingen en preventiewerkers vertegenwoordigd zijn.

In de derde fase maakt het preventieteam aan de hand van de resultaten van de scholierenenquête en andere bronnen het wijkprofiel. De gegevens over de risicofactoren, beschermende factoren en probleemgedragingen geven een goed beeld van de ontwikkeling van jongeren en de kwaliteit van hun leefomgeving. Het preventieteam analyseert deze gegevens en stelt vast bij welke risicofactoren 'hun' jongeren en wijk het hoogst scoren in vergelijking met nationale, regionale dan wel stedelijke data. Deze analyse vormt de kern van de CtC-aanpak. Op basis hiervan stelt het preventieteam gericht prioriteiten voor verandering vast, en kan het gericht plannen maken beginnen. Het team betreft daar ook de bestaande preventieve programma's en activiteiten in het CtC-gebied bij.

In fase vier werkt het preventieteam het preventieplan uit. Het team formuleert doelen op basis van het wijkprofiel en een samenhangend aanbod van programma's en voorzieningen in de wijk. Draagvlak is cruciaal voor het welslagen van het plan, maar ook of de programma's of projecten die worden ingezet bewezen hebben effectief te zijn in de aanpak van de geselecteerde risicofactoren. Daartoe heeft het voormalige NIZW een *gids en een databank effectieve interventies* opgesteld met daarin een beschrijving en beoordeling van de in Nederland beschikbare programma's (Ince et al., 2005).

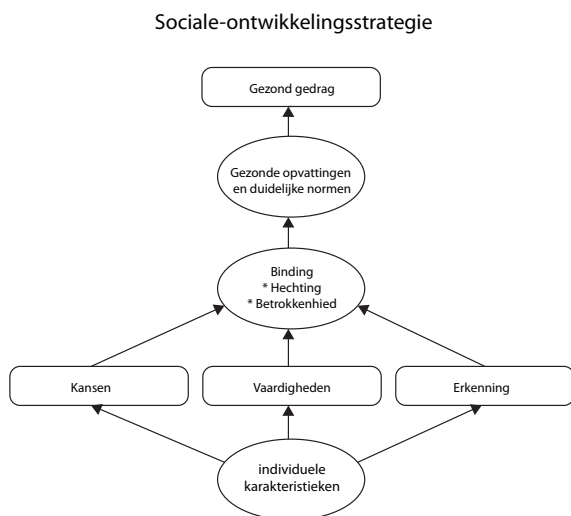
De vijfde stap is de uitvoering van het plan en de interventies. Alle activiteiten uit de voorgaande fasen leiden tot een gezamenlijk en gemeenschapsbreed strategisch plan. Om na te gaan of het sturingsprogramma Communities that Care inderdaad bijdraagt aan het terugdringen van probleemgedrag en het bevorderen van gezond gedrag van jongeren, wordt de scholierenenquête in deze eindfase herhaald. De uitkomsten kunnen leiden tot het aanpassen of bijstellen van de interventies (Mak et al., 2009; Steketee, Mak & Huygen, 2006; Jonkman, 2006; Ince et al., 2005).

1.4 Theoretische onderbouwing CtC

CtC wordt ingezet als een brede strategie ter voorkoming van probleemgedrag bij kinderen en jongeren. Maar wat is probleemgedrag en welke oorzaken liggen hier aan ten grondslag? CtC onderscheidt zes vormen van probleemgedrag: Geweld, delinquentie, problematisch alcohol- en drugsgebruik, tienerzwangerschappen en depressie/angsten (Hawkins et al., 2008; Arthur et al., 2004; Hawkins, 1999). Onder geweld worden handelingen tegen personen met lichamelijk letsel als gevolg verstaan of het dreigen met dit soort handelingen. Geweld onder jongeren neemt de afgelopen jaren steeds meer toe. Jongeren zijn zowel vaker slachtoffer als dader van geweld (Steketee, et al., 2006).

Bij jeugdcriminaliteit gaat het om strafbare gedragingen van jongeren tot 18 jaar. Hoewel het aantal delicten onder jongeren de laatste jaren niet is toegenomen, is er zeker sprake van een verharding van jeugdcriminaliteit en van steeds jongere daders. Verder zijn allochtonen oververtegenwoordigd. Wat problematisch alcoholgedrag betreft, valt vooral de enorme toename van alcoholgebruik van jongeren tussen 12 en 18 jaar op. Negentig procent van hen drinkt minstens eenmaal per week zes of meer glazen alcohol op één dag, bij voorkeur in de weekenden (Franken, 2003). Het cannabisgebruik is sinds 1996 niet meer toegenomen. Harddrugsgebruik neemt weliswaar iets toe, maar het gaat nog steeds om een kleine groep (5%). Problematisch alcohol- en drugsgebruik is vaak gerelateerd aan andere problemen van jongeren, zoals delinquentie of schooluitval (Jonkman et al., 2006; Monshouwer et al., 2004). Ook schooluitval en tienerzwangerschappen verminderen de kansen en mogelijkheden van jongeren verminderen.

Figuur 1.1 De ontwikkeling van gezond gedrag CBC/NIZW, 2007



Het sociaal ontwikkelingsmodel, één van de pijlers van Communities that Care, geeft inzicht in het ontstaan en de ontwikkeling van probleemgedrag van jongeren in een bepaalde omgeving (Jonkman, 2006). Het model is gebaseerd op de structurele theorie, de sociale controle theorie, de leertheorie en de ontwikkelingsgerichte theorie (levenslooptheorie). Daarbij worden alle opvoedingsdomeinen waarin kinderen opgroeien bekeken, te weten het gezin, de school, vrienden, vrije tijd en de wijk of de buurt waarin zij wonen (**omgeving**). Ook de ontwikkeling van kinderen van 0 tot 18 jaar (**ontwikkeling**) en

de factoren die een rol spelen bij de ontwikkeling van gezond gedrag (**onderliggende factoren**) worden er bij betrokken. Voor een gezonde ontwikkeling is het nodig dat kinderen opgroeien in een omgeving waarin volwassenen er consequent gezonde opvattingen en duidelijke normen ten aanzien van het gedrag op nahouden. Jongeren zijn eerder geneigd opvattingen en normen over te nemen als er binding is met de omgeving waarin zij verkeren: Op school, thuis en in de gemeenschap. Ook is het belangrijk dat kinderen en jongeren kansen krijgen om een zinvolle bijdrage te leveren aan de maatschappij. Dit veronderstelt dat zij de benodigde vaardigheden kunnen opdoen en dat ze erkenning krijgen voor hun betrokkenheid. Daarnaast zijn er individuele karakteristieken die een kind of jongere (kunnen) beschermen tegen risico's.

1.5 *De kernelementen van CtC*

Hoewel CtC in de Verenigde Staten is ontwikkeld blijkt dat de aanpak ook in Nederland tot positieve resultaten leidt (Steketee et al., 2006). Aangezien er een verschil is tussen de Nederlandse en Amerikaanse situatie op lokaal niveau is het programma op enkele punten is aangepast. Uit een vergelijkende studie tussen Nederland en De Verenigde Staten (NIDA/ZONMW) bleek dat er een vijftal kernelementen zijn die het wezenlijke karakter vormen van de CtC-aanpak (Jonkman et al., 2008).

1. **Gemeenschapsbrede aanpak**

Een belangrijk uitgangspunt voor een effectieve *gemeenschapsbrede aanpak* is een zo groot mogelijk draagvlak voor veranderingen in de wijk. Om dat draagvlak te creëren worden een stuurgroep en een preventieteam opgezet. De stuurgroep bestaat uit enkele actieve sleutelfiguren, die directe invloed hebben op beleid, politiek, de toekenning van financiële middelen en de publieke opinie. Het preventieteam is een representatief samengestelde groep vertegenwoordigers uit het onderwijs, de jeugdzorg, politie, jeugdgezondheidszorg en de welzijnssector. Het team is de drijvende kracht achter de strategie, het voert het proces uit en betreft wijkbewoners, ouders en jongeren erbij.

2. **Vergelijkbaar implementatieproces**

De implementatie van CtC is een proces zoals beschreven staat in de vijf verschillende fasen, met elk hun eigen stappen en verschillende doelstellingen. Alle leden van het preventieteam krijgen gedurende het implementatieproces specifieke trainingen waarin belangrijke wetenschappelijke concepten van preventie en het daarbij behorende instrumentarium worden uitgelegd. Ten slotte krijgen de locaties die met CtC werken ondersteuning en coaching op de locatie zelf.

3. **Het gebruik van epidemiologische data; het risico- en beschermende factoren model**

Een enquête onder jongeren brengt de daadwerkelijke situatie in de wijk in beeld als het gaat om de risico- en beschermende factoren en het probleemgedrag bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar. CtC werkt met negentien risicofactoren, waarvan is vastgesteld (door grote meta-evaluaties van de literatuur over sociale ontwikkeling van kinderen en jongeren) dat zij een voorspellende waarde hebben voor probleemgedrag bij jongeren (Loeber & Farrington, 1998; Loeber & Farrington, 2002). Er worden zes vormen van probleemgedrag onderscheiden. Langere tijd is gewerkt met geweld en delinquentie, problematisch alcohol- en drugsgebruik, schooluitval, tienerzwangerschap als uitkomstmaten (Hawkins, 1999). Na verloop van tijd heeft de Amerikaanse onderzoeksgroep na aanvullend onderzoek een zesde probleemcategorie toegevoegd: depressie/angsten.

Ondertussen is bekend geworden dat de afzonderlijke risicofactoren niet tot probleemgedrag (hoeven te) leiden. Cumulatie van risicofactoren speelt een grotere rol. Daarmee neemt de kans op probleemgedrag exponentieel toe. Doorgaans wordt onderscheid gemaakt tussen risicofactoren bij het kind, relationele factoren, risicofactoren in de leefomgeving en risicofactoren in de samenleving. Dit leidt tot het volgende schema van risicofactoren per domein. Iedere bullet geeft aan dat minimaal twee longitudinale wetenschappelijke onderzoeken een verband hebben aangetoond tussen de risicofactor en het probleemgedrag.

Schema 1.2 Risicofactoren per domein

Risicofactoren	Geweld	Delinquentie	Problematisch alcohol en drugsgebruik	Schooluit	Sexualiteit gere-lateerd probleem-gedrag	Depressies, Angsten
FAMILIE						
Geschiedenis van probleemgedrag in het gezin	●	●	●	●	●	●
Problemen met gezinsmanagement	●	●	●	●	●	
Conflicten in het gezin	●	●	●	●	●	●
Ouders die pg bevorderen door houding tav alcohol en drugs	●	●	●			
Ouders die pg bevorderen door houding tav antisociaal gedrag	●	●	●			
SCHOOL						
Leerachterstanden beginnend op basisschool	●	●	●	●	●	●
Gebrek aan binding	●	●	●	●	●	
Vroeg begin van antisociaal gedrag	●	●	●	●	●	
KINDEREN EN JONGEREN						
Vervreemding en opstandigheid	●	●	●	●		
Vroeg begin van alcohol- en drugsgebruik	●	●	●	●	●	●
Vroeg begin van antisociaal gedrag	●	●	●	●	●	●
Positieve houding tav alcohol- en drugsgebruik	●	●	●	●	●	
Positieve houding tav antisociaal gedrag	●	●	●	●	●	
Omgang met vrienden die alcohol en drugs gebruiken	●	●	●	●	●	
Omgang met vrienden die antisociaal gedrag vertonen	●	●	●	●	●	
Betrokkenheid bij jeugdbende	●	●	●	●	●	
Constitutionele factoren	●	●	●			
BUURT/WIJK/EILAND						
Gebrek aan binding	●	●	●			
Gebrek aan organisatie	●	●	●			
Hoge mate van doorstroming	●	●	●			
Verkrijgbaarheid van drugs en wapens	●	●	●			
Maatschappelijke normen die probleemgedrag bevorderen	●	●	●			

Behalve de risicofactoren wordt ook gekeken naar de beschermende factoren. Inzicht en kennis over beschermende factoren bieden de mogelijkheid om positief invloed uit te oefenen. In de oorspronkelijke opzet van CtC onderscheidde men vijf beschermende factoren (Ince, et al., 2004):

Binding: Een sterke band tussen kinderen en de voor hen positieve en belangrijke volwassenen die ze als voorbeeld zien, is de meest effectieve manier gebleken om de kansen op het ontwikkelen van probleemgedrag te verkleinen.

Gezonde opvattingen en duidelijke normen: Als kinderen zich verbonden voelen met mensen die consistent positieve gedragsnormen naleven, lopen ze minder kans probleemgedrag te ontwikkelen.

Kansen: Kinderen en jongeren moeten de gelegenheid krijgen om een concrete, betekenisvolle en gewaardeerde bijdrage te leveren aan de verbanden waarvan zij deel uitmaken.

Vaardigheden: Om kinderen de gelegenheid te bieden de kansen die ze aangeboden krijgen optimaal te benutten, hebben zij bepaalde (sociale, cognitieve en motorische) vaardigheden nodig. Als zij hierover (nog) niet of onvoldoende beschikken, kunnen ze deze aanleren.

Erkenning: Om sociaal gedrag te versterken is het van groot belang dat kinderen erkenning en lof krijgen voor hun bijdrage.

Aangezien steeds meer het belang van deze factoren wordt ingezien, is het aantal beschermende factoren in CtC uitgebreid naar zestien (zie schema 1.3). Iedere bullet geeft aan dat minimaal twee longitudinale wetenschappelijke onderzoeken een verband hebben aangetoond tussen de risicofactor en het probleemgedrag. De beschermende factoren zijn, net als de risicofactoren, onderverdeeld over domeinen (Jonkman et al., 2006):

Schema 1.3 Beschermende factoren per domein

Beschermende factoren	Geweld	Delinquentie	Problematisch alcohol en drugsgebruik	Schooluit	Sexualiteit gerelateerd probleemgedrag	Depressies, Angsten
FAMILIE						
Hechtingssterkte familie	●	●	●	●	●	●
Mogelijkheden voor positieve betrokkenheid	●	●	●	●	●	●
Beloningen voor positieve betrokkenheid	●	●	●	●	●	●
SCHOOL	●	●	●	●	●	●
Mogelijkheden voor positieve betrokkenheid	●	●	●	●	●	●
Beloningen voor positieve betrokkenheid	●	●	●	●	●	●
KINDEREN EN JONGEREN	●	●	●	●	●	●
Gezonde opvattingen en duidelijke normen	●	●	●	●	●	●
Religie/spiritualiteit	●	●	●	●	●	●
BUURT/WIJK/EILAND	●		●			●
Mogelijkheden voor positieve betrokkenheid	●	●	●	●		●
Beloningen voor positieve betrokkenheid	●	●	●	●	●	●

4. Het gebruik van effectieve en veelbelovende programma's

De laatste pijler van de CtC-aanpak ten slotte is de inzet van *effectieve en veelbelovende programma's*, die in Nederland of elders ontwikkeld zijn. Het NIZW heeft ze gebundeld in een CtC-gids en sinds 2006 is er ook een digitale databank via internet te raadplegen. Hierin staan alle effectieve en/of veelbelovende preventieprogramma's voor de domeinen gezin, school, kinderen en jongeren en wijk beschreven. Voorwaarden voor opname in de database zijn dat de effecten van de programma's zijn aangetoond door effect- of evaluatieonderzoek. Effectief zijn die programma's waarvan de effecten zijn aangetoond door effectonderzoek. Als er alleen een evaluatieonderzoek heeft plaatsgevonden, wordt het programma als veelbelovend aangemerkt.

5. Het doorlopend evalueren van de resultaten

Na verloop van tijd moet duidelijk worden of er ook resultaten van de gehanteerde preventie aanpak zijn. Binnen de CtC-cyclus wordt na drie jaar gemeten of er daadwerkelijk veranderingen te constateren zijn. Hiervoor wordt de scholierenenquête gebruikt. Deze wordt in het begin van de implementatie gebruikt om een wijkprofiel te maken en een preventieplan te ontwikkelen, of om opnieuw uit te voeren om na te gaan of er veranderingen zichtbaar zijn. De ervaring in De Verenigde Staten leert dat er op de langere termijn, na vier tot vijf jaar, de eerste resultaten zichtbaar worden.

1.6 Doel en opzet van het rapport

Het doel van dit onderzoek is na te gaan of CtC een effectieve aanpak is als het gaat om preventie van probleemgedrag bij jongeren, en om de onderliggende risico- en beschermende factoren. Het eerste deel van deze studie is gericht op wat CtC inhoudt (Hoofdstuk 2: *Methodologie*), en hoe we het onderzoek opgezet hebben. Ook beschrijven we de methodologische verantwoording van het onderzoek. Het tweede deel is vooral gericht op de vraag hoe de implementatie van de strategie is verlopen: Is het programma uitgevoerd zoals bedoeld en worden de werkwijzen aangepast? In Hoofdstuk 3 (*Realisering doelstellingen en stappen Communities that Care*) wordt nagegaan of er sprake is van programma-integriteit en welke doelen van het implementatieproces al dan niet gerealiseerd zijn. Daarna kijken we aan de hand van de Theory of Change (Brown et al., 2011) wat er is veranderd in de preventieaanpak op lokaal wijkniveau en kijken we naar de verschillende werkzaamheden van het preventieteam dat daadwerkelijk aan de gang gaat met CtC. In Hoofdstuk 4 (*Structuur en organisatie van Communities that Care*) beschrijven we hoe het preventieteam functioneert en hoe efficiënt het preventieteam is. Eén van de veranderingen die deze preventieve strategie nastreeft is dat de aanpak en werkwijze op lokaal wijkniveau veranderen. De bedoeling is dat deze gestoeld is op moderne inzichten. Het gaat om het gebruik maken van epidemiologische data en van geteste en effectieve programma's, om het creëren van draagvlak voor preventie in de wijk, en om duidelijke normen en waarden in de wijk ten aanzien van het gedrag van kinderen en jongeren in de wijk. In Hoofdstuk 5 (*Preventieve strategieën in de wijk*) kijken we of er inderdaad sprake is van een andere preventieaanpak in de wijk die toe te schrijven is aan de invoering van Communities that Care. In het laatste hoofdstuk van deel 2 (Hoofdstuk 6: *Programma's binnen CtC*) wordt gekeken of deze werkwijze ertoe leidt dat er in de zogenaamde experimentwijk meer gewerkt wordt met programma's die veelbelovend of bewezen effectief zijn. Is het zo dat wijken die met de strategie werken ook meer gebruik maken van effectieve programma's?

De Nederlandse onderzoeken van CtC hebben tot nu toe weinig aandacht besteed aan de vraag of de strategie ook werkelijk betere effecten laat zien. Is het zo dat het gedrag van jongeren die in experimentele wijken wonen positief verandert? En is het zo dat het gebruik van de strategie invloed heeft op de onderliggende factoren (risicofactoren, beschermende factoren)? Deel 3 van het onderzoek besteedt aandacht aan deze vragen. In Hoofdstuk 7 (*De impact van CtC (2008-2011)*): resultaten van een voor- en nameting) worden de voor- (2008) en nametingen (2011) van jeugdonderzoeken in experimentele en controlewijken met elkaar vergeleken. In Hoofdstuk 8 (*De Impact van CtC: Resultaten van een longitudinaal onderzoek*) worden de effecten gemeten aan de hand van een panelonderzoek. Wij hebben jongeren in de leeftijd van twaalf tot achttien jaar vier jaar lang gevolgd. In dit hoofdstuk doen wij verslag van de vier metingen en zien we of de ontwikkelingspatronen van jongeren die opgroeien in CtC-wijken anders verlopen dan die van jongeren in controlewijken.

Deel 4 is het afsluitende deel van deze studie. In hoofdstuk 9 (*Conclusie: CtC als sturinginstrument voor preventie*) worden de conclusies op een rij gezet. Wat hebben we geleerd en wat betekent dit voor beleid en onderzoek in de toekomst? In dit deel treffen we ook de literatuur aan waar deze studie op is gebaseerd, en enkele bijlagen met daarin aanvullende informatie over de onderzoeksinstrumenten.

2 *Methodologie*

2.1 *Inleiding*

Het uitzetten van een impactstudie is uitdagend, gecompliceerd, kostbaar en het neemt veel tijd in beslag (Khandker et al., 2010; Mitchell, 2010; Baker, 2000). Om deze redenen is het belangrijk om vooraf goed na te gaan of het onderzoek nodig is en hoe het onderzoek er uit moet zien. Een goed onderzoeksdesign is daarom van het grootste belang. Een dergelijke studie moet in ieder geval uitgevoerd worden door een betrokken en hoog gekwalificeerde groep onderzoekers.

Afhankelijk van de grootte van de studie en het type programma wordt de methodologie gekozen en worden de verschillende stappen gezet. Een goede planning is om meerdere redenen zinvol: Het maakt het mogelijk om onderscheid te maken tussen experimentele en controlegroepen, om de onderzoeksgroepen eventueel goed te matchen, om goede baseline data te creëren en om de studieonderdelen evenwichtig en op het juiste moment uit te zetten. In dit hoofdstuk zullen wij nader toelichten waarom en hoe wij dit onderzoek in de afgelopen jaren hebben opgezet en uitgevoerd.

2.2 *Is preventie te onderzoeken?*

Op het terrein van preventiewetenschappen en de aanpak van gedragsproblemen van kinderen en jongeren is de laatste jaren heel veel gebeurd. Preventiebeleid en preventieprogramma's hebben meer en meer aandacht gekregen, in eigenlijk alle westerse landen. De theoretische onderbouwing van preventie was lange tijd erg mager. Er bestond weinig empirische onderbouwing van de effectiviteit van programma's. Het preventiebeleid en de maatregelen werden lang gebaseerd op intuïtieve aannames. Zoals, deze aanpak oogt goed voor jongeren en daarom moeten we het initiatief wel steunen. Er was weinig oog voor een wetenschappelijke benadering van preventie (Van der Laan, 2003). Werkt datgene wat we voorstaan wel? Heeft het misschien geen averechts effect? Waarom werkt deze benadering? Onder welke voorwaarden werkt het wel en niet? Werkt deze benadering voor iedereen of alleen voor een bepaalde subpopulatie?

Ondertussen werd er ook steeds meer bekend over gedragsproblemen bij jongeren, zoals bijvoorbeeld de ontwikkeling van problematisch alcoholgebruik onder jongeren of de ontwikkeling van delinquent of gewelddadig gedrag. En er werd meer bekend over de biologische, individuele en sociale factoren, de risico- en beschermende factoren en ten slotte over de contexten waarbinnen deze ontstaan zoals het gezin, de school, de vrienden en de buurt. Het was ook duidelijk dat gedragsproblemen nooit van de ene op de andere dag ontstaan. Ze ontwikkelen zich over langere tijd en op verschil-

lende manieren. Met deze inzichten werden preventieve programma's ontwikkeld. Op een gegeven moment werd ingezien dat bepaalde preventieve programma's beter werkten dan andere. Er valt wel degelijk te twisten over de kwaliteit van preventieprogramma's.

In vergelijking met twintig jaar geleden weten we nu bijvoorbeeld veel beter wat werkt bij de aanpak van gedrags- en ontwikkelingsproblemen. Nation et al. (2003) hebben dat enkele jaren geleden goed samengevat.

1. Preventieve programma's werken als ze gebruik maken van risico- en beschermende factoren die in het dagelijks leven van het kind of de jongere een rol spelen.
2. Families, scholen en wijken moeten als partners betrokken worden bij de aanpak van criminaliteit.
3. Van preventieve programma's mag je niet te snel wat verwachten. Preventieve programma's leveren resultaten op als ze over langere tijd worden uitgezet.
4. Als preventieve programma's worden uitgezet moeten ze rekening houden met de leeftijd en de ontwikkeling van de kinderen en jongeren en met de culturen waaruit ze voortkomen.
5. Het is positief dat jongeren bepaalde sociale vaardigheden en waarden leren waar ze in hun dagelijks leven wat aan hebben. Er moeten praktijken en omgevingen worden gecreëerd die jongeren hierin steunen.
6. Voor de uitvoering zijn professionals nodig. Op basis van opleiding en ervaringen worden deze professionals geselecteerd, getraind en in hun dagelijkse werk gesteund. Alleen zo kan een omgeving worden gecreëerd die antwoord geeft op het probleem van criminaliteit.
7. Tot slot moeten in dit veld van preventie niet alleen effectieve interventies worden gebruikt. Op gezette tijden moeten de preventieve programma's worden geëvalueerd en ze moeten voortdurend worden verbeterd. Preventie van probleemgedrag vraagt om onderhoud.

Communities that Care (CtC) is een preventieve aanpak die aansluit bij dezen zeven uitgangspunten van moderne preventieve arbeid. In de Verenigde Staten is als reactie op toenemend probleemgedrag van en maatschappelijke uitval onder jongeren de methode CtC ontwikkeld. Zoals in hoofdstuk 1 staat beschreven is CtC een gebiedsgerichte aanpak (wijk, stad, regio) die probleemgedrag onder jongeren in een vroeg stadium signaleert en aanpakt. Het doel van deze preventiestrategie is het probleemgedrag van jongeren te verminderen, sociale ontwikkeling te versterken en een veilige, constructieve leefomgeving te scheppen.

CtC is gebaseerd op een theoretisch en empirisch onderbouwd model, waarin probleemgedrag en maatschappelijke uitval onder jongeren in verband worden gebracht met risico- en beschermende factoren. CtC richt zich niet alleen op de jongeren zelf, maar ook op de verschillende omgevingen waarin zij dagelijks opgroeien. CtC is een uitgeschreven werkwijze waarmee steden en wijken hun preventiewerk, gericht op gezondheid en gedrag van jongeren, kunnen vormgeven binnen gemeenschapsgerichte coalities. Door de gemeenschapsbrede benadering kunnen personen en instellingen uit de directe omgeving van de jongeren (opvoeding, onderwijs, welzijn) bij de aanpak van problemen worden betrokken.

Het preventiesysteem gaat als volgt te werk:

1. Allereerst inventariseren de onderzoekers de problematiek in de stad en de wijken. Dat gebeurt aan de hand van de resultaten van een (internet)enquête die onder een groot aantal jongeren binnen een gemeente wordt uitgezet. Deze enquête bevat vragen over achtergrondvariabelen als

schooltype, gezinssituatie, opleidingsniveau van de ouders en taalachterstand. Vervolgens komen mogelijke probleemgedragingen van jongeren aan bod, waaronder jeugdcriminaliteit, geweld, problematisch alcohol- en drugsgebruik, schooluitval, aan seksualiteit gerelateerd probleemgedrag en depressie. Ten slotte komen de risicofactoren aan bod, die bepaald probleemgedrag in de hand kunnen werken. Maar ook beschermende factoren, die jongeren beschermen tegen gevaren in hun omgeving en die het probleemgedrag juist kunnen verminderen. Door de resultaten van de wijken af te zetten tegen het gemeentelijk gemiddelde, wordt duidelijk welke problemen er in welke wijk(en) spelen.

2. Het onderzoek levert gedifferentieerde en gerichte oplossingen op. Tot het instrumentarium van CtC behoort een breed scala aan effectieve en veelbelovende interventieprogramma's, die maatschappelijk ongewenst gedrag tegengaan door het reduceren van risicofactoren en het stimuleren van beschermende factoren (Ince et al., 2005). De preventieve programma's zijn zowel op stedelijk als op wijkniveau in te zetten.
3. Het preventiesysteem CtC wordt uitgezet onder begeleiding van gecertificeerde coaches en over een langere tijd. Tegelijkertijd wordt in de stad of wijk een lokale projectleider aangesteld die extra verantwoordelijkheid draagt voor de invoering van het programma. Verder worden een preventieteam en een stuurgroep gevormd in de omgeving waar de strategie wordt uitgezet. Deze teams zijn verantwoordelijk voor de analyse, de keuze van het preventieve aanbod, de organisatie en de evaluatie van het programma.
4. Het is de bedoeling de enquête eens in de 3 à 4 jaar te herhalen. Op deze manier kunnen de onderzoekers het effect van de interventieprogramma's beoordelen, en bovendien kunnen zij de resultaten van het preventiebeleid monitoren en eventuele nieuwe ontwikkelingen signaleren.

Het CtC-model bevat negentien risicofactoren en tien beschermende factoren (zie hoofdstuk 1). Onderzoek heeft aangetoond dat de risicofactoren de kans op diverse probleemgedragingen bij jongeren vergroten. De beschermende of protectieve factoren verminderen de kans op deze uitkomstmaten (IOM, 2009). Met het onderzoek dat in een stad en de wijken van die stad wordt gehouden, worden beide soorten factoren in kaart gebracht (Jonkman et al., 2006).

De ontwikkeling en implementatie van *preventie service systemen* (dit zijn systemen om de problemen van jongeren in gebieden in een vroeg stadium te identificeren en aan te pakken) hebben de laatste jaren de belangstelling gewekt bij preventiewetenschappers (Brown et al, 2011; Hawkins et al., 2008; Spoth and Greenberg, 2005; Weisberg et al. 2003). Ondanks dat de kennis van risico- en beschermende factoren is toegenomen (Steketee et al., 2012; Junger-Tas, 2004) en dat de preventieve activiteiten in steden en wijken hier meer bij aansluiten, is het gebruik van effectieve programma's nog niet sterk veranderd. Effectieve programma's zijn slechts op beperkte schaal aanwezig. En wanneer ze wel beschikbaar zijn wordt er beperkt gebruik van gemaakt. Het is daarom de vraag hoe gemeenschappen zover te krijgen zijn dat ze hier op grotere schaal gebruik van maken en er voor kunnen zorgen dat meer kinderen, jongeren en opvoeders met deze programma's kunnen werken.

Verricht onderzoek naar CtC

De strategie van CtC wordt in verschillende landen uitgezet zoals de Verenigde Staten, Engeland, Australië, Canada, Duitsland, Kroatië, Zweden, Cyprus, Oostenrijk en Nederland. In Nederland wordt het programma sinds 2000 uitgezet en onderzocht, in opdracht van het ministerie van Justitie en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het initiatief werd in die jaren gezien als een

sociaal-politiek antwoord op de toename vanaf de negentiger jaren van met name geweld en delinquentie (Jonkman et al., 2005). Sinds die tijd zijn er in dit initiatief veel geld en middelen gestoken en werkten vele mensen in verschillende steden en wijken in Nederland aan de ontwikkeling en verspreiding van het preventieprogramma. Specifieke gereedschappen werden ontwikkeld en inzichten werden opgebouwd. Meer dan 20 steden werken of werkten voor langere tijd met deze strategie en nog steeds zijn er nieuwe steden die belangstelling hebben. Al neemt de belangstelling voor het initiatief de laatste twee, drie jaar langzaam af).

De resultaten van CtC over de eerste jaren zijn gerapporteerd (Van Dijk et al., 2004; Steketee et al., 2006). Deze resultaten zijn vergelijkbaar met de resultaten van de onderzoeken in de andere landen:

1. Het programma brengt professionals van verschillende sectoren samen die zich bezig houden met de ontwikkeling van kinderen en jongeren.
2. Het programma levert een goed raamwerk en gereedschappen aan om effectief samen te werken op lokaal niveau.
3. Preventieve activiteiten worden steeds meer activiteiten van de wijk of de stad zelf (eigenaarschap).
4. Het programma reduceert overlap en fragmentering van middelen en programma's.
5. Het programma reduceert competitie tussen instellingen.
6. Het programma versterkt de duurzaamheid van programma's.
7. Het programma zorgt er voor dat er meer gewerkt wordt met risico- en protectieve factoren.
8. Het programma is in verschillende landen uitgezet en ondertussen ook onderzocht. En daarbij zijn dezelfde procesresultaten vastgelegd (France & Crow, 2005; OJJPP, 1996).

Naast alle procesonderzoeken is het programma sindsdien ook op effecten onderzocht. In de Verenigde Staten is het programma de laatste jaren onderzocht in een omvangrijke *efficacy-study* die door de ontwikkelaars zelf is uitgezet. In zeven Amerikaanse staten (Colorado, Illinois, Kansas, Maine, Oregon, Utah en Washington State) werden paren steden gezocht die werden gerandomiseerd voor deze studie. In deze steden werd nog geen gebruik gemaakt van geteste programma's. De bestuurlijke eenheden van de steden gingen per brief akkoord met het principe van randomisatie. Door middel van loting werden twaalf experimentele en twaalf controlewijken aselekt toegewezen. Deze 24 gemeenschappen bestonden uit kleine en middelgrote steden van gemiddeld 15.000 inwoners (minimum iets meer dan 1.500 inwoners en maximum meer dan 40.000 inwoners). Bijna 90% van deze stedelijke populatie was blank.

CtC werd op verschillende punten onderzocht. Allereerst de getrouwheid van de implementatie; het onderzoek gaf aan dat CtC was ingevoerd zoals bedoeld (Jonkman, 2008; Quinby et al., 2008). Met behulp van een voor- en nameting werd verder vastgesteld dat met de invoering van CtC de organisatie van de preventie in de gemeenschap positief veranderd was (Brown et al., 2011). Tot slot werd gekeken of de implementatie van de in het preventieplan vastgestelde effectieve programma's binnen de CtC gemeenschap met getrouwheid werden uitgevoerd (Fagan, 2008). Uit deze onderzoeken werd duidelijk dat het *preventie service systeem* positief veranderd was en de inzet van CtC beter aansloot bij de stand van zaken in de preventie wetenschappen.

Verder hebben de onderzoekers gekeken naar de invloed van het programma op de ontwikkeling van probleemgedragingen en risico- en beschermende factoren. Om deze invloed vast te stellen werden de jongeren vanaf 2003 via scholen benaderd en werd met behulp van twee cross-sectionele onderzoeken een pretest (2004) en een posttest (2008) afgenomen. Tegelijkertijd maakten de onder-

zoekers gebruik van een onderzoekspanel van bijna 4.500 jongeren, waar in totaal vijf metingen werden afgenomen. Uit het cross-sectionele onderzoek kwamen geen duidelijke resultaten naar voren. Het longitudinale onderzoek gaf aan dat onder andere alcoholgebruik, roken en delinquentie onder jongeren in de loop van de tijd wel degelijk afnam, en dat de inzet van de interventie effecten liet zien op de risico- en beschermende factoren (Hawkins et al., 2011).

2.3 *Doelen van de effectstudie naar CtC in Nederland*

Omdat er in Nederland veel is geïnvesteerd in de ontwikkeling van het programma en omdat de eerste onderzoeksresultaten positief zijn, is de vraag gesteld of het programma op bredere schaal zou moeten worden geïmplementeerd. Om breedschalige implementatie te legitimeren, zo is de veronderstelling, is een effectonderzoek noodzakelijk. In de Verenigde Staten was in 2004 een dergelijk onderzoek van start gegaan. De mogelijkheden om dit ook in Nederland uit te zetten werden vanaf 2005 onderzocht. De meeste kennis over impactstudies is via Amerikaanse studies verzameld, maar dit onderzoek wordt steeds vaker ook in Europese landen en in Nederland zelf uitgevoerd.

Met behulp van deze studie willen wij de impact van het CtC-programma onderzoeken. Het doel van deze impactstudie is te onderzoeken wat de effecten en resultaten zijn van de preventiestrategie CtC in Nederland, met betrekking tot het probleemgedrag van jongeren. We vergelijken trends in experimentele en controlewijken met als doel om de gedrags- en ontwikkelingsproblemen van jonge mensen over een periode van vier jaar terug te dringen. We zijn geïnteresseerd in initiatie, frequentie en stabiliteit van alcoholgebruik, roken, drugsgebruik, antisociaal gedrag, seksualiteit gerelateerd probleemgedrag evenals depressies bij jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. Naast deze primaire uitkomsten zijn we ook geïnteresseerd in de secundaire uitkomsten. Dan gaat het om trends in zowel de experimentele als de controlewijken ten aanzien van de risico- en protectieve factoren in het gezin, de school, de vriendengroep en de buurt. Ook bij deze factoren wordt de ontwikkeling over de periode van vier jaar onderzocht.

We zijn echter niet alleen geïnteresseerd in de impact die het programma heeft op de ontwikkeling van jongeren over een langere periode. We willen tegelijkertijd aandacht besteden aan de wijze waarop in de buurten met het programma wordt gewerkt, hoe samenwerkingscoalities worden gevormd en hoe preventie in de experimentele en controlewijken vorm krijgt. Tot slot willen we achterhalen hoe de implementatie van het programma in de experimentele wijken zelf vorm krijgt: Wordt het programma ingevoerd zoals het bedoeld is? Verder willen we weten hoe binnen de experimentele wijken met het programma wordt gewerkt. Het gaat dan om de wijze waarop het preventiesysteem in de wijken wordt omgevormd en verder of het wijkgerichte preventieprogramma CtC de werkwijze in de wijken ook daadwerkelijk verandert.

Om deze vragen te beantwoorden is een vier jarig onderzoek opgezet waarbij wij de volgende doelstellingen voor ogen hebben gehad:

1. Het onderzoeken van de effecten en resultaten van de preventiestrategie CtC ten aanzien van het terugdringen van alcohol- en drugsgebruik en andere probleemgedragingen van jonge adolescenten, het niveau van risico's en het versterken van protectieve factoren.
2. Het onderzoeken van de effecten van CtC ten aanzien van de samenwerking tussen instituten, organisaties en groepen in steden en wijken in Nederland.

3. Het onderzoeken van de effecten van CtC op de wijze waarop met preventie wordt omgegaan (gerichte preventie, gebruik van risico- en beschermende factoren, het gebruik van effectieve en veelbelovende programma's).

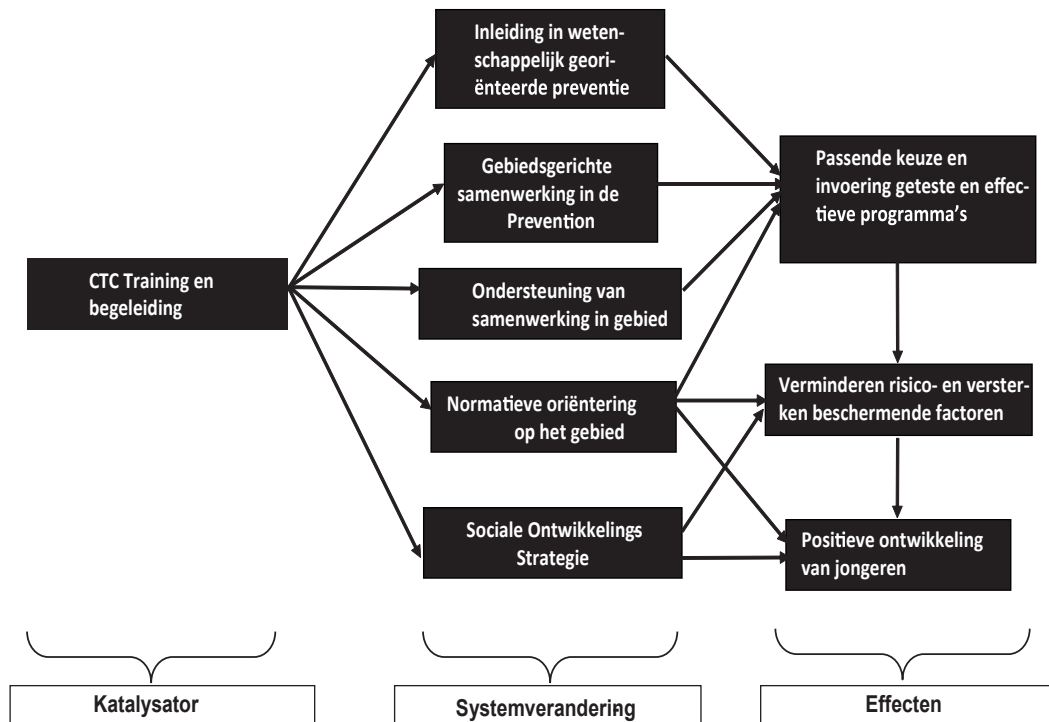
Daartoe hebben wij gebruik gemaakt van de theorie van verandering en de daarbij behorende instrumenten om deze veranderingen te kunnen meten.

Theorie van verandering

CtC is een uitgeschreven preventiesysteem voor de ontwikkeling en transformatie van het lokaal preventieve werk in steden en wijken waarmee probleemgedrag van jongeren kan worden gereduceerd. CtC mobiliseert en versterkt de samenwerking tussen verschillende partijen door een preventiesysteem op te bouwen - het vaststellen van problemen, planning en activiteiten - op basis van wetenschappelijk onderzoek. De reductie van de prevalentie van probleemgedragingen wordt nagestreefd door te interveniëren op enerzijds risicofactoren die hoog worden ervaren en anderzijds beschermende factoren die laag worden ervaren en door het inzetten van effectieve en geteste programma's.

Figuur 2.1 Theorie van verandering

Communities That Care Logisch Model



De theorie van verandering kan als volgt worden omschreven. Door het verzorgen trainingen, het gebruik van ontwikkelde gereedschappen en technische ondersteuning bij de lokale implementatie wordt verwacht dat:

1. Een op wetenschappen gebaseerd preventiesysteem wordt geadopteerd.
2. De samenwerking in preventieactiviteiten wordt versterkt.
3. Wordt gewerkt aan de versterking en ondersteuning van CtC.
4. Wordt gewerkt aan de gedragsnormen van de gemeenschappen ten aanzien van probleemgedrag van jongeren.
5. Er in de stad of wijk meer aandacht komt voor het sociale ontwikkelingsmodel (een model dat professionals een beeld geeft hoe uitgangspunten voor jongeren kunnen worden gedefinieerd, hoe de kansen van jongeren kunnen worden vergroot, hoe ze erkend kunnen worden en hoe de binding van jongeren met de samenleving kan worden versterkt).

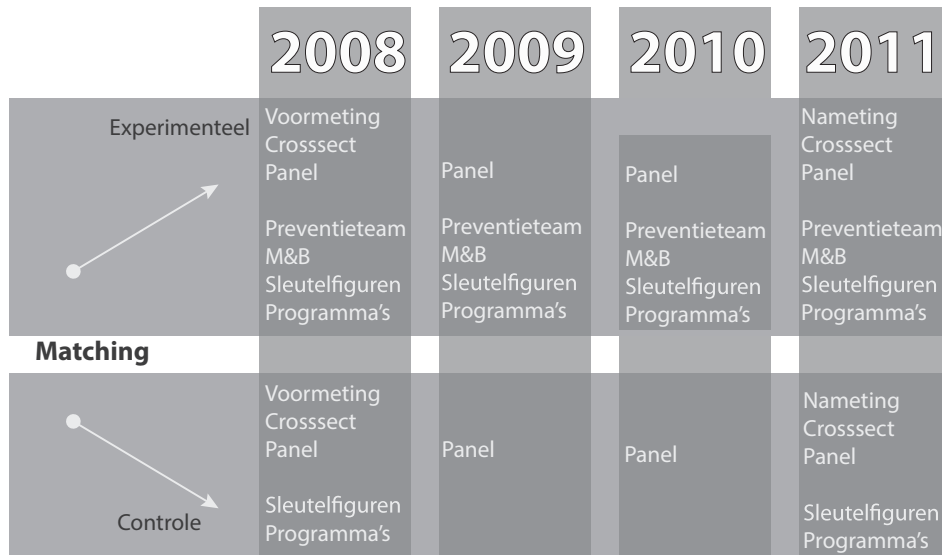
Deze elementen moeten er voor zorgen dat meer gekozen wordt voor effectieve en geteste programma's. Verder moeten deze elementen er voor zorgen dat de risicofactoren dalen en de beschermende factoren stijgen. Uiteindelijk moet dit alles leiden tot een reductie van probleemgedrag bij jongeren (zie figuur 1).

2.4 *Project design*

In 2008 werden steden gezocht die in dat jaar met de strategie Communities that Care aan de slag wilden gaan in één van hun wijken. Binnen elke stad werden twee wijken gezocht die vergelijkbare problemen hadden met jongeren. In totaal vijf steden hebben twee wijken aangeleverd, namelijk Capelle aan den IJssel, Gouda, Zwijndrecht, Middelburg en Spijkenisse. In deze Nederlandse gemeenten werden steeds twee vergelijkbare wijken geselecteerd waar gewerkt zou kunnen worden met CtC. Deze wijken zijn geselecteerd op grootte van de populatie, etnische diversiteit, economische indicatoren, misdaad en probleemgedrag van jongeren. De vraag om deel te mogen nemen aan CtC werd in 2008 op het hoogste niveau, namelijk het College van Burgemeester en Wethouders, neergelegd. Het verzoek was om deel te nemen aan het onderzoek in de periode 2008-2011. In een van de wijken zou met CtC gewerkt worden, onder bepaalde voorwaarden (basiselementen CtC). De afspraak was om gedurende deze periode in de controlewijk niet met de interventie te werken. Namens B&W werd een brief ondertekend door de wethouder.

Met drie van de steden kwamen we willekeurige toewijzing overeen. Een vierde stad wilde deelnemen aan het onderzoek, maar besloot al in 2007 te kiezen voor een specifieke experimentele wijk. Men wilde niet terugkomen op het besluit dat eerder met vertegenwoordigers van een groot aantal instellingen was genomen. De betreffende stad werd in deze periode geconfronteerd met enorme jeugdproblematiek en werd deel van een nationale discussie. Het stadsbestuur besliste daarom om deel te nemen aan het vergelijkend onderzoek zoals vastgelegd in het protocol, maar wilde zelf beslissen welk van de twee wijken met de CtC interventie zou gaan werken.

Figuur 2.2 Het onderzoeksdesign



In het onderzoek wordt een verschil gemaakt tussen de effecten op output- en outcomeniveau. Output wordt gedefinieerd als de concrete prestaties die geleverd worden om het beleidsdoel te realiseren. Leidt de implementatie van CtC tot een preventiesysteem dat gebaseerd is op wetenschappelijke inzichten? Leidt CtC tot verbetering van de samenwerking en leidt dat vervolgens tot meer inzet van effectieve programma's? Daarnaast wordt op outcome niveau gekeken of de CtC-aanpak effecten heeft op het probleemgedrag van jongeren en de onderliggende risico- en beschermende factoren. Om de effecten op outcomeniveau te meten maken we gebruik van de scholierenenquête, om de effecten op outputniveau te meten gebruiken we vier verschillende instrumenten: de Milestones en Benchmarks, de Preventieteam enquête; de sleutelfigurenvragenlijst en de inventarisatie van programma's.

Output van het onderzoek

Voor dit deel van het onderzoek hebben gedurende drie jaar de implementatie van Communities that Care gevolgd in de experimentele wijken. Daarnaast hebben we onderzocht of de preventieve werkwijze veranderd is met de invoering van de strategie, wanneer die wordt vergeleken met de wijken waar op een andere manier wordt gewerkt. Om verschillende procesonderdelen te onderzoeken zijn verschillende meetinstrumenten gebruikt..

Milestones and benchmarks

Allereerst hebben we vastgesteld of de interventie CtC is ingevoerd zoals bedoeld was. Om te bepalen of er sprake is van integriteit is met behulp van een meetinstrument nagegaan of alle doelen en subdoelen gerealiseerd zijn om de methode over drie jaar in te voeren zoals het bedoeld was. Er is daarbij onderscheid gemaakt tussen de doelen die elke gemeenschap moet vaststellen en subdoelen, dat wil zeggen de voorwaarden waar aan moet worden voldaan om de doelen te bereiken. Om een voorbeeld te geven: In fase 3 moet de gemeenschap de risico- en beschermende factoren hebben geprioriteerd. Eén van de stappen die moet worden gezet om dit doel te bereiken is te beslissen wie betrokken moet worden bij de prioritering van de factoren. De CtC-coaches geven in de trainings-

sessies aan wat er gedaan moet worden en waarom. De stappen en doelen zijn in een apart ontwikkeld onderzoeksinstrument vervat (Steketee, 2006; Mak, 2010). Dit instrument is drie keer door de CtC-projectleiders ingevuld. De gemiddelde scores van de Mijlpalen en Stappen worden berekend over de implementatieperiode van 2008-2011. De mijlpalen worden in een vierpuntsschaal (niet bereikt tot en met volledig bereikt) vastgesteld terwijl voor de verschillende stappen wordt bepaald of ze bereikt zijn of niet. Daarnaast wordt door dezelfde beoordelaars in een vierpuntsschaal vastgesteld of het doel uitdagend of juist niet uitdagend was voor de gemeenschap. Zo konden verschillen en overeenkomsten tussen de CtC-gebieden worden vastgesteld evenals het antwoord op de vraag of de implementatie van CtC was uitgevoerd zoals bedoeld.

De Milestones and Benchmarks zijn telkens ingevuld door de lokale projectleider en (indien aanwezig) coach. Gedurende de drie metingen waren er personele wisselingen. Op drie van de vijf locaties was er in de laatste fase geen ondersteuning door de coach meer aanwezig; er waren vaak alleen financiën voor coaching beschikbaar in de opstartfase. In onderstaand schema is de respons per meetmoment weergegeven.

Schema 1 Respons per meetmoment

Gemeente	1 ^e meting mei-september 2009	2 ^e meting mei-augustus 2010	3 ^e meting september-november 2011
Capelle a/d IJssel	Projectleider en Coach	Projectleider en Coach	Projectleider en Coach
Gouda	Projectleider en Coach	Projectleider en Coach	Projectleider
Middelburg	Projectleider	Projectleider en Coach	Projectleider en Coach
Spijkenisse	Projectleider en Coach	Projectleider en Coach	Projectleider
Zwijndrecht	Projectleider	Projectleider en Coach	Projectleider
Totaal	5 Projectleiders 3 Coaches	5 Projectleiders 5 Coaches	5 Projectleiders 2 Coaches

Preventieteam-enquête

De preventieteam-enquête is elk jaar afgenomen om het functioneren van het CtC-team vast te stellen. De leden van het preventieteam hebben een vragenlijst ingevuld waarin verschillende schalen voorgelegd werden. In de vragenlijst werd onder andere gevraagd naar Community Readiness, Kennis van CtC, Participatie in het team, Cohesie, Efficiëntie, Impact, Barrières, Conflict en Mobiliteit (Feinberg, Riggs & Greenberg, 2005; Josuja et al., 2005; Feinberg, Greenberg & Osgood, 2004; Arthur et al., 2002). Voor alle schalen is nagegaan welke schalen betrouwbaar zijn. Bij een Cronbachs alpha score lager dan 0.70 zijn deze schalen niet opgenomen.

Alle leden van de preventieteams zijn driemaal benaderd om een internetenquête in te vullen. In het eerste jaar heeft ongeveer de helft de vragenlijst ingevuld, in 2010 driekwart en in 2011 het merendeel (85%). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat in Middelburg pas de eerste meting in 2010 gehouden kon worden, aangezien in 2009 nog geen preventieteam aanwezig was. In Spijkenisse is de eerste meting in het begin van 2010 gehouden vanwege de tragere start van het preventieteam, de tweede meting vond plaats eind 2010.

Tabel 2.1 Aantal preventieteamleden en respons op de preventieteam enquête

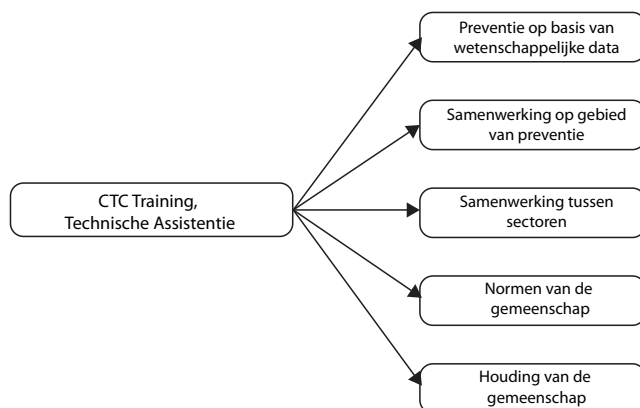
		2009	2010	2011
Aantal ingevuld	Capelle aan den IJssel	12	13	16
	Gouda	11	17	10
	Middelburg	-	9	8
	Spijkenisse	5	10	7
	Zwijndrecht	4	8	5
	Totaal	36	55	46
Responspercentage	Capelle aan den IJssel	75	87	100
	Gouda	44	77	100
	Middelburg	-	80	89
	Spijkenisse	60	67	54
	Zwijndrecht	31	80	83
	Gemiddeld	52	76	85

Sleutelfigurenonderzoek

Het sleutelfigurenonderzoek wordt afgenomen onder de sleutelfiguren in de experimentele en controlewijken om vast te stellen op welke manieren gemeenschappen omgaan met preventie. Maar ook om vast te stellen of deze manier van werken in de experimentele wijken verandert met de invoering van Communities that Care. Om verandering van preventiesystemen vast te stellen zijn telefonische interviews afgenomen onder sleutelfiguren. Getrainde interviewers hebben met sleutelfiguren een telefonisch interview afgenomen van ongeveer een uur. Deze interviews zijn door de interviewers gelijk ingevoerd in de computer. De respondenten hebben van te voren de vragenlijst toegestuurd gekregen zodat zij zich konden voorbereiden en de vragen en antwoordcategorieën voor zich hadden.

Doel van dit instrument is om de constructen die het preventiesysteem veranderen zichtbaar te maken en om te kijken of deze veranderingen toe te schrijven zijn aan CtC. Daarvoor wordt gekeken naar de preventieaanpak zelf, en in hoeverre deze gebaseerd is op de wetenschappelijke onderbouwing van CtC. Verder wordt gekeken naar de samenwerking en hoe dit de normen en waarden en houding binnen de gemeenschap verandert ten aanzien van een gezonde en veilige wijken voor kinderen (zie figuur 3).

Figuur 2.3 Veranderingen in preventiesysteem



Met dit onderzoeksinstrument is het preventief werken in het experimentele CtC-gebied en de controlewijk gecategoriseerd en verdeeld naar verschillende fasen preventief werken (gebaseerd op wetenschappelijke kennis):

1. Adoptie Fase 1 (Bewustzijn van preventie termen en concepten).
2. Adoptie Fase 2 (Adoptie van 'risico en beschermende factoren model' voor preventie planning).
3. Adoptie Fase 3 (Adoptie van 'risico factoren en beschermende factoren model' én gebruik maken van epidemiologische data).
4. Adoptie Fase 4 (Gebruik maken van risicofactoren en beschermende factoren model' om preventieve programma's te selecteren).
5. Adoptie Fase 5 (Toepassing van Programma Monitoring en Evaluatie Feedback Systeem).

Daarnaast wordt gekeken naar samenwerking op het gebied van preventie, samenwerking tussen sectoren, de normen van de gemeenschap met betrekking tot alcohol en drugsgebruik en ten slotte de houding ten opzichte van alcohol en drugsgebruik.

Aan het begin van het onderzoek eind 2008 en 2011 zijn in de experimentele en controlewijken interviews gehouden met sleutelfiguren. Onder sleutelfiguren worden personen verstaan die een sleutelrol vervullen in het lokale veld en die direct of indirect betrokken zijn bij de ontwikkeling van kinderen en jongeren. Denk aan jongerenwerkers, vertegenwoordigers van politie, scholen en GGD. De sleutelfiguren zijn in de periode november 2008 t/m februari 2009 benaderd via de sneeuwbalmethode en telefonisch geïnterviewd aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst. Het interview is gedurende het onderzoek twee keer afgenomen. In september en oktober 2011 zijn de sleutelfiguren opnieuw benaderd. Bij de nulmeting zijn er 75 interviews gehouden, 41 in de experimentele wijken en 34 in de controlewijken. Bij de eindmeting zijn er 79 interviews gehouden, 43 in de experimentele en 36 in de controlewijken. Het streven was om zoveel mogelijk dezelfde mensen te interviewen. Aangezien dit niet altijd mogelijk was in verband met personele wisselingen, zijn in ieder geval mensen van dezelfde organisaties geïnterviewd. In sommige gevallen is ervoor gekozen om zowel degene te interviewen die tijdens het eerste interview werkzaam was bij de instelling als de degene die tijdens de eindmeting werkzaam was bij de instelling.

Programma Registratie Instrument

De preventieprogramma's van de experimentele en controlewijken worden in kaart gebracht met behulp van het Programma Registratie Instrument. Met dit instrument wordt vastgesteld welke preventieprogramma's worden gebruikt in gezinnen, scholen, vrienden en wijken, en welke voor welke leeftijd worden ingezet. Het wordt tevens gebruikt om vast te stellen of het aantal effectieve en geteste programma's in de experimentele wijken na invoering van de preventieve strategie CtC toeneemt.

Om een overzicht te krijgen van het aantal ingezette (erkende) interventies in de verschillende wijken en de verschillende perioden, zijn we als volgt te werk gegaan. Zowel in 2008 als in 2011 hebben we de projectleiders in de verschillende CtC-steden (Capelle aan de IJssel, Gouda, Middelburg, Zwijndrecht en Spijkenisse) gevraagd om in een format aan te geven welke programma's in de CtC-wijk werden ingezet en op welke risicofactor. Ook werd aangegeven in welke context de programma's werden ingezet: Gezin, school, jeugdigen of wijk. Eveneens is gevraagd een inschatting te geven van het bereik van het betreffende programma.

Van de controle wijken zonder CtC, is in 2008 en 2011 een overzicht van het aanbod opgesteld aan de hand van interviews met sleutelfiguren. Deze overzichten zijn vervolgens door de projectleiders

gecontroleerd of aangevuld. Op deze manier is een overzicht ontstaan van alle ingezette programma's in 2008 en 2011. De schema's waren op deze manier onvergelijkbaar, omdat wat betreft de interventies 'rijp en groen' door elkaar bleek te staan. Aan de hand van de volgende selectiecriteria is het totale overzicht aan interventies in de wijken vervolgens ingekort:

1. Alleen interventies die naast het reguliere aanbod (CJG, regulier jongerenwerk) worden aangeboden zijn opgenomen.
2. Het moet gaan om 'degelijke' interventies, dat wil zeggen geen incidentele acties, maar een aanbod waarvan de werkwijze of methodiek beschreven is.

Outcome van het onderzoek

In het tweede deel van het onderzoek hebben wij onderzocht of de inzet van Communities that Care in bepaalde wijken invloed heeft op de ontwikkeling van jongeren op de langere termijn. Is het werkelijk zo, stellen wij ons hier de vraag, dat de risicofactoren in de experimentele wijken vermindert en dat de beschermende factoren versterkt worden? En nemen de verschillende probleemgedragingen van jongeren (alcohol- en drugsgebruik, geweld en andere vormen van delinquentie, aan seksualiteit gerelateerd probleemgedrag en depressie/angsten) af? Dit hebben we onderzocht met behulp van een cross-sectioneel onderzoek (voor- en nameting) en een vierjarig panelonderzoek.

Tabel 2.2 Effectonderzoeken en de tijdstippen van meting

Instrument	2008	2009	2010	2011
Cross-sectioneel onderzoek	X (najaar)			X (najaar)
Panel onderzoek	X (najaar)	X (najaar)	X (najaar)	X (najaar)

Cross-sectioneel onderzoek

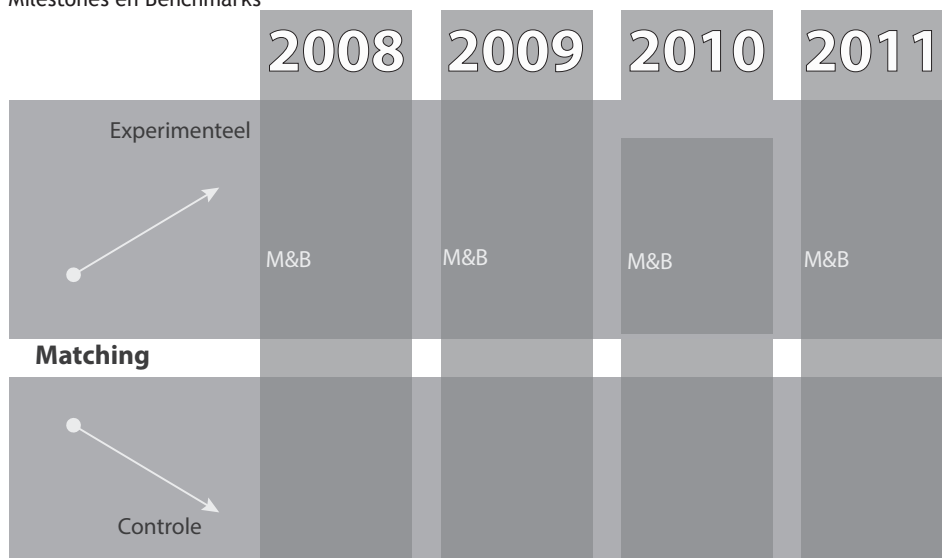
Om de effecten van de preventiestrategie vast te stellen zijn in de tien experimentele en controlewijken de probleemgedragingen, waaronder alcohol- en drugsgebruik en delinquentie/geweld en de onderliggende risico- en beschermende factoren, vastgesteld (nulmeting). Hierbij is gebruik gemaakt van het Communities that Care Onderzoek (Arthur et al., 2007; Jonkman et al., 2006, zie appendix). Deze vragenlijsten zijn met behulp van twee cross-sectionele onderzoeken uitgezet onder representatieve groepen jongeren (12-18 jaar) uit de experimentele en controle wijk. In 2008 is een vooronderzoek uitgevoerd en in 2011 is een nameting uitgevoerd. Voor deze twee cross-sectionele onderzoeken hebben alle jongeren van de experimentele en controlegroepen op hun huisadres een brief ontvangen waarin werd gevraagd aan het onderzoek mee te doen. Ze konden de vragenlijst via internet invullen. De gemeente stelde onder deelnemers kleine prijzen beschikbaar. Over de uitvoering van deze onderzoeken wordt in Hoofdstukken 6 en 7 uitgebreider verslag gedaan.

Panelonderzoek

Een tweede wijze waarop de effecten van de strategie op de ontwikkeling van jongeren is onderzocht is de uitvoering van het panelonderzoek. In 2008 is een panel gevormd met jongeren die aangaven dat ze vier jaar lang aan het onderzoek mee wilden doen. De jongeren die zich in 2008 opgaven hadden toen de leeftijd van 12 tot 14 jaar. Bij de laatste meting waren deze jongeren 15 tot 17 jaar. Ook deze jongeren kregen vier keer het Communities that Care onderzoek voorgelegd. Meer dan 780 jongeren gaven in 2008 aan dat ze de vragenlijst vier keer zouden willen invoeren. Ook van hun ouders ontvingen wij toestemming voor participatie van hun kind. Over de uitvoering van het panel onderzoek doen wij in Hoofdstuk 8 uitgebreid verslag.

3 *Realisering doelstellingen en stappen Communities that Care*

Milestones en Benchmarks



3.1 *Introductie*

CtC is een preventieaanpak die probleemgedrag van jongeren wil aanpakken op een zeer systematische wijze. Als een gemeente de keuze maakt voor CtC, is het noodzakelijk dat ze stapsgewijs het proces doorlopen. Dit proces bestaat uit vijf fasen en is voor elke gemeente hetzelfde:

1. CtC voorbereiden.
2. CtC introduceren en er draagvlak voor creëren.
3. Een wijkprofiel ontwikkelen.
4. Een preventieplan opstellen.
5. Het preventieplan uitvoeren en evalueren (Hawkins et al., 2002; Quinby et al., 2008).

Bij de uitvoering van deze fasen wordt de locatie begeleid door een daartoe gecertificeerde coach, die de projectleider coacht, trainingen over CtC verzorgt en advies geeft tijdens de verschillende fasen. Volgens de CtC-strategie is het de bedoeling om in elke fase een aantal doelen of 'milestones' te behalen om een zo optimaal mogelijke implementatie van CtC te realiseren. De doelen zijn opgedeeld in stappen of subdoelen, in de Verenigde Staten 'benchmarks' genoemd. Het betreft hier noodzakelijke acties of voorwaarden om doelen te bereiken. Deze stappen en doelen voor de verschillende

fases van CtC staan beschreven in het Lokaal implementatieplan CtC dat ontwikkeld is door het NJI (Beumer & Vergeer, 2003). Dit document geeft de lokale projectleiders richting in het uitvoeren van CtC op locatie. Het is zo geschreven dat als alle stappen gerealiseerd worden, en dat automatisch het hele CtC-proces doorlopen wordt. Op basis van het lokale implementatieplan is door het Verwey-Jonker Instituut een Nederlandse versie van het Amerikaanse fidelity instrument ‘the CtC Milestones & Benchmarking Rating Tool’ ontwikkeld, om de programma-integriteit van CtC te meten (Mak e.a., 2010; Fagan et al., 2009, Steketee ea. 2006,). Dit instrument verschaft een structuur om de kernelementen van de implementatie van CtC te meten. Er wordt gekeken of CtC volgens plan wordt uitgevoerd, waarbij het primair gaat om de vraag hoe CtC in de praktijk verloopt. Worden de doelen en subdoelen bereikt, dan is er sprake van ‘programma-integriteit’. Via deze vorm van procesevaluatie(s) wordt duidelijk welke knelpunten zich bij de implementatie van CtC voordoen, en welke eventuele bijstellingen in de opzet, uitvoering en omgeving van CtC nodig zijn om het optimaal te laten functioneren. Het instrument is op drie momenten voorgelegd aan de projectleider en (indien aanwezig) de coach: na het opzetten van de eerste drie CtC-fases, halverwege de CtC-implementatie en bij de uitvoering van fases vier en vijf. De laatste meting vond plaats in het najaar van 2011. Activiteiten die daarna in gang zijn gezet en tot verder doelbereik hebben geleid, zijn niet meer meegenomen in de analyse. De resultaten van de metingen bieden dus inzicht in de programma-integriteit en de voortgang op de CtC-locaties tot het najaar van 2011. Een kanttekening bij de interpretatie van de resultaten is op zijn plaats. Wanneer een locatie op een bepaald doel hoger scoort dan een andere locatie wil dat niet zeggen dat de ene locatie ‘beter’ bezig is met CtC dan de andere locatie. Het instrument geeft enkel aan of CtC op de betreffende locaties wordt uitgevoerd zoals bedoeld. In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van het instrument: Zijn de CtC-locaties in staat om een hoge programma-integriteit te realiseren, en zijn de kerncomponenten van CtC in de praktijk gerealiseerd? Welke knelpunten deden zich voor en welke bijstellingen of aanpassingen in de opzet, uitvoering en omgeving van CtC waren nodig?

3.2 *Het meten van de programma-integriteit van CtC*

De invulsheet is telkens ingevuld door de lokale projectleiders en (indien aanwezig) coaches van de experimentele wijken. In de controlewijken is dit instrument niet uitgezet. Bij de drie metingen verschilden de respondenten in verband met personele wisselingen. Op drie van de vijf locaties was er vooral in de laatste fase geen ondersteuning door de coach meer aanwezig; er waren vaak alleen financiën voor coaching beschikbaar in de opstartfase. In onderstaand schema is de respons per meetmoment weergegeven.

Schema 3.1 Respons per meetmoment

Gemeente	1e meting mei-september 2009	2e meting mei-augustus 2010	3e meting september-november 2011
Capelle a/d IJssel	Projectleider en Coach	Projectleider en Coach	Projectleider en Coach
Gouda	Projectleider en Coach	Projectleider en Coach	Projectleider
Middelburg	Projectleider	Projectleider en Coach	Projectleider en Coach

Gemeente	1e meting mei-september 2009	2e meting mei-augustus 2010	3e meting september-november 2011
Spijkenisse	Projectleider en Coach	Projectleider en Coach	Projectleider
Zwijndrecht	Projectleider	Projectleider en Coach	Projectleider
Totaal	5 Projectleiders (62,5%) en 3 Coaches (37,5%), n = 8 (100%)	5 Projectleiders (50%) en 5 Coaches (50%), n = 10 (100%)	5 Projectleiders (71,4%) en 2 Coaches (28,6%), n = 7 (100%)

Per fase is nagegaan of de doelen en de daarbij behorende subdoelen bereikt zijn. Per subdoel kon men een score aangeven op een vierpuntsschaal:

1. Het subdoel is helemaal niet bereikt
2. Het subdoel is enigszins bereikt
3. Het subdoel is grotendeels bereikt
4. Het subdoel is volledig bereikt

Ook de inspanningen om het doel te bereiken zijn gescoord:

1. Helemaal niet inspannend
2. Enigszins inspannend
3. Inspannend
4. Heel inspannend

Ook konden opmerkingen bij deze scores worden geplaatst. Omdat bij de laatste meting drie locaties geen coach meer hadden, is uiteindelijk besloten om in de rapportage alleen de scores van de projectleider weer te geven. De scores van de coach zijn wel gebruikt om na te gaan of er overeenkomsten dan wel verschillen waren in de visie tussen coach en projectleider. De ingevulde gegevens zijn geanalyseerd met behulp van het computerprogramma Excel. Alle scores van de projectleiders zijn per locatie voor elke fase opgeteld. Er is geen gebruik gemaakt van een bepaalde weging. Daar waar een doel niet was ingevuld of waar 'niet van toepassing' was genoteerd, hebben we een score '1' gegeven. Ook zijn er een aantal scores bijgesteld door de onderzoekers om misinterpretatie te voorkomen. Het betreft hier scores bij doelen waarvan duidelijk is dat die wel bereikt zijn maar waarbij de formulering tot misverstanden leidde. Een voorbeeld is subdoel 1 van doel 1 in fase 2: 'de scholierenenquête is afgenomen'. Op alle locaties is ervoor gekozen om de enquête niet via de scholen maar via het internet af te nemen. Sommige projectleiders hebben hier daarom een '1' ingevuld: 'het subdoel is helemaal niet bereikt', anderen echter een '4': het subdoel is volledig bereikt. Wij hebben dit de projectleiders voorgelegd en op basis daarvan zijn sommige scores bijgesteld. Voor het interpreteren van de resultaten is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de opmerkingen van de respondenten. Hieronder beschrijven we de resultaten per fase.

Fase 1 CtC voorbereiden

Schema 2 geeft de doelen en subdoelen weer die onder fase 1 vallen. Het gaat in deze fase om het betrekken van een (beperkt) aantal mensen en organisaties bij CtC, het definiëren van randvoorwaarden voor een goede introductie en invoering van CtC, als ook het zicht krijgen op factoren in het CtC-gebied die het proces kunnen beïnvloeden. Bovendien is het in deze eerste fase belangrijk de CtC-projectleider aan te wijzen en de voorbereidingen voor de enquête in gang te zetten.

1. Het betrekken van een (beperkt) aantal mensen/organisaties bij CtC.

- Een kerngroep van sleutelfiguren (beperkt in aantal, bijvoorbeeld vier) is samengesteld.
- Een invloedrijke sleutelfiguur is betrokken bij het CtC-proces.
- Een projectleider CtC is aangesteld.
- De CtC-projectleider is ondergebracht bij een bestaande organisatie, die het CtC-proces kan faciliteren.
- Er zijn informatiebijeenkomsten georganiseerd.
- Een CtC coach is aangesteld.

2. Het definiëren van randvoorwaarden voor een goede introductie en invoering van CtC.

- Het CtC-gebied is gedefinieerd.
- Veel voorkomende probleemgedragingen van jongeren in het CtC-gebied zijn in kaart gebracht
- De preventieve activiteiten/programma's die al uitgevoerd worden in het gebied zijn in kaart gebracht.
- CtC is ingebed als sturingsinstrument in het CtC-gebied.
- De grenzen en mogelijkheden van CtC zijn bekend bij de kerngroep van sleutelfiguren, de (deel) gemeente en betrokken organisaties.

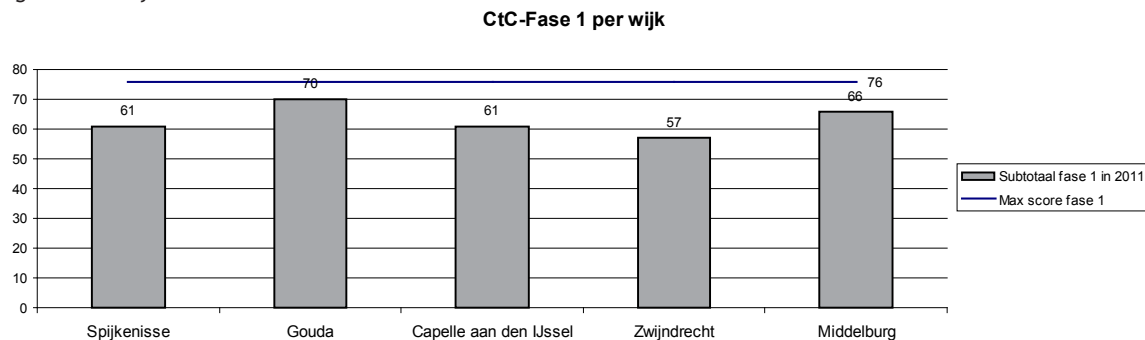
3. Zicht hebben op factoren in het CtC-gebied die het proces kunnen beïnvloeden.

- De historie van het CtC-gebied met betrekking tot samenwerking en de uitvoering van nieuwe projecten is in kaart gebracht.
- Er is in kaart gebracht wat werkers/instellingen verstaan onder preventie en voor wie - volgens hen - preventieve activiteiten/programma's bedoeld zijn.
- Bestaande initiatieven en plannen voor vernieuwing in het CtC-gebied zijn in kaart gebracht
- De probleemgedragingen van jongeren die momenteel aandacht vragen en zorgen baren zijn in kaart gebracht.

4. Het voorbereiden van de scholierenquête CtC.

- Scholen voor voortgezet onderwijs in het CtC-gebied zijn geïnformeerd over het CtC-proces.
- De scholen hebben kennisgemaakt met de scholierenenquête en zijn gevraagd om te participeren bij de afname van de enquête.
- Er is in kaart gebracht op welke scholen de leerlingen in het CtC-gebied zitten.
- Het proces om scholieren deel te laten nemen aan de enquête is voorbereid.

Figuur 3.1 Analyse fase 1. Maximale waarde = 76



In totaal gaat het in deze fase om vier doelen (milestones) met negentien subdoelen (benchmarks). De totale maximale waarde in deze fase is 76 (19 subdoelen). Figuur a geeft het totaal weer van de gemiddelde scores van de projectleiders per onderzochte locatie. In de loop van het CtC-proces zagen we bij alle gemeenten een stapsgewijze realisatie richting de maximale waarde van 76. Gouda leek het meest voortvarend begonnen, omdat deze gemeente al in 2009 op een score van 68 zat. Gouda bevindt zich in het najaar van 2011 met 70 uiteindelijk het dichtst bij de uiteindelijk maximale score van 76, gevolgd door Spijkenisse met een score van 61. Zwijndrecht zit er met een waarde van 57 het verst vanaf. In totaal kostte de gehele fase 1 in Gouda gemiddeld de meeste inspanning maar daar zijn wel de meeste subdoelen volledig bereikt. We staan stil bij de verschillen in doelrealisatie. Als we kijken naar doel 1 **'het betrekken van een (beperkt) aantal mensen/organisaties bij CtC'**, waar maximaal 24 op gescoord kan worden, , scoren Spijkenisse, Gouda, Zwijndrecht en Middelburg 23 of 24. Overal is het gelukt om sleutelfiguren, een projectleider en een coach te vinden en bovendien is CtC bestuurlijk gedekt: de wethouders zitten vrijwel altijd in de stuurgroep. Het eerste doel met haar subdoelen is daarmee vrijwel overal volledig bereikt, met uitzondering van Capelle aan den IJssel waar 20 van de 24 gescoord wordt. Dit heeft vooral te maken met het subdoel 'er zijn informatiebijeenkomsten georganiseerd'. In Capelle aan den IJssel werkte men in andere gebieden al drie jaar met CtC; informatiebijeenkomsten waren daarom niet meer nodig omdat CtC al bekend was in de gemeente. Dit subdoel werd daarom door de projectleider als 'helemaal niet bereikt' gescoord. De ervaring van Capelle aan den IJssel is waarschijnlijk ook van invloed op het feit dat het realiseren van het gehele eerste doel iets minder inspanning kostte in vergelijking met de andere locaties. Gemiddeld was het bereiken van dit doel hier helemaal niet tot enigszins inspannend (1,5). In Zwijndrecht was dit ook het geval, ondanks het feit dat er in deze gemeente sprake was van een reorganisatie. Dit had zijn weerslag op het organiseren van de informatiebijeenkomsten (score 3 'inspannend'), maar niet op het realiseren van de andere benchmarks binnen dit doel. Op de andere drie locaties scoren de projectleiders iets hoger op de inspanningen; tussen de 1,83 (Spijkenisse) en 2,16 (Gouda), dus rondom 'enigszins inspannend'. In Middelburg duurde het lang voordat er een stuurgroep geformeerd was; het was hier vooral lastig om mensen van het nut en de noodzaak van CtC te overtuigen; "er wordt van hen een aanzienlijke tijdsinvestering gevraagd" aldus de projectleider. CtC heeft daar in het begin lange tijd 'stil gelegen'. In 2010 vond een doorstart plaats en ging CtC echt goed van start. Vrijwel nergens is het bereiken van doel 1 heel inspannend geweest.

Doel 2 **'het definiëren van randvoorwaarden voor een goede introductie en uitvoering'** kent met het realiseren van de subdoelen een maximale waarde van 20. Het gaat bij dit doel om het definiëren van het CtC-gebied, het in kaart brengen van veel voorkomende probleemgedragingen van jongeren in het CtC-gebied. Verder gaat het hier om de preventieve activiteiten en programma's die al uitgevoerd worden in het gebied, als ook de inbedding van CtC als sturingsinstrument en het bevorderen van de bekendheid met de grenzen en mogelijkheden van CtC bij de kerngroep van sleutelfiguren, de (deel) gemeente en betrokken organisaties.

Gouda heeft de maximale waarde van 20 bereikt. Capelle aan den IJssel, Spijkenisse en Middelburg bereiken deze bijna, deze gemeenten scoren respectievelijk 18, 19 en 19. Capelle aan den IJssel en Middelburg scoren niet maximaal onder meer omdat het laatste subdoel 'de grenzen en mogelijkheden van CtC zijn bekend bij de kerngroep van sleutelfiguren, de (deel)gemeente en andere betrokken organisaties' grotendeels en dus niet helemaal bereikt is (score 3). De projectleider van Middelburg licht toe: *'Buiten de leden van het preventieteam is CtC nog niet bij iedereen bekend. Vaak weet men globaal wat CtC is, maar kent men niet exact de grenzen en mogelijkheden.'* Zwijndrecht scoort in

vergelijking met de andere CtC-wijken bij doel 2 aanzienlijk lager, namelijk 14. Ook daar is het laatstgenoemde subdoel grotendeels bereikt (score 3), maar daarnaast zijn er een aantal subdoelen enigszins bereikt (score 2). Het gaat dan bijvoorbeeld om het subdoel 'de preventieve activiteiten/programma's die uitgevoerd worden in het CtC-gebied zijn in kaart gebracht'. Projectleider Zwijndrecht: *"Veel programma's worden stedelijk en/of regionaal aangeboden. Het is daardoor niet duidelijk wat het bereik is met betrekking tot de doelgroepen in het CtC gebied of mensen uit het CtC gebied deelnemen aan activiteiten."* En ook het subdoel 'CtC is ingebed als sturingsinstrument in het CtC gebied' is in Zwijndrecht slechts enigszins (score 2) en niet grotendeels of volledig gerealiseerd. Projectleider: *'Het CtC gebied is tevens aandachtsgebied, waar 'sociale investeringen' nodig zijn en ook plaatsvinden. Dit gebeurt pas sinds een jaar. We zijn op de goede weg'*. Als het gaat om de inspanning zie je dat het in kaart brengen van de preventieve programma's bijna overal inspannend tot heel inspannend was (overal score 3 of 4) Dit heeft vooral te maken met het feit dat veel organisaties niet op wijkniveau opereren. Tevens is vrijwel overal het in kaart brengen van het probleemgedrag van de jongeren inspannend. De gemiddelde inspanning om doel 2 met betrekking tot het definiëren van randvoorwaarden voor een goede introductie en uitvoering van CtC te realiseren varieert tussen de 2 (enigszins inspannend) en 3 (inspannend).

Het ondernemen van de stappen om doel 3 in deze eerste fase te bereiken, namelijk **'zicht hebben op factoren in het CtC-gebied die het CtC-proces kunnen beïnvloeden'** gaat over het in kaart brengen van de historie van het CtC-gebied met betrekking tot samenwerking en de uitvoering van nieuwe projecten, het inventariseren wat er in het gebied door werkers/instellingen onder preventie wordt verstaan en ook voor wie volgens hen preventieve activiteiten/programma's bedoeld zijn. Ten slotte wordt binnen dit doel nagegaan welke bestaande initiatieven en plannen er voor vernieuwing in het CtC-gebied aanwezig zijn en worden de probleemgedragingen van jongeren die momenteel aandacht vragen en zorgen baren in kaart gebracht. De maximaal te behalen benchmarkscore is 16 (4 subdoelen). Gouda scoort deze maximale waarde, gevolgd door Middelburg (15), Spijkenisse (13) en Zwijndrecht en Capelle aan den IJssel (beiden 12). Zwijndrecht kent aan elk subdoel een 3 toe: geen enkel subdoel is hier volledig bereikt (score 4) maar ze zijn dus wel allemaal grotendeels bereikt. Verder hebben alle gemeenten, met uitzondering van Gouda, geen 4 maar een 3 (grotendeels bereikt) gescoord met betrekking tot het subdoel 'Er is in kaart gebracht wat werkers/instellingen verstaan onder preventie en voor wie - volgens hen - preventieve activiteiten/programma's bedoeld zijn'. De projectleider van Middelburg licht toe: 'Dit is gaandeweg aan de orde geweest maar niet expliciet besproken'. Spijkenisse, Zwijndrecht en Capelle aan den IJssel scoren ook laag als het gaat om het laatste subdoel 'de probleemgedragingen van jongeren die momenteel aandacht vragen en zorgen baren zijn in kaart gebracht'. In Capelle aan den IJssel was het echter niet moeilijk om de historie in kaart te brengen. Projectleider: 'Twee andere sociale cohesie projecten gaan op in CtC, er was dus al een bestaande samenwerking'. De gemiddelde inspanning ligt in de CtC-wijken tussen de 1,75 en 2,75, dit is dus enigszins inspannend tot inspannend.

Het laatste doel in deze fase is gericht op **'het voorbereiden van de scholierenenquête CtC'**. Hiertoe moeten scholen voor voortgezet onderwijs in het CtC-gebied geïnformeerd worden en kennismaken met de scholierenenquête; zij worden gevraagd te participeren bij afname van de enquête. Tevens moet in kaart worden gebracht op welke scholen de leerlingen zitten die zich in het CtC-gebied bevinden, en moet het gehele proces om de scholieren deel te laten nemen aan de enquête worden voorbereid. Idealiter zou je hier als gemeente 16 kunnen scoren (4 subdoelen). De gemiddelde waarde ligt echter aanzienlijk later. In Gouda is deze het hoogst met 10, gevolgd door Capelle aan den IJssel

en Middelburg (9), Zwijndrecht (6) en Spijkenisse (5). De gemiddelde inspanning varieert zeer. Van helemaal niet inspannend in Zwijndrecht (1: daar hebben ze alleen de scholen geïnformeerd) tot enigszins inspannend in Middelburg (2) tot inspannend in Capelle aan den IJssel (2,5), Spijkenisse (2,5) en Gouda (2,75).

Er is overal voor gekozen om een internetenquête op het huisadres af te nemen in plaats van een scholierenonderzoek. In Spijkenisse is de enquête geïntegreerd in de GGD-monitor; deze is ook op het huisadres uitgezet. Het is een keus van het Verwey-Jonker Instituut en de gemeenten geweest om het anders te doen, om af te wijken van de CtC-systematiek in deze. Dit heeft gevolgen voor het bereiken van (de subdoelen behorende bij) dit doel. Waar bijvoorbeeld al tijdig bekend was dat de enquête niet via scholen afgenomen zou worden, hoefden de scholen voor het voortgezet onderwijs ook niet geïnformeerd te worden (subdoel 1) (Zwijndrecht en Spijkenisse). De andere subdoelen zijn ook nergens bereikt. Het bereiken van doel 4 was overal enigszins inspannend tot inspannend. Waarschijnlijk doelen de projectleiders daarmee op het georganiseerd krijgen van de enquête via het internet de GGD-monitor op het huisadres. Het organiseren van de enquête is altijd een inspannende aangelegenheid. Dit is iets wat we bij eerdere CtC-onderzoeken ook tegenkwamen. Het is elke keer weer lastig om het gehele proces van het periodiek laten uitvoeren van de enquête in gang te zetten.

Geconcludeerd kan worden dat in fase 1 doel 1 'het betrekken van een (beperkt) aantal mensen/organisaties en mensen bij CtC met haar subdoelen' overal gerealiseerd is conform plan en dat dit niet inspannend was. Het realiseren van de doelen 2, 3 en 4 was echter overal enigszins tot 'normaal' inspannend. Voor doel 2 gold dit vooral voor het in kaart brengen van veel voorkomende probleemgedragingen en preventieve activiteiten. Met betrekking tot doel 3 ging het vooral om het in kaart brengen van wat onder preventie wordt verstaan en voor wie preventieve activiteiten bedoeld zijn, als ook om het in kaart brengen van probleemgedragingen van jongeren die momenteel aandacht vragen. Ook dit is niet overal volledig gelukt. Maar het grootste knelpunt in deze fase betrof het uitvoeren van de enquête. Er is overal voor gekozen om een internetenquête af te nemen in plaats van een scholierenonderzoek, met uitzondering van Spijkenisse waar de enquête is geïntegreerd in de GGD-monitor. Het is een keus van de gemeenten geweest om het anders te doen. Doel 4 'het voorbereiden van de scholierenquête CtC' is daardoor ook nergens volledig bereikt. Met betrekking tot de programma-integriteit kan gesteld worden dat de eerste 3 doelen van fase 1 goed behaald zijn; niet helemaal want knelpunten lagen er in het in kaart brengen van probleemgedragingen en preventie. Doel 4 is minder goed bereikt doordat de betrokken gemeenten hier een andere keus maakten, namelijk geen scholierenenquête maar een internet- of een geïntegreerde enquête in de GGD-Monitor op het huisadres.

Fase 2 CtC introduceren en draagvlak creëren

Een belangrijk uitgangspunt van CtC is de *community-readiness*, de betrokkenheid en het draagvlak van mensen en sleutelfiguren in de wijk. In deze fase ligt het accent op het betrekken van alle belanghebbenden in het CtC-proces. Men formuleert gezamenlijk een visie op de toekomst van kinderen en jongeren in de wijk. Ook richt men een organisatiestructuur voor de CtC-implementatie in en worden er een preventieteam en stuurgroep samengesteld. Schema 3 geeft de doelen en subdoelen van fase 2 weer.

Schema 3.3 Doelen en Subdoelen, fase 2

1. Het uitvoeren van de scholierenenquête CtC.

- In samenwerking met het Verwey-Jonker Instituut is de enquête afgenomen.
- Het Verwey-Jonker Instituut heeft een rapportage over de uitkomsten van de scholierenenquête verzorgd.

2. Het samenstellen en oprichten van een stuurgroep CtC

- Leden voor de stuurgroep zijn geworven.
- De stuurgroep CtC is formeel vastgesteld.
- Een voorzitter van de stuurgroep is aangesteld.
- Een organisatiestructuur voor het CtC-proces is opgesteld.
- Duidelijk is welke formele communicatielijnen er bestaan tussen preventieteam en stuurgroep.
- De oriëntatietraining van de stuurgroep CtC heeft plaatsgevonden.

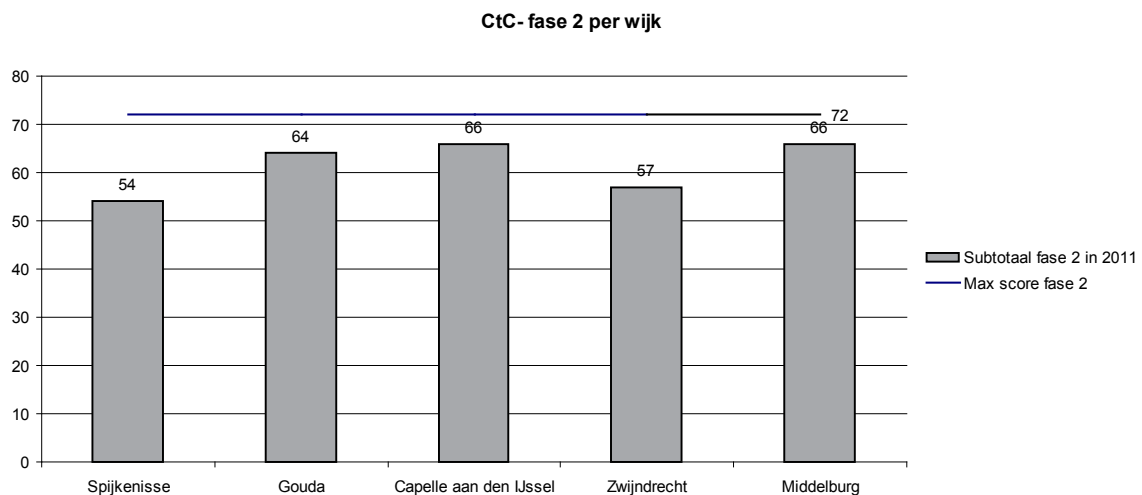
3. Het samenstellen en oprichten van een preventieteam CtC.

- Een werkplan voor de uitvoering van het CtC-proces is opgesteld.
- Alle organisaties die zich in het CtC-gebied richten op ouders, kinderen, jongeren en/of de leefbaarheid in de wijk, zijn op de informatiebijeenkomst CtC uitgenodigd.
- De oriëntatietraining voor het preventieteam heeft plaatsgevonden.
- Potentiële leden van het preventieteam zijn geïnformeerd over de taken en rollen in het CtC-proces.
- Mensen zijn geactiveerd en gevraagd deel te nemen aan het preventieteam.
- Er is een organisatiestructuur in de vorm van werkgroepen opgesteld voor bijvoorbeeld de ontwikkeling van het CtC-wijkprofiel.
- Het preventieteam is formeel ingesteld.

4. Het informeren en betrekken van het CtC-gebied bij het proces.

- Een visie op de toekomst van kinderen en jongeren in het CtC-gebied is ontwikkeld.
- Plannen voor het betrekken van bewoners in het CtC-gebied bij het proces zijn gecreëerd.
- De verschillende groepen in het CtC-gebied en andere belangstellenden zijn regelmatig over de voortgang van CtC geïnformeerd via overleggen en publicaties.

Figuur 3.2 Analyse fase 2. Maximale waarde = 72



Bij deze fase horen vier doelen en achttien subdoelen. De totale maximale waarde die bereikt kan worden is 72. Net als bij fase 1 zien we hier in de loop van de tijd een stapsgewijze realisering van de doelen. Uiteindelijk liggen in het najaar van 2011 Capelle aan den IJssel en Middelburg met 66 het dichtst bij de maximale waarde van 72, gevolgd door Gouda (64), Zwijndrecht (57) en Spijkenisse (54). We beschrijven de verschillen in scores.

Het eerste doel **'het uitvoeren van de enquête CtC'** met haar bijbehorende subdoelen is op alle locaties volledig bereikt. Dit verliep echter, zoals reeds gezegd, niet via de scholen, hoewel daar soms wel al inspanningen op waren verricht. Het Verwey-Jonker Instituut verzorgde de afname en rapportage. In Gouda, Zwijndrecht en Middelburg was het bereiken van dit eerste doel helemaal niet tot enigszins inspannend (score tussen de 1 en 1,5), in Capelle aan den IJssel en Spijkenisse was het inspannender (2,5). In Spijkenisse had dit te maken met het feit dat de enquête geïntegreerd werd in de GGD-monitor wat de nodige (extra) organisatie vergde.

In deze tweede fase is de maximale waarde met betrekking tot het behalen van het tweede doel **'het samenstellen en oprichten van een stuurgroep CtC'** in totaal 24. Het gaat dan om het werven en trainen van stuurgroepleden, het formeel vaststellen van de stuurgroep, het aanstellen van een voorzitter en ten slotte het opstellen van een organisatiestructuur. Het moet duidelijk worden welke formele communicatielijnen er zijn met het preventieteam. Capelle aan den IJssel en Gouda hebben alle subdoelen volledig behaald en scoren daarmee 24. In Middelburg (22) is het laatste subdoel namelijk het organiseren van de oriëntatietraining voor stuurgroepleden niet helemaal maar enigszins bereikt (score 3). De projectleider vermeldt dat de stuurgroepleden geen training hebben gehad, maar wel goed zijn geïnformeerd. Zwijndrecht (totaal: 21) scoort hier een 2: enigszins bereikt. Voor het één na laatste subdoel 'duidelijk is welke formele communicatielijnen er bestaan tussen preventieteam en stuurgroep' scoort Zwijndrecht een 3, dus 'grotendeels' bereikt. In Spijkenisse (totaal: 19) is de stuurgroep nooit formeel (bijvoorbeeld door het College) vastgesteld. In Capelle aan den IJssel, Gouda en Zwijndrecht is het samenstellen en oprichten van een CtC-stuurgroep vrij soepel verlopen. In Spijkenisse en Middelburg enigszins. In Capelle scheelde het dat er al gebruik werd gemaakt van een bestaande stuurgroep in een ander CtC-gebied. Deze is inmiddels opgegaan in een Breed Jeugdoverleg, die ook dienst doet als CtC-stuurgroep. In bijna alle steden is de wethouder de voorzitter van de stuurgroep (subdoel 3 'een voorzitter is aangesteld').

Het realiseren van het derde doel in deze tweede fase van CtC heeft alles te maken met **'het samenstellen en oprichten van het preventieteam CtC'**. De benchmarks die hiertoe behaald moeten worden gaan over het opstellen van een werkplan voor de uitvoering van het CtC-proces, het uitnodigen van organisaties die zich in het CtC-gebied richten op ouders, kinderen, jongeren en/of leefbaarheid op de informatiebijeenkomst en ten slotte het actief werven, trainen, informeren en formeel installeren van de (potentiële) preventieteamleden. Ook is het de bedoeling dat er een organisatiestructuur in de vorm van werkgroepen wordt opgesteld voor bijvoorbeeld de ontwikkeling van het CtC-wijkprofiel. Idealiter kan 28 worden gescoord als alle 7 subdoelen volledig bereikt worden. Middelburg zit daar met 27 heel dichtbij, gevolgd door Capelle en Gouda met 25. In Spijkenisse en Zwijndrecht liggen de scores met respectievelijk 22 en 21 iets lager. Eén van de subdoelen is dat er werkgroepen worden ingesteld. Zoals we ook in de andere CtC-onderzoeken die wij uitvoerden al zagen, heeft het niet de voorkeur om echt met werkgroepen te gaan werken. Er wordt in alle CtC-wijken gekozen voor een efficiëntere werkwijze. De projectleider in Middelburg zegt hierover: *'Projectleider en coach bereiden voor en preventieteam levert input en stelt vast'*. De lagere score in deze fase voor Zwijndrecht en Spijkenisse komt doordat de meeste subdoelen grotendeels maar niet volledig zijn

bereikt. Het is daarmee dus niet zo dat bepaalde subdoelen helemaal niet gerealiseerd zijn. Waar minder op gescoord wordt is dat men geen informatiebijeenkomsten (Spijkenisse) of geen oriëntatietraining (Zwijndrecht) heeft georganiseerd. De projectleider in Zwijndrecht daarover: *'Per fase wordt hier aandacht aan besteed. Pragmatisch'*. Mogelijk verklaart dit het feit dat het bereiken van dit subdoel in zowel Spijkenisse als Zwijndrecht helemaal niet inspannend was. In de andere steden was het enigszins tot gemiddeld inspannend.

De laatste stap in de tweede fase is primair gericht op het creëren van community readiness. Het betreft doel 4, namelijk **'het informeren en bij het CtC-proces betrekken van het CtC-gebied'**. Er moet een visie op de toekomst van kinderen en jongeren in het CtC-gebied ontwikkeld worden en er moeten plannen ontwikkeld worden voor het betrekken van bewoners in het CtC-gebied. De verschillende groepen in het CtC-gebied en andere belangstellenden worden regelmatig over de voortgang van CtC geïnformeerd door middel van overleg en publicaties. De maximale te realiseren waarde van dit doel is 12. De gemeenten scoren hier 9 (Capelle aan den IJssel en Middelburg) en 7 (Gouda, Spijkenisse en Zwijndrecht). Laatstgenoemde gemeenten hebben bijvoorbeeld (nog) geen plannen gemaakt om bewoners te betrekken bij CtC (subdoel 2). Verder scoren de gemeenten vaak een 2 of 3 op de subdoelen, dus 'niet volledig bereikt'. In Zwijndrecht is bewust gekozen om in deze fase nog niet te veel naar buiten te treden met CtC. Professionals werden wel op de hoogte gehouden. Op het moment dat CtC concreter werd (bijvoorbeeld bij het wijkprofiel als product), werd breder gecommuniceerd. In de andere gemeenten wordt gecommuniceerd via wijkkrantjes, nieuwsbrieven, publicatie Brede School en folders. Er worden geen bewuste voorlichtingsmiddagen georganiseerd zoals in de Verenigde Staten. In Middelburg wordt er door middel van een wijktafel met burgers gecommuniceerd over CtC. Op andere locaties wordt CtC uitgelegd op bewonersvergaderingen of andere bijeenkomsten. Gouda vond het werken aan de community readiness niet inspannend. De anderen gemeenten vond dit enigszins inspannend en Zwijndrecht scoorde gemiddeld.

Het realiseren van de doelen in de gehele tweede fase was voor alle locaties gemiddeld enigszins inspannend (score rond de 2). Met betrekking tot de programma-integriteit kan geconcludeerd worden dat het uitvoeren van de scholierenenquête overal anders werd uitgevoerd dan beoogd; het gebeurde namelijk niet via de scholen. Dit was een keuze van de gemeenten. Op alle locaties is het gelukt om een stuurgroep samen te stellen en op te richten volgens de CtC-strategie (doel 2), alleen zijn er twee locaties waar geen oriëntatietraining heeft plaatsgevonden (Middelburg en Zwijndrecht). Het samenstellen en oprichten van het preventieteam, met alles wat daarmee gepaard gaat, is overal conform de CtC-strategie gegaan. In Zwijndrecht is er echter ook voor het preventieteam geen afzonderlijke oriëntatietraining georganiseerd. Hier is tijdens reguliere bijeenkomsten aandacht aan besteed. Tevens zijn bijna nergens werkgroepen opgesteld. Verder is in Spijkenisse geen informatiebijeenkomst georganiseerd. Met betrekking tot doel 4, dat gericht is op community readiness, blijkt dat het lastig is om specifiek voor CtC bewonersbijeenkomsten te organiseren. Vaker wordt aangehaakt bij bestaande overlegmomenten en overlegvormen en worden geen expliciete plannen gemaakt om bewoners te betrekken. Dit heeft mogelijk te maken met de andere manier van community based denken in vergelijking met de Verenigde Staten als ook met het feit dat wij in Nederland al over een groot lokaal preventief aanbod beschikken. Uit eerdere onderzoeken naar CtC blijkt dat dit in Nederland een moeilijk punt is. In de praktijk is het lastig bewoners daadwerkelijk te betrekken bij de ontwikkeling en uitvoering van CtC; het onderwerp 'leeft minder' dan in de Verenigde Staten.

Fase 3 Wijkprofiel CtC ontwikkelen

In fase 3 wordt het wijkprofiel ontwikkeld met behulp van de resultaten van het scholierenonderzoek en andere bronnen. Het preventieteam verzamelt gegevens over risicofactoren, beschermende factoren en probleemgedragingen, en analyseert deze gegevens. Op die manier wordt vastgesteld welke risicofactoren het hoogst scoren in vergelijking met nationale en regionale cijfers. Op basis van deze analyses stelt het preventieteam prioriteiten vast voor verandering en kan het gerichte plannen maken. Dit is ook het moment dat de bestaande preventieve programma's en activiteiten in het CtC-gebied in kaart worden gebracht en geanalyseerd. Onderstaand schema 4 geeft de doelen en subdoelen van fase 3 weer.

Schema 3.4 Doelen en Subdoelen, fase 3

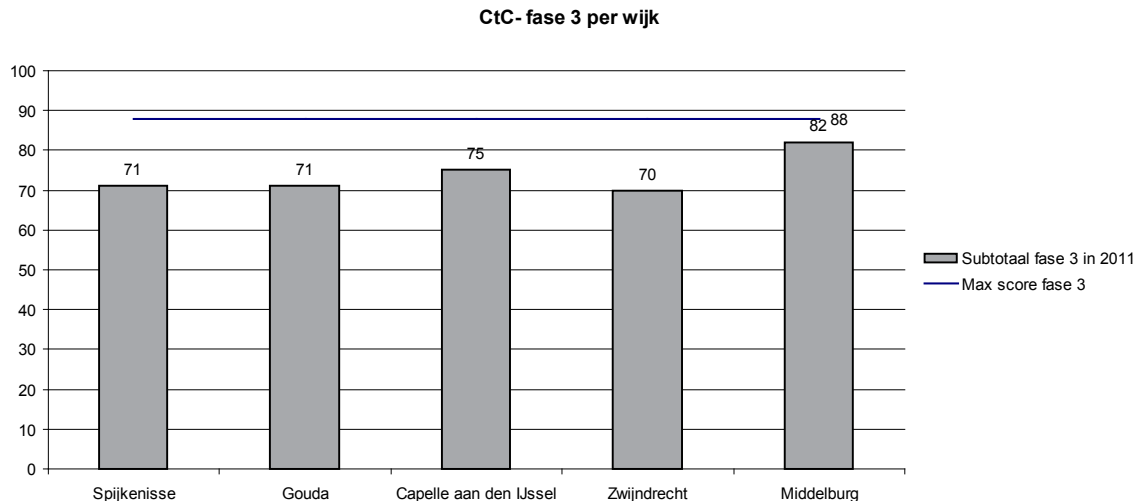
- 1. Het verzamelen en analyseren van gegevens over probleemgedragingen, risicofactoren en beschermende factoren in het CtC-gebied.**
 - De training 'ontwikkeling van het CtC-wijkprofiel' heeft plaatsgevonden.
 - De uitkomsten van de scholierenenquête zijn geanalyseerd.
 - Aan de hand van de uitkomsten van de scholierenenquête is vastgesteld welke risicofactoren het hoogst scoren.
 - Voor deze risicofactoren zijn aanvullende gegevens verzameld.
 - Aan de hand van de uitkomsten van de scholierenenquête is vastgesteld welke beschermende factoren laag scoren.
 - Voor deze beschermende factoren zijn eventueel aanvullende gegevens verzameld.
 - Met behulp van het CtC-bronnenboek 'probleemgedrag in cijfers' is een plan gemaakt voor het verzamelen van (aanvullende) gegevens over de vijf probleemgedragingen en de hoogst scorende 'top tien' van de risicofactoren.
 - Wanneer het bronnenboek geen indicaties op wijkniveau heeft opgeleverd, zijn aanvullende lokale bronnen geraadpleegd.
 - De gegevens zijn volgens plan verzameld en inzichtelijk gemaakt in een rapportage.
- 2. Het prioriteren van de risicofactoren en beschermende factoren.**
 - De leden van het preventieteam hebben - op basis van de verzamelde gegevens - een voorstel gemaakt voor prioritering van twee tot vijf risicofactoren en beschermende factoren.
 - Het voorstel voor prioritering is voorgelegd aan minimaal twee groepen in de wijk .
 - Het voorstel voor prioritering, inclusief onderbouwing, is ter besluitvorming voorgelegd aan de stuurgroep.
 - De stuurgroep heeft een besluit genomen over de prioritering van de risico- en beschermende factoren.
- 3. Het in kaart brengen en analyseren van de bestaande preventieve programma's en activiteiten in het CtC-gebied.**
 - De training 'ontwikkeling van het CtC wijkprofiel', en de sterkteanalyse hebben plaatsgevonden.
 - De preventieve activiteiten en programma's, gericht op de geprioriteerde risicofactoren die in het CtC-gebied worden uitgevoerd, zijn in kaart gebracht.
 - De verzamelde gegevens over deze preventieve activiteiten en programma's zijn inzichtelijk gemaakt in een rapport.
 - In het preventieteam zijn lacunes en eventuele overlap met het huidige preventieve aanbod vastgesteld.

- De lacunes/eventuele overlap zijn toegevoegd aan het rapport.
- De uitkomsten van de inventarisatie en de analyse zijn ter besluitvorming voorgelegd aan de stuurgroep CtC.
- De stuurgroep CtC heeft een besluit genomen.

4. Het samenstellen van een profiel van het CtC-gebied

- De uitkomsten van fase 3 zijn beschreven en gepubliceerd in het profiel van het CtC-gebied.
- Het profiel van het CtC-gebied is besproken met verschillende groepen/belanghebbenden in de wijk.

Figuur 3.3 Analyse fase 3. Maximale waarde = 88



Van de vier doelen die bij deze fase horen, maken in totaal 22 subdoelen deel uit. De totale maximaal te behalen score is 88 (22 subdoelen). Uiteindelijk bevindt Middelburg zich met een score van 82 het dichtst bij de ideale score van 88, gevolgd door respectievelijk Capelle aan den IJssel (75), Spijkenisse (71), Gouda (71) en Zwijndrecht (70).

Bij doel 1 ‘het verzamelen en analyseren van gegevens over probleemgedragingen’ gaat het om het organiseren van de training ‘ontwikkeling van CtC-wijkprofiel’ en het analyseren van de uitkomsten van de scholierenenquête. Verder worden de risico- en beschermende factoren vastgesteld, en hier aanvullende gegevens over verzameld met behulp van het bronnenboek of andere bronnen om dit vervolgens inzichtelijk te maken in een rapportage. In alle CtC-wijken zijn gegevens verzameld en geanalyseerd over de probleemgedragingen en de risico- en beschermende factoren in het CtC-gebied. We zien wel varianten in de wijze waarop dit gebeurd is. In Gouda heeft men geen rapportage gemaakt, maar gekozen voor een PowerPoint presentatie. In Middelburg maakte men gebruik van een ‘Zeeuws bronnenboek’. Het gebruiken van de data over de mogelijke risicofactoren wordt niet overal als gemakkelijk ervaren. De projectleider in Zwijndrecht geeft aan dat de ervaringen van de professionals ook meegenomen moet worden als kennis: *‘Cijfers waren niet altijd voorhanden. De ervaringen van de professionals in de wijk waren een belangrijke indicator’*. In Capelle aan den IJssel vond men het achterhalen van aanvullende informatie over de risicofactoren zeer inspannend. In Middelburg

gebeurde dit aan hand van de analyse van de scholierenenquête. Gemiddeld genomen ervaarde men het realiseren van het eerste subdoel enigszins tot gemiddeld inspannend.

Om doel 2 **'het prioriteren van de risicofactoren en beschermende factoren'** te behalen, moeten de preventieteamleden een voorstel tot prioritering doen en deze voorleggen aan minimaal 2 groepen in de wijk en vervolgens aan de stuurgroep die een besluit neemt. De maximale te behaalde waarde is 16. Alle locaties scoren 13, met uitzondering van Capelle aan den IJssel waar men 14 scoort. Geen van de gemeenten heeft het voorstel tot prioritering voorgelegd aan minimaal twee groepen in de wijk (subdoel 2), dus alle gemeenten scoren daar een 1 (niet bereikt), met uitzondering van Capelle aan den IJssel, deze gemeente scoort een 2. Bij de overige subdoelen scoren de locaties een 'volledig bereikt' (4), met uitzondering van Middelburg waar vaak 'grotendeels bereikt' (3) wordt gescoord. Hier zijn de voorstellen voor prioritering namelijk niet aan de stuurgroep maar aan het College voorgelegd. Daarmee wijkt Middelburg af van de CtC-strategie zoals bedoeld. Het bereiken van dit tweede doel in fase 3 was niet tot enigszins inspannend voor de betrokkenen.

Doel 3 van fase 3 richt zich op **'het in kaart brengen en analyseren van bestaande preventieprogramma's en projecten'**. Hiertoe moet de training 'ontwikkeling van het CtC wijkprofiel' worden georganiseerd. Verder moeten de preventieve activiteiten die zich op de geprioriteerde risicofactoren in het CtC-gebied richten in kaart worden gebracht en inzichtelijk worden gemaakt in een rapport. Het preventieteam moet de lacunes en overlap vaststellen en toevoegen aan het rapport. Alles wordt vervolgens voorgelegd aan de stuurgroep die een besluit neemt. De maximaal te behalen score bij doel 3 is 28. Spijkenisse (28) heeft alle benchmarks conform de strategie doorlopen. Middelburg zit hier dichtbij met een score van 27. De andere steden geven aan dat de doelen grotendeels en dus niet volledig zijn bereikt. Met betrekking tot het subdoel 'het in kaart brengen van de preventieve activiteiten en programma's' blijkt het moeilijk om exacte gegevens van organisaties te krijgen.

Het bereiken van doel 3 was gemiddeld genomen overal enigszins inspannend, en in Spijkenisse was dit gemiddeld inspannend. Vooral het in kaart brengen van de preventieve activiteiten en programma's gericht op de geprioriteerde risicofactoren die in het CtC-gebied worden uitgevoerd vond men lastig. Coach Middelburg: *'Veel aanbod blijkt stedelijk of bovengemeentelijk. Soms is het moeilijk te zien of een project iets doet in het gebied'*. In Zwijndrecht vond men het ook inspannend om de lacunes en eventuele overlap met het huidige preventieve aanbod vast te stellen en om deze toe te voegen aan het rapport.

Dan tot slot doel 4 in deze fase: **'het samenstellen van een profiel van het CtC-gebied'**. De uitkomsten van fase 3 moeten in deze fase beschreven en gepubliceerd worden in het profiel van het CtC-gebied, dat besproken wordt met verschillende groepen en belanghebbenden in de wijk. In alle CtC-gebieden is een wijkprofiel opgesteld, dit wijkprofiel is in mindere mate besproken met de verschillende groepen en belanghebbenden in de wijk. In Gouda hebben de preventieteamleden door middel van interviews uitspraken in het wijkprofiel getoetst. De coach in Middelburg stelt: *'Het is wel met politici in raadscommissie en in teams op scholen besproken, verder niet'*. In Gouda en Capelle aan den IJssel was het realiseren van dit laatste subdoel zeer inspannend. In de andere steden was dit gemiddeld tot enigszins inspannend.

Gesteld kan worden dat het realiseren van de gehele fase 3 enigszins tot gemiddeld inspannend is. De fase is goeddeels uitgevoerd zoals beoogd. Het verzamelen en analyseren van gegevens over probleemgedragingen, risico- en beschermende factoren in het CtC-gebied (doel 1) is overal grotendeels tot volledig bereikt. Het opvragen van aanvullende informatie over de beschermende factoren en subdoelen gericht op 'het in kaart brengen en analyseren van bestaande preventieprogramma's en

projecten' is niet overal gelukt, omdat het lastig is om deze gegevens te verkrijgen. Ook kan men niet overal uit de voeten met het CtC-bronnenboek. Dit wordt niet altijd gebruikt, of er worden varianten aangewend. Met betrekking tot doel 2, het prioriteren van de risico- en beschermende factoren, wordt het voorstel nergens voorgelegd aan twee groepen in de wijk zoals dat in de Verenigde Staten gebeurt. Ook met betrekking tot doel 4 als het gaat om het samenstellen van het wijkprofiel is het voorstel lang niet altijd voorgelegd aan groepen in de wijk. Blijkbaar leeft er hier toch een andere community-beleving.

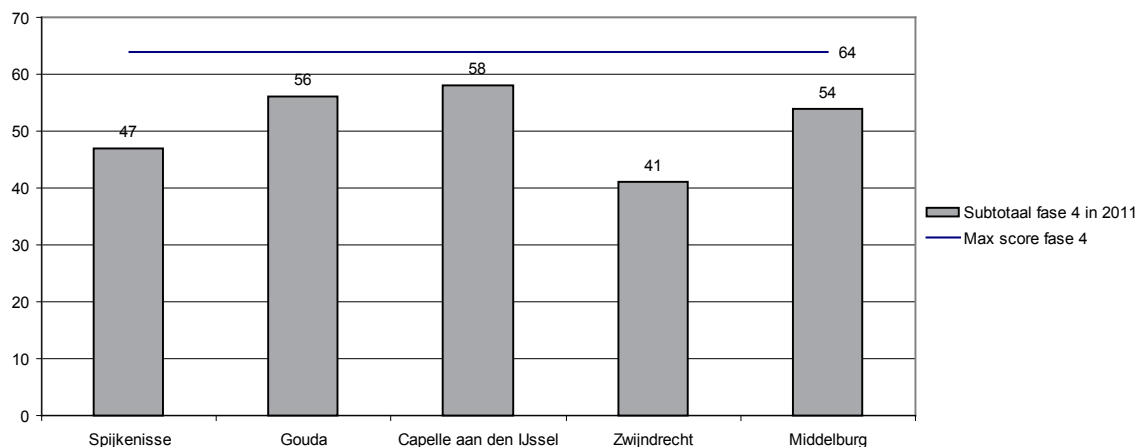
Fase 4 Preventieplan CtC ontwikkelen

In de vierde fase staat de ontwikkeling van het preventieplan centraal. Dit houdt onder andere in dat het preventieteam op basis van het wijkprofiel doelen vaststelt. Vervolgens moet er een plan komen waarin organisaties en voorzieningen in de wijk een samenhangend aanbod doen om de risicofactoren te verminderen en om de beschermende factoren te versterken. Daarna is het moment aangebroken om draagvlak te creëren voor het preventieplan. Schema 5 toont de doelen en subdoelen die bij fase 4 behoren.

Schema 3.5 Doelen en Subdoelen, fase 4

- 1. De doelen die de CtC-strategie op de lange termijn wil bereiken ten aanzien van probleemgedrag, risico- en beschermende factoren, zijn geformuleerd.**
 - Samen met het preventieteam is een organisatiestructuur opgezet voor de ontwikkeling van het preventieplan.
 - De training 'ontwikkeling van het preventieplan' heeft plaatsgevonden.
 - De gewenste toekomstvisie is beschreven.
 - De gewenste resultaten ten aanzien van de probleemgedragingen zijn beschreven in termen van lange termijn doelen.
 - De gewenste uitkomsten voor de geprioriteerde risicofactoren zijn beschreven.
 - De gewenste uitkomsten voor de geprioriteerde beschermende factoren zijn beschreven.
- 2. Er is een plan ontwikkeld waarin programma's/voorzieningen in de wijk een samenhangend aanbod doen om de risicofactoren te verminderen en de beschermende factoren te versterken**
 - De manier waarop het huidige aanbod van programma's/voorzieningen in het CtC-gebied versterkt kan worden is beschreven.
 - Er is gezocht naar manieren om programma's te verbeteren of uit te breiden.
 - Het voorzieningenaanbod in het CtC-gebied is uitgebreid en/of aangevuld met programma's uit de CtC-gids 'veelbelovend en effectief' die bestaande lacunes opvullen.
 - Voor alle programma's in het preventieplan is geformuleerd welke doelgroep zij willen bereiken, wie het programma uitvoert en hoe vaak en in welke periode het programma plaatsvindt.
 - Voor alle programma's die in het preventieplan staan is geformuleerd welke resultaten zij nastreven bij de deelnemers aan de programma's.
- 3. Het creëren van draagvlak voor het preventieplan CtC.**
 - De uitkomsten van fase 4 zijn ter besluitvorming voorgelegd aan de stuurgroep.
 - Hierbij is aangegeven wat de tijdsplanning van de invoering van zaken is, op welke wijze het plan uitgevoerd gaat worden, en is een indicatie gegeven van de te verwachten extra kosten.
 - De stuurgroep heeft een besluit genomen over het preventieplan CtC.
 - De uitkomsten van fase 4 zijn beschreven en gepubliceerd in het preventieplan CtC.
 - Het preventieplan CtC is besproken met verschillende groepen/belanghebbenden in het CtC-gebied.

Figuur 3.4 Analyse fase 4. Maximale waarde = 64 CtC- fase 4 per wijk



In totaal scoren Capelle aan den IJssel, Gouda en Middelburg respectievelijk 58, 56 en 54 en zitten wat betreft doelrealisering enigszins dicht bij elkaar. Spijkenisse en Zwijndrecht staan daar met de scores 47 en 41 wat verder van af. De eerste drie genoemden hebben deze fase eind 2011 dan ook al afgerond, terwijl Zwijndrecht op dat moment nog volop bezig is, vooral met de realisering van de benchmarks bij doel 2. In Zwijndrecht is in 2011 een preventieplan vastgesteld en zijn eerste ervaringen opgedaan met de uitvoering daarvan. Het preventieplan is in zijn geheel opgenomen in het wijkprogramma. Minder financiële mogelijkheden (als gevolg van bezuinigingen) en de schaalgrootte (veel programma's worden stedelijk aangeboden) spelen de implementatie parten.

In Spijkenisse is de situatie anders. Deze gemeente is in deze fase gestopt met CtC na realisatie van het preventieplan; tot een uitvoeringsplan is het nooit gekomen. Spijkenisse is dus relatief laat begonnen en vroeg geëindigd. De tijdelijke projectleider in Spijkenisse geeft aan: *'In 2010 is pas de eerste bijeenkomst met het preventieteam georganiseerd. In korte tijd zijn daar toen de eerste drie fasen doorlopen. In de loop van 2010 is besloten om in te zetten op de wijkontwikkelingsplannen (meer wijkgericht werken) en om dit breder in te steken dan CtC. Het gaat dus niet alleen preventie, maar ook om repressie (bijvoorbeeld het in kaart brengen van problematische jeugdgroepen en het inzetten van Beke-regisseur) en om curatie, niet alleen sociaal, maar ook fysiek en niet alleen gericht op jongeren, maar op alle wijkbewoners. CtC werd gezien als een te beperkte strategie voor de gehele wijk, dus hebben we in 2011 CtC losgelaten en gekozen voor het wijkgericht werken. Het wijkgericht werken is in eerste instantie gestart in De Akkers (controlewijk CtC). In 2011 heeft geen enkele bijeenkomst van het preventieteam meer plaatsgevonden'*. Omdat zij toch aan doelen hebben gewerkt met betrekking tot fase 4 en 5 nemen we de scores wel mee in onze analyse.

Om doel 1 te realiseren, namelijk **'de doelen die de CtC-strategie op de lange termijn wil bereiken ten aanzien van probleemgedrag, risicofactoren en beschermende factoren, zijn geformuleerd'** moet er samen met het preventieteam een organisatiestructuur worden opgezet voor de ontwikkeling van het preventieplan. Hiertoe vindt een training plaats, is de gewenste toekomstvisie beschreven en ook de gewenste resultaten ten aanzien van de probleemgedragingen in lange termijn doelen, en van de geprioriteerde risico- en beschermende factoren. Gouda heeft dit gerealiseerd, Spijkenisse en Capelle aan den IJssel hebben dit nagenoeg afgerond. Middelburg en Zwijndrecht scoren

iets lager. Middelburg heeft ten aanzien van de gewenste resultaten van probleemgedragingen, risico- en beschermende factoren (laatste drie subdoelen) overal een 2 gescoord: 'enigszins bereikt'. Het is niet duidelijk of dat op het moment van invullen van het instrument nog moet gebeuren of dat het echt niet is gelukt. In Zwijndrecht moet in elk geval nog wel veel gebeuren. De projectleider zegt specifiek over de genoemde subdoelen: *'Er is een voorstel gemaakt. Moet nog ter besluitvorming worden aangeboden en afgestemd worden met gemeentelijke ambities'*. Het bereiken van doel 1 was overal gemiddeld inspannend.

Doel 2 luidt als volgt: **'Er is een plan ontwikkeld waarin programma's/voorzieningen in de wijk een samenhangend aanbod doen om de risicofactoren te verminderen en de beschermende factoren te versterken'**. Om dit doel te realiseren moet de manier waarop het huidige aanbod van programma's en voorzieningen in het CtC-gebied versterkt kan worden, worden beschreven. Verder moet er gezocht worden naar manieren om programma's te verbeteren of uit te breiden, onder andere met programma's uit de CtC-gids. Voor ieder programma in het preventieplan moet geformuleerd worden wat doelgroep en bereik zijn, en welke resultaten worden nagestreefd. De maximale score bij volledig doelbereik bedraagt 20. Capelle aan den IJssel en Middelburg scoren 19 en 18, Gouda scoort 14. De projectleiders van deze drie locaties vonden het realiseren van dit doel enigszins tot gemiddeld inspannend. Zwijndrecht is nog niet zo ver en scoort daardoor niet hoger dan een 8. In Gouda is er weinig tot geen gebruik gemaakt van de CtC-gids (score 1). Op alle locaties valt op dat er laag gescoord wordt als we kijken naar het laatste subdoel: *'Voor alle programma's die in het preventieplan staan is geformuleerd welke resultaten zij nastreven bij de deelnemers aan de programma's'*. Zwijndrecht is in het najaar van 2011 nog volop met de realisatie van doel 2 bezig en scoort daardoor vaak een 1 of 2 op deze subdoelen. Dit verklaart de lage score van deze gemeente bij dit doel, en ook in totaal voor fase 4. De projectleider in Zwijndrecht geeft aan: *'Het probleem in de wijk is om die groep ouders te bereiken die het meest gebaat zouden zijn bij preventieve programma's. Stap 1 is dan ook te investeren in bereik, toegankelijkheid en laagdrempeligheid. Stap 2 is vervolgens om te kijken welke programma's/voorzieningen aangeboden kunnen worden'*.

Het laatste doel in de vierde fase is gericht op **'het creëren van draagvlak voor het preventieplan CtC'**. Hier kan een maximale score van 20 worden gerealiseerd. De locaties zijn allemaal met dit doel bezig geweest en scoren 18 (Gouda, Middelburg, Zwijndrecht), 17 (Capelle aan den IJssel) of 16 (Spijkenisse). In Gouda moet het preventieplan op dat moment nog besproken worden met groepen in de wijk (laatste subdoel). Ook in de andere steden is dit nog niet goed gerealiseerd. In Zwijndrecht is het plan al wel besproken in de politiek. De projectleider geeft aan: *'Er is een implementatieplan gemaakt, dat onderdeel uitmaakt van het wijkprogramma 'Jeugd' voor de wijk Kort Ambacht, waarin concreet wie, wat, wanneer, en dergelijke wordt aangegeven. In het najaar wordt hierover gepubliceerd'*. De betrokkenen vonden realisering van doel 3 helemaal niet tot enigszins inspannend.

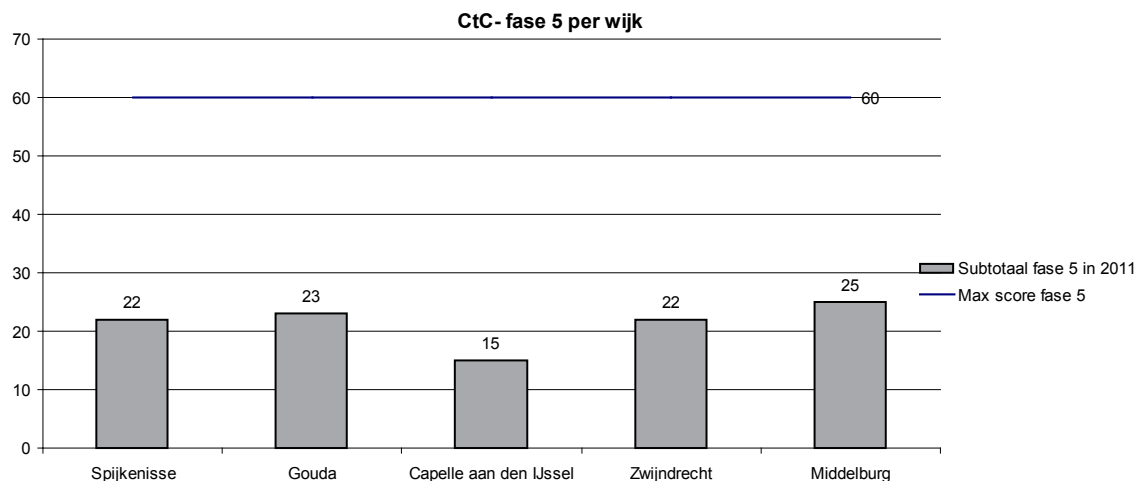
We kunnen stellen dat fase 4 nog niet overal doorlopen is. CtC wordt uitgevoerd zoals beoogd, echter de CtC-gids wordt niet overal gebruikt en het blijkt lastig om de resultaten voor de programma's te formuleren. Ook hier zien we dat het plan niet aan groepen in de wijk wordt voorgelegd, terwijl dit in de Verenigde Staten juist zo belangrijk wordt gevonden.

Fase 5 Preventieplan CtC invoeren

In de vijfde fase staat het uitvoeren van het preventieplan centraal. Alle activiteiten uit de voorgaande fasen leiden tot een gezamenlijk gemeenschapsbreed strategisch plan. Het gaat erom een organisatiestructuur op te zetten, evaluaties uit te voeren en het preventieplan bij te stellen. Het is tevens belangrijk om te werken aan draagvlak voor de langere termijn. Schema 6 geeft de doelen en subdoelen weer die onder fase 5 vallen.

- 1. Het opzetten van een organisatiestructuur van het CtC-proces die de invoering van het preventieplan CtC in de wijk ondersteunt.**
 - De organisatiestructuur is samen met de leden van het preventieteam en de stuurgroep (en taak- en rolverdeling) vastgelegd voor de invoering van het preventieplan CtC.
 - Een samenwerkingsovereenkomst is vastgesteld met organisaties die een bijdrage (gaan) leveren aan de uitvoering van het preventieplan CtC .
- 2. Het uitvoeren van evaluaties en het bijstellen van het preventieplan.**
 - Jaarlijks zijn de bereikte resultaten verzameld van de programma's die ingezet worden in het preventieplan .
 - Gegevens over probleemgedragingen, de risicofactoren en beschermende factoren worden periodiek verzameld met behulp van de scholierenenquête en aanvullende gegevens.
 - Aan de hand van de uitkomsten van de scholierenenquête en de aanvullende gegevens is het preventieplan bijgesteld.
 - Deze bijstelling heft het preventieteam voorgelegd aan de stuurgroep.
 - De stuurgroep heeft het besluit over de bijstelling genomen.
 - De bijstellingen in het preventieplan zijn ingevoerd.
 - De betreffende instellingen zijn op de hoogte van de bijstellingen, met name de bijstellingen op programmaniveau, en hebben de bijstellingen ingevoerd.
 - Er is over het preventieplan CtC en de bijstellingen gerapporteerd.
 - Deze rapportage is gebruikt om verschillende groepen in de wijk en belanghebbenden te informeren en te betrekken bij het CtC-proces.
- 3. Het onderhouden van draagvlak (voor langere termijn) voor het CtC-proces in de wijk.**
 - Er zijn regelmatig informatiebijeenkomsten over het CtC-proces gehouden en er is regelmatig over het proces en de uitkomsten gerapporteerd.
 - Er zijn regelmatig nieuwe leden voor het preventieteam en de stuurgroep geworven.
 - De stuurgroep is nog steeds actief.
 - Feiten worden gedeeld over verbetering van het welzijn van de jeugd .

Figuur 3.5 Analyse fase 5. Maximale waarde = 60



In het najaar van 2011 zijn nog alle steden met deze laatste fase bezig. Nergens is de gehele CtC cyclus al doorlopen. Wel zijn er verschillen te zien. De maximaal te behalen waarde bedraagt 60. We constateren dat de CtC-wijken hier nog niet bij in de buurt komen. Deze laatste fase kent drie doelen. De projectleider van Capelle aan den IJssel heeft bij alle subdoelen een 1 genoteerd omdat ze er nog niet mee bezig zijn. Dit is ook de reden dat Capelle aan den IJssel in het schema de laagste totaalscore heeft. De andere vier steden zijn al wel bezig (geweest) met doelrealisering 1 en 3, maar nog niet (geheel) met doel 2. Zij hebben hier vaak 'nog niet van toepassing' ingevuld. Ook Spijkenisse was in andere fasen al bezig met het realiseren van doelen in fase 5, ondanks dat zij in fase 4 gestopt zijn. In deze fase krijgen de steden ook geen ondersteuning meer door een coach. Dit kan mogelijk invloed hebben op de doelrealiseringen.

Doel 1 van fase 5 is '**Het opzetten van een organisatiestructuur voor het CtC-proces die de invoering van het preventieplan CtC in de wijk ondersteunt**'. Een eerste stap om dit te realiseren is het bereiken van subdoel 1: 'Samen met de leden van het preventieteam en de stuurgroep is de organisatiestructuur (en taak- en rolverdeling) vastgesteld voor de invoering van het preventieplan CtC'. Subdoel 2 is 'Een samenwerkingsovereenkomst is vastgesteld met organisaties die een bijdrage (gaan) leveren aan de uitvoering van het preventieplan CtC'.

De maximale waarde bedraagt 8. Spijkenisse scoort een 8, Middelburg een 6 en Gouda en Zwijndrecht een 5. In Gouda en Middelburg is er (nog) geen samenwerkingsovereenkomst getekend. In Middelburg zijn op dat moment alleen afspraken gemaakt over de uitvoering van programma's.

Doel 2 van fase 5 betreft '**Het uitvoeren van evaluaties en het bijstellen van het preventieplan**'. Hier vallen een groot aantal subdoelen onder. De maximaal te bereiken score is 36. De steden zijn nog volop met dit doel bezig; nergens scoort men hoger dan 10. De projectleider van Spijkenisse geeft aan: '*De uiteindelijke gegevensverzameling heeft gedeeltelijk plaatsgevonden. Daarmee hebben de volgende stappen ook nog niet plaatsgevonden*'. Als het gaat om subdoel 2 bij doel 2 betreffende 'Gegevens over probleemgedragingen, de risicofactoren en de beschermende factoren worden periodiek verzameld met behulp van de scholierenenquête en aanvullende gegevens' stelt de projectleider van Gouda: '*De uitvoering van de enquête vond plaats in september 2011, de daadwerkelijke vertaling van de resultaten staat voor begin 2012 gepland*'. Aan de hand van de resultaten van de enquête wordt in 2012 het preventieplan bijgesteld (subdoel 3 onder doel 2). De projectleider in Zwijndrecht zegt hierover: '*De enquête vindt in het najaar pas plaats. Andere gegevens hebben nog niet geleid tot aanpassingen*'.

Als het gaat om het bereiken van het allerlaatste doel in de gehele CtC-cyclus '**Het onderhouden van draagvlak (voor langere termijn) voor het CtC-proces in de wijk**' blijkt dat nog geen enkele gemeente daarmee bezig is in het najaar van 2011. Dit heeft mogelijk te maken met actuele gebeurtenissen en politieke ontwikkelingen.

3.3 Conclusies

Eén van de kernelementen van CtC is dat de implementatie volgens eenzelfde wijze gebeurt, aan de hand van trainingen, coaching, en gebruik makend van dezelfde instrumenten (Bronnenboek en CtC-gids). Hiertoe zijn volgens de CtC-strategie in elke fase een aantal doelen of 'milestones' benoemd om een zo optimaal mogelijke implementatie van CtC te realiseren. Met een op de Amerikaanse 'Milestones & Benchmarks Rating Tool' gebaseerd Nederlands instrument is voor de CtC-locaties geïnventariseerd welke doelen en subdoelen er volgens de projectleiders gerealiseerd zijn. Op deze

manier is de programma-integriteit gemeten. Nagegaan is of CtC overal volgens plan is uitgevoerd en waar zich knelpunten voordeden. Middelburg, Capelle aan den IJssel en Zwijndrecht zijn nog volop bezig met fase 5, Zwijndrecht werkt bovendien ook nog aan doelen in fase 4 en in Spijkenisse is men voortijdig gestopt met CtC.

De eerste fase is gericht op het voorbereiden van CtC. Met betrekking tot de programma-integriteit kan gesteld worden dat de eerste drie doelen van fase 1 vrij goed behaald zijn. Knelpunten waren het in kaart brengen van probleemgedragingen en preventieve activiteiten, vooral omdat deze vaak regionaal dan wel stedelijk zijn georganiseerd. Doel 4 'Het voorbereiden van de CtC enquête' blijkt niet goed implementeerbaar in de Nederlandse situatie. Het is zeer moeilijk om de enquête via scholen gerealiseerd te krijgen, aangezien ook jongeren van buiten de gemeente naar scholen in het voortgezet onderwijs gaan. In de steden is er daarom voor gekozen om deze te integreren in de GGD-monitor (Spijkenisse), dan wel om deze digitaal te verspreiden.

In de tweede fase wordt CtC geïntroduceerd in het gebied en wordt er draagvlak gecreëerd. Op alle locaties is het gelukt om een stuurgroep samen te stellen en op te richten volgens de CtC-strategie. Op 2 locaties heeft er geen afzonderlijke oriëntatietraining plaatsgevonden (Middelburg en Zwijndrecht), maar is hier aandacht aan besteed in de stuurgroep en het preventieteam. Het samenstellen en oprichten van het preventieteam met alles wat daarmee gepaard gaat, is vrijwel overal conform de CtC-strategie gegaan. Met betrekking tot doel 4, de community readiness, blijkt dat het lastig is om specifiek voor CtC bewonersbijeenkomsten te organiseren. Daarom wordt vaak aangehaakt bij bestaande overlegmomenten/overlegvormen. Expliciete plannen om bewoners te betrekken worden niet gemaakt; dit heeft te maken met de uiteenlopende context in Nederland in vergelijking met de Verenigde Staten. Het zogeheten community based in de Verenigde Staten is gestoeld op een context die verschilt met de Nederlandse. Een belangrijk verschil is dat in Nederland al veel interventies gericht op probleemgedrag van jongeren plaatsvonden, voordat gemeenten zijn gaan werken met CtC. Ook wordt vaak al (in meer of mindere mate) wijkgericht gewerkt. In de Verenigde Staten echter is CtC vaak de aanleiding om preventieve activiteiten van de grond te krijgen. De rol van de lokale gemeenschap (bewoners en vrijwilligers) is daarbij veel groter dan in Nederland. Ook uit de eerdere onderzoeken naar CtC is dit punt naar voren gekomen. Omdat CtC in Nederland vooral door lokale overheden en organisaties wordt vormgegeven, vraagt het betrekken van bewoners bij de ontwikkeling een andere aanpak dan in de Verenigde Staten. Hier is voorsnog weinig aandacht voor, en het blijkt moeilijk te realiseren.

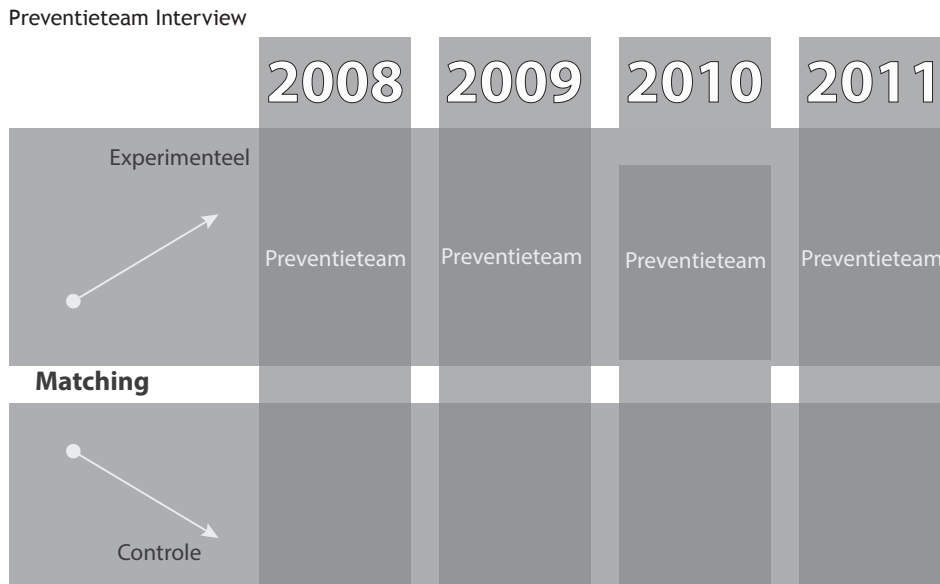
In fase 3 wordt het wijkprofiel ontwikkeld. Deze fase is overal grotendeels uitgevoerd zoals beoogd. Het opvragen van aanvullende informatie over beschermende factoren en het in kaart brengen en analyseren van bestaande preventieprogramma's en projecten is echter niet overal gelukt. Het was namelijk lastig om de gegevens te verkrijgen. Ook kan men niet overal uit de voeten met het CtC-bronnenboek (NJI, 2007). Het wordt niet altijd gebruikt. De prioritering van de risico- en beschermende factoren en het vaststellen van het wijkprofiel zou volgens de CtC-systematiek voorgelegd moeten worden aan twee groepen in de wijk, zoals dat in de Verenigde Staten gebeurt. Men kan concluderen dat CtC in Nederland een aangelegenheid is van professionals, en dat bij de uitvoering in mindere mate andere partijen worden betrokken. In alle steden is de gemeenschapsbrede aanpak van CtC is gericht op professionals.

Gesteld kan worden dat fase 4 betreffende de ontwikkeling van het preventieplan alleen in Zwijndrecht nog niet helemaal doorlopen is. Spijkenisse is in deze fase gestopt met CtC. CtC wordt overal uitgevoerd zoals beoogd, echter de CtC-gids (NJI, 2004 en www.databankeffectieveinterventies) wordt

niet overal gebruikt en het blijkt lastig om de resultaten voor programma's te formuleren. Ook hier zien we dat het voorleggen van het plan aan groepen in de wijk niet gedaan wordt, terwijl dit in de Verenigde Staten juist zo belangrijk wordt gevonden.

In het najaar van 2011 zijn alle steden, met uitzondering van Spijkenisse, nog bezig met het uitvoeren van het preventieplan (fase 5). Nergens is de gehele CtC-cyclus volledig doorlopen. We constateren ook dat politieke keuzes een rol spelen bij het voortbestaan van CtC, en bij het inpassen in toekomstig beleid. In Spijkenisse is men gestopt nog voor de gehele CtC-cyclus doorlopen was. We mogen concluderen dat CtC overal is uitgevoerd zoals bedoeld. Hoewel er verschillen zijn als we kijken naar de wijze van implementatie, betreft het veelal kleine verschillen. De essentiële onderdelen van CtC zijn op dezelfde wijze geïmplementeerd. Alleen Spijkenisse is voortijdig afgehaakt.

4 *Structuur en organisatie van Communities that Care*



4.1 *Inleiding*

CtC kent een bepaalde vastgestelde structuur en een daarbij horende organisatie. Het preventieteam kunnen we beschouwen als het uitvoeringsorgaan van CtC. In het preventieteam zitten vertegenwoordigers van instellingen die (preventie)programma's en projecten voor jeugdigen uitvoeren. Het preventieteam stelt het wijkprofiel op, prioriteert risico- en beschermende factoren, stelt het preventieplan op en zorgt ervoor dat dit plan wordt uitgevoerd. De meeste preventieteams komen maandelijks bijeen. Het werven van leden en het samenstellen van het team is in de meeste gevallen een taak van de projectleider, ondersteund door de CtC-coach.

In dit hoofdstuk gaan wij in op het functioneren van de preventieteams die in de vijf onderzochte gemeenten op de CtC-locaties actief zijn (geweest). De effectiviteit van het preventieteam wordt gemeten op verschillende onderdelen, zoals draagvlak in de wijk, kennis van CtC (Feinberg, Greenberg & Osgood 2004a), participatie (Arthur et al. 2002), invloed van CtC (Jasuja et al., 2005), de impact van CtC, knelpunten ten aanzien van de implementatie van CtC, wisselingen van de preventieteamleden en ten slotte cohesie, efficiency en conflicten binnen het preventieteam (Feinberg et al., 2004a; Feinberg, greenberg & Osgood, 2004b; Feinberg, Riggs & Greenberg, 2005). Het instrument is

ontwikkeld in de Verenigde Staten en vertaald en aangepast aan de Nederlandse situatie (Steketee et al., 2006; Mak et al., 2010)

We beginnen in paragraaf 4.2 met het beschrijven van het preventieteam. Vervolgens gaan we in op het functioneren van het preventieteam (4.3) en de afzonderlijke preventieteamleden (4.4). Vervolgens komen de opbrengsten van CtC (4.5) en de beoordeling van de landelijk en lokale ondersteuning (4.6) aan de orde, en vervolgens het draagvlak voor CtC (4.7). We kiezen ervoor om eerst in te gaan op de verschillen en overeenkomsten tussen de gemeenten. Daarna gaan we in op de opmerkelijke verschillen binnen de gemeenten. Het hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies (4.8).

4.2 Beschrijving preventieteam

In deze paragraaf geven wij een schets van de verschillende preventieteams. We gaan daarbij in op het aantal preventieteamleden, de organisaties waarvoor zij werkzaam zijn, en hoe lang zij al werkzaam zijn bij deze organisaties (anciënniteit). Tot slot beschrijven we de respons op de preventieteam-enquête.

Aantal leden en organisaties, anciënniteit en respons

Het aantal actieve leden per preventieteam loopt nogal uiteen, het varieert van 26 in Capelle aan den IJssel tot 13 in Zwijndrecht aan het begin van het CtC-traject in 2009 (zie tabel 4.1). In alle gemeenten zien we in de loop der jaren een daling van het aantal preventieteamleden. Een mogelijke verklaring is dat vooral medewerkers van instellingen deel nemen aan het preventieteam, en er zijn wisselingen in de personele setting. Een kleiner aantal preventieteamleden hoeft echter niet per definitie nadelig te zijn, omdat het makkelijker is om in een klein preventieteam tot beslissingen te komen dan in een groot team.

In de preventieteams van Capelle aan den IJssel en Gouda is de grootste diversiteit aan organisaties te zien. De gemeente, de GGD, twee of meer basisscholen, opbouwwerk en jongerenwerk zijn in ieder geval in alle preventieteams vertegenwoordigd. We constateren ook verschillen tussen de gemeenten. In Capelle aan den IJssel, Gouda en Zwijndrecht zijn Bureau Jeugdzorg en een middelbare school vertegenwoordigd. In Capelle aan den IJssel, Gouda en Spijkenisse zijn één of meer woningbouwcorporaties actief in het preventieteam, en in Middelburg, Spijkenisse en Zwijndrecht maakt de politie deelt uit van het preventieteam. De jeugdgezondheidszorg/thuiszorg is alleen binnen het preventieteam van Capelle aan den IJssel, Spijkenisse en Zwijndrecht actief. Het jeugdwerk vinden we alleen terug in Capelle aan den IJssel en Gouda. Tot slot kennen vier gemeenten twee of meer organisaties die niet in de preventieteams van één van de andere gemeenten actief zijn, zie tabel 4.2.

Tabel 4.1 Aantal preventieteamleden

		2009	2010	2011
Aantal preventieleden	Capelle aan den IJssel	26	15	16
	Gouda	25	22	10
	Middelburg	-	10	9
	Spijkenisse	15	15	13
	Zwijndrecht	13	10	7
	Totaal	69	72	54

Tabel 4.2 Verschillende organisaties vertegenwoordigd binnen het preventieteam

	Capelle aan den IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht
Gemeente	●	●	●	●	●
GGD	●	●	●	●	●
Opbouwwerk	●	●	●	●	●
Jongerenwerk	●	●	●	●	●
Bureau Jeugdzorg	●	●			●
Basisschool	●	●	●	●	●
Middelbare school	●	●			●
Woningbouwcorporatie	●	●		●	
Jeugdwerk	●	●			
Maatschappelijk werk	●				
Thuiszorg/ jeugdgezondheidszorg	●			●	●
MEE		●			
Expertisecentra jeugd		●			
Aanbieder sportvoorzieningen		●			
Onderwijsondersteuning			●		
Politie			●	●	●
Kinderopvang			●		
Verslavingszorg			●		
Opvoedingsondersteuning				●	
Bewonersvereniging				●	

Met uitzondering van Middelburg hebben de preventieteamleden drie keer een enquête ingevuld, de zogenaamde preventieteam-enquête. In Middelburg is deze enquête twee keer ingevuld. Een belangrijke opmerking vooraf is dat de preventieteam-enquête 2009 in Spijkenisse begin 2010 is afgenomen. We kiezen er echter voor om deze afname als eerste meting te gebruiken.

In totaal heeft in het eerste jaar ongeveer de helft de enquête ingevuld, in 2010 was dat driekwart, en in 2011 het merendeel (85%) van de preventieteamleden. Daarbij merken we wel op dat in Middelburg de eerste meting pas in 2010 gehouden kon worden, vanwege een tragere start in Middelburg. De reden hiervoor was dat in 2009 nog geen preventieteam aanwezig was. In Spijkenisse is de eerste meting net in het begin van 2010 gehouden, vanwege de tragere start van het preventieteam. De tweede meting vond hier plaats eind 2010.

Het gemiddelde responspercentage van de preventieteam-enquête stijgt in de periode 2009-2011 van 52 naar 85 procent. Het responspercentage is jaarlijks gestegen, met uitzondering van Spijkenisse. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat het preventieteam van Spijkenisse in 2011 niet bijeengekomen is. Bovendien was er bij een deel van de preventieteamleden onvrede over de gang van zaken rondom CtC.

4.3 Functioneren preventieteam

In deze paragraaf vergelijken we de gemeenten op het gebied van de gerichtheid van de structuur, de onderlinge samenwerking, de efficiëntie, stabiliteit en de duurzaamheid van het preventieteam. Daarnaast besteden we aandacht aan conflicten, communicatie en de introductie van nieuwe leden. Vervolgens laten we de opmerkelijkheden per gemeente zien.

Alle gemeenten hebben iemand aangewezen voor de notulen en het opstellen en verspreiden van de agenda. Sinds de beginperiode van CtC is de vergadercyclus in alle gemeenten losser geworden. Dit is voornamelijk het geval in Spijkenisse en Zwijndrecht. In Spijkenisse kost het de meeste moeite om conflicten binnen het preventieteam op te lossen. Gouda is in 2011 de gemeente waar het minst vaak wordt gediscussieerd over doelen en doelstellingen, terwijl hier in Capelle aan den IJssel het meest over wordt gediscussieerd. Het uitgangspunt binnen CtC is dat nieuwe leden getraind worden in de CtC systematiek. Over de jaren heen daalt het percentage preventieteamleden dat aangeeft dat dit goed is verlopen. Hier vallen de lage percentages in Gouda en Zwijndrecht op.

In de onderstaande tabel 4.3 worden de verschillende schalen op het gebied van het functioneren van het preventieteam weergegeven. Voor alle schalen is nagegaan welke betrouwbaar zijn. Bij een Alpha¹ score lager dan 0.70 zijn deze schalen niet opgenomen.

Tabel 4.3 Overzicht schalen functioneren preventieteam: gemiddelde score per gemeente

		Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht	Gemiddelde
Gerichtheid van de structuur	2009	3.11	2.81	-	2.44	3.33	2.92
	2010	3.52	3.00	2.83	3.04	3.33	3.14
	2011	3.51	2.67	3.04	2.83	3.13	3.04
Effectieve coölitie	2009	2.96	3.30	-	2.83	2.75	2.96
	2010	3.03	2.60	3.23	2.83	3.27	2.99
	2011	3.18	2.43	3.17	2.65	3.13	2.91
Efficiëntie	2009	2.63	2.88	-	2.77	2.58	2.72
	2010	2.50	2.41	2.85	2.73	3.06	2.71
	2011	3.15	2.05	2.73	2.04	2.42	2.48
Voortvarendheid	2009	3.10	3.03	-	2.59	3.27	3.00
	2010	3.12	2.94	2.99	3.34	3.30	3.14
	2011	3.19	2.88	2.97	2.35	2.98	2.87
Stabiliteit samenstelling	2009	2.88	2.40	-	2.71	2.50	2.62
	2010	2.83	2.33	3.13	2.80	2.88	2.79
	2011	2.69	1.90	2.88	2.71	2.50	2.54
Duurzaamheid	2009	2.58	2.32	-	2.23	3.17	2.58
	2010	2.52	2.40	2.58	2.29	2.92	2.54
	2011	3.23	2.08	2.74	2.33	2.82	2.64

1 Cronbachs Cronbachs alpha score wordt veelal gebruikt om de interne consistentie en betrouwbaarheid te toetsen bij schalen.

		Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht	Gemiddelde
Barrières	2009	1.67	1.94	-	2.28	0.50	1.60
	2010	1.49	2.11	1.73	2.32	1.79	1.89
	2011	1.57	2.28	1.54	2.37	1.61	1.87
Barrières somschaal	2009	2.44	2.90	-	2.86	0.50	2.18
	2010	1.75	3.47	1.40	4.20	2.29	3.28
	2011	1.63	5.10	3.50	5.14	3.33	3.74

Gerichtheid van de structuur

Eén van de kernelementen van CtC die met het ‘board interview’ wordt gemeten is de organisatiestructuur van de preventieteams. De schaal ‘gerichtheid van de structuur’ bestaat uit drie verschillende items (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.78) waarbij gekeken wordt hoe gericht de organisatie van het preventie team is. Het gaat om de volgende items: de voorzitter houdt vast aan de besluitvormingsprocedure die door het preventieteam is opgesteld; het preventieteam heeft de werkwijze en de wijze waarop beslissingen worden genomen vastgesteld; en er zijn duidelijke doelen en doelstellingen geformuleerd. De score loopt van weinig (1) tot veel gerichtheid (4). We kunnen hier constateren dat het preventieteam een duidelijke slagvaardige structuur heeft. In het tweede jaar neemt de score nog wat toe, om in het derde jaar iets af te nemen. Gedurende de drie jaar zijn de preventieteamleden van mening dat het preventieteam gericht en stabiel is. Alle gemeenten scoren boven het gemiddelde (2.50). Capelle aan den IJssel scoort hoger dan de andere steden.

Effectieve coalitie

Er is ook gekeken of de samenwerking van de preventieteamleden een ‘effectieve coalitie’ is. Er zijn zes items die deze schaal vormen (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.84). Het gaat om de betrokkenheid van alle leden, of hun rol duidelijk is, het gevoel van samenhang en verbondenheid, de aanwezigheid tijdens de vergaderingen en ten slotte of de teamgeest en capaciteiten van de leden wordt gebruikt. Alle teams scoren positief (zie tabel 4.3). In Gouda zijn de leden van mening zijn dat er sprake is van een minder effectieve coalitie, terwijl in Capelle aan den IJssel deze score alleen maar toeneemt in de tijd. In de andere drie steden is na een stijging in het tweede jaar een lichte daling zichtbaar in het derde jaar.

Efficiëntie

De schaal ‘efficiëntie van het preventieteam’ is samengesteld uit zes items die betrekking hebben op de wijze waarop het preventieteam is georganiseerd, of de efficiëntie daarvan (Cronbachs Cronbachs alpha score; 0.86). Het gaat bijvoorbeeld om de volgende items: niet alleen praten maar ook handelen, het bereiken van concrete resultaten en geen tijd verspillen. De efficiëntie van het preventieteam neemt in vier van de vijf gemeenten in de loop van de jaren af, en komt in 2011 in Gouda, Spijkenisse en Zwijndrecht zelfs negatief uit. In Capelle aan den IJssel echter wordt binnen het preventieteam steeds efficiënter samengewerkt.

Krachtadigheid

De ‘voortvarendheid’ waarmee veranderingen in gang gezet worden door het preventieteam is gemeten aan de hand van 5 items (Cronbachs alpha score: 0.85). Er zijn allerlei stellingen voorgelegd die betrekking hebben op het genereren van meer preventievoorzieningen, de verbetering van de commu-

nicatie en samenwerking, het verbeteren van de samenwerking, het daadwerkelijk aanpakken van problemen en het voorkomen van probleemgedrag van jongeren. Voor alle teams geldt dat zij vinden dat het preventieteam in staat is om veranderingen in gang te zetten. In alle CtC-gebieden beoordeelt men dit positief. Hier is sprake van hetzelfde patroon, na een toename in het tweede jaar zien we een lichte daling in het derde jaar. Uitzondering is wederom Spijkenisse, waar de daadkracht van het team alleen maar verder stijgt.

Stabiliteit samenstelling

In de vragenlijst is nagegaan in hoeverre er sprake is van een 'stabiele samenstelling van het preventieteam'. Dit is gemeten met behulp van één vraag. We zagen al dat de samenstelling erg veranderd is gedurende de drie jaar dat het onderzoek loopt. Vier van de vijf gemeenten hebben een stabiel of meer dan gemiddeld stabiel preventieteam. Alleen Gouda scoort alle jaren negatief. Dit kan deels verklaard worden door de grote daling van het aantal preventieteamleden in 2011 ten opzichte van 2010.

Er zijn ook enkele vragen gesteld over het inwerken van de nieuwe leden, maar de schaal was niet betrouwbaar. Het is tamelijk onduidelijk wat er precies wordt gedaan om de nieuwe leden in te werken en op de hoogte te brengen van de werkwijze van CtC.

Duurzaamheid

Er zijn vier vragen gesteld om vast te stellen hoe het staat met de duurzaamheid van het preventieteam, oftewel hoeveel kans het team heeft om functioneel te blijven (Cronbachs alpha score: 0.73). De leden van het preventieteam in Capelle aan den IJssel, Middelburg en Zwijndrecht verwachten dat de kans redelijk groot is dat de aanpak gecontinueerd wordt. In Spijkenisse ligt de score lager, dat heeft mogelijk te maken met het feit dat het preventieteam op dat moment al een jaar niet meer bij elkaar gekomen is. Ook de leden van het team in Gouda zijn minder positief, zij zijn van mening dat de duurzaamheid eerder minder dan meer geworden is.

Barrières (somschaal)

De leden van het preventieteam kregen twaalf stellingen voorgelegd die betrekking hebben op mogelijke problemen bij het functioneren. Dit varieert van genoeg hulpbronnen hebben zoals bijvoorbeeld financiën, tot het verkrijgen van medewerking van andere instellingen. De eerste schaal 'barrières' loopt van 1 (weinig barrières) tot 5 (veel barrières) (Cronbachs alpha score: 0.88). De tweede schaal bestaat uit een 'som van de ervaren barrières' en loopt van 0 (weinig barrières) tot 24 (veel barrières) (Cronbachs alpha score: 0.86). De preventieteams in alle gemeenten ervaren in alle jaren weinig barrières.

Conclusie ten aanzien van het functioneren van het preventieteam

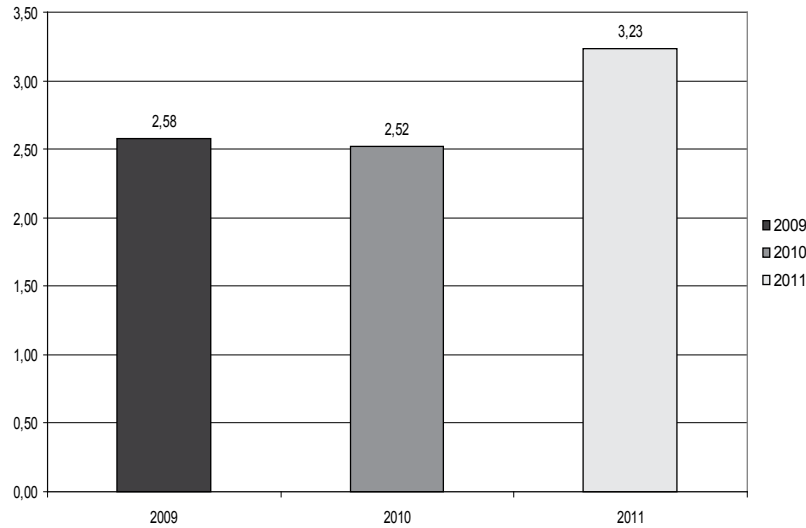
De leden van de vijf preventieteams zijn redelijk tevreden over het functioneren van hun preventieteam. De teams hebben een gerichte daadkrachtige werkwijze waarbij efficiënt met elkaar gewerkt wordt. We constateren wel enkele opmerkelijke verschillen per gemeente.

Capelle aan den IJssel

De leden van het preventieteam in *Capelle aan den IJssel* zijn voornamelijk positief over het functioneren. Men beoordeelt de werkwijze als gericht en daadkrachtig, waarbij sprake is van een duidelijke structuur van het preventieteam, en waarbij de communicatie tussen de preventieteamleden relatief stabiel is. De onderlinge samenhang, efficiëntie en stabiliteit van het preventieteam wordt steeds

groter. Ook ervaart het preventieteam steeds minder barrières. Verder wordt het preventieteam over de jaren heen steeds daadkrachtiger. Met name tussen 2010 en 2011 is er sprake van een significant verschil (zie figuur 4.1).

Figuur 4.1 Capelle aan den IJssel: Duurzaamheid preventieteam: gemiddelde score per jaar

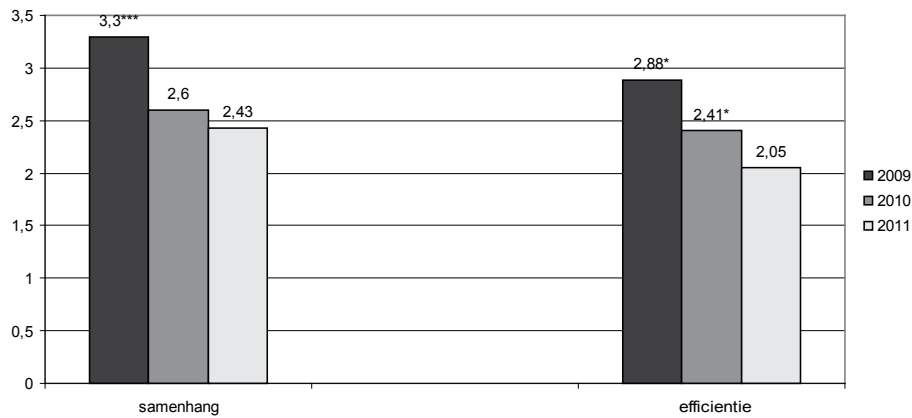


F= 5.26; p=.010

Gouda

Men kan concluderen dat de verwachtingen in Gouda hoog gespannen zijn als in 2009 gestart wordt met CtC. De beoordeling van het functioneren van het preventieteam komt na drie jaar echter een stuk negatiever uit. De leden van het preventieteam in Gouda scoren in 2011 op alle schalen lager dan in 2009. Bij twee schalen zijn significante verschillen gevonden. Zo scoort de 'onderlinge samenhang van het preventieteam' in de loop van de jaren steeds lager in Gouda. De gemiddelde scores op deze schaal verschillen significant van elkaar ($F(2,33) = 5.26$; $p=.000$). Wanneer wordt gekeken naar de verschillen tussen de jaren valt op dat de score in 2011 (2.43) significant lager ligt dan in 2010 (2.60, $p=0.002$) en 2009 (3.30; $p=.000$), zie ook figuur 4.2. Ook de 'efficiëntie van het preventieteam' neemt hier in de loop van de jaren af. De gemiddelde scores verschillen significant van elkaar ($F(2,33) = 7.68$; $p=.002$). In 2011 (2.88) ligt de score significant lager dan in 2009 (2.05; $p=.001$), zie Figuur 4.2.

Figuur 4.2 Gouda: Onderlinge samenhang preventieteam en efficiëntie: gemiddelde score per jaar



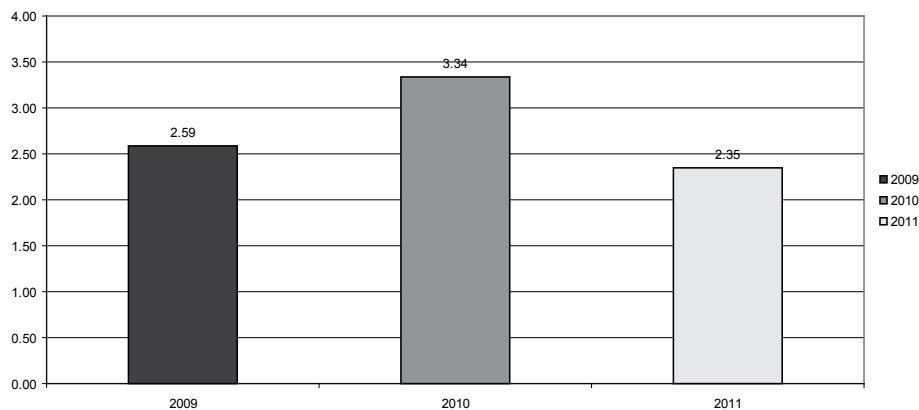
Middelburg

Middelburg kent maar twee meetmomenten omdat het preventieteam hier later op gang is gekomen. We zien net zoals in de andere gemeenten de tendens dat beeld over het functioneren van CtC in het tweede jaar iets positiever of gelijk is in vergelijking met de start van het project. In Middelburg zijn op twee schalen verbeteringen te zien ('gerichtheid van de structuur' en 'duurzaamheid') en op de andere schalen is de situatie relatief stabiel ('stabiliteit van de samenstelling') of is sprake van een lichte verslechtering ('onderlinge samenhang', 'efficiëntie', 'voortvarendheid' en 'barrières'). Bij geen van de schalen is een significant verschil gevonden.

Spijkensisse

Het preventieteam is in de loop van de jaren steeds stabiel geworden. Hier moet wel opgemerkt worden dat het preventieteam in het laatste jaar niet meer bij elkaar is gekomen. Daarom komt de score in 2011 lager uit dan in 2010. Bij 'voortvarendheid', het vermogen om veranderingen in gang te zetten, is zelfs significant lager gescoord in 2011, zie figuur 4.3.

Figuur 4.3 Spijkensisse: Voortvarendheid binnen het preventieteam: gemiddelde score per jaar



Zwijndrecht

De 'gerichtheid van de structuur' en de 'stabieliteit' van het preventieteam zijn relatief constant in Zwijndrecht. De 'onderlinge samenhang', 'efficiëntie' en 'duurzaamheid' van het preventieteam laten een verslechtering zien ten opzichte van de eerste meting. Hetzelfde geldt voor de 'communicatie tussen de preventieteamleden' en de 'ervaren barrières'.

4.4 Functioneren preventieteamleden

In deze paragraaf gaan we in op de afzonderlijke leden van het preventieteam. Hoe staat het met hun kennis over CtC, de betrokkenheid van de organisaties, de opbrengsten van CtC, en met de kwaliteiten en vaardigheden van de preventieteamleden?

Voor wat betreft de kennis van CtC is aan de leden van de preventieteams een aantal stellingen voorgelegd. Het gaat om factoren die een gezonde ontwikkeling van jongeren stimuleren. Dit is zoals we in het eerste hoofdstuk al hebben beschreven een van de basiselementen van CtC. De preventieteamleden kregen vijf keer de keuze voorgelegd tussen twee factoren die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van probleemgedrag bij jongeren: 'zelfontplooiing of binding met volwassenen', 'duidelijke regels stellen of open communicatie met jongeren', 'interactie met jongeren of voorlichting over probleemgedrag', 'ouders wettelijk verantwoordelijk houden voor het wangedrag van hun kinderen of eigen verantwoordelijkheid jongeren stimuleren' en 'streng straffen of positief gedrag jongeren stimuleren'. Vanuit de optiek van de CtC methodiek zou de keuze moeten vallen op zelfontplooiing, duidelijke regels stellen, interactie met jongeren, eigen verantwoordelijkheid jongeren stimuleren en positief gedrag jongeren stimuleren. De preventieteamleden in Gouda zijn het beste op de hoogte van de CtC methodiek. Bij vier van de vijf keuzes kiest de meerderheid van de preventieteamleden voor de belangrijkste factor. In de andere gemeenten is dit, met uitzondering van Zwijndrecht (drie), bij slecht twee van de vijf keuzes het geval. In Capelle aan den IJssel en Spijkenisse kiest een meerderheid bij twee van de vijf keuzes zelfs voor de factor die volgens de CtC methodiek niet het belangrijkste is om probleemgedrag van jongeren te voorkomen. Verder is gekeken naar een aantal verschillende schalen op het gebied van het functioneren van de preventieteams, zie tabel 4.4.

Tabel 4.4 Overzicht schalen functioneren preventieteamleden: gemiddelde score per gemeente

		Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht	Gemiddelde
Betrokkenheid organisaties	2009	2.95	2.59	-	2.52	2.52	2.65
	2010	2.90	2.57	1.85	2.79	2.76	2.57
	2011	2.93	2.26	2.61	2.53	2.69	2.60
Betrokkenheid organisaties somschaal	2009	12.44	9.20	-	10.00	11.00	10.66
	2010	11.00	10.53	4.83	11.80	10.13	9.66
	2011	12.63	8.30	10.88	10.57	9.00	10.28
Opbrengsten	2009	2.79	2.88	-	2.63	2.61	2.73
	2010	2.57	2.53	2.50	2.88	3.17	2.73
	2011	2.91	2.30	2.56	2.26	3.17	2.64

		Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht	Gemiddelde
Competenties projectleider	2009	3.35	3.43	-	3.04	3.67	3.37
	2010	3.71	3.17	3.75	3.44	3.26	3.47
	2011	3.55	2.86	3.29	3.33	3.48	3.30
Gebruik hulpmiddelen	2009	3.08	3.05	-	2.84	3.00	2.99
	2010	3.10	2.70	3.03	3.20	3.09	3.02
	2011	3.39	2.48	3.06	2.93	3.75	3.12
Leiderschapstijl projectleider	2009	2.96	2.97	-	2.63	2.67	2.81
	2010	2.89	2.76	2.79	3.10	2.83	2.87
	2011	2.98	2.67	2.75	3.19	3.28	2.97
Vaardigheden	2009	2.60	2.48	-	2.28	2.68	2.51
	2010	2.27	2.58	2.70	2.38	2.30	2.45
	2011	2.29	2.32	2.82	2.50	2.47	2.48

Betrokkenheid organisaties

Bij alle afzonderlijke organisaties is nagegaan in hoeverre zij betrokken zijn bij CtC. Zo kunnen we achterhalen of de organisaties die te maken hebben met jeugd ook in voldoende mate bij de aanpak van CtC betrokken zijn. De eerste schaal 'betrokkenheid organisaties bij CtC' loopt van 1 (weinig) tot 4 (veel) (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.84). De 'betrokkenheid van organisaties bij CtC' is gemiddeld tot bovengemiddeld. Alleen Gouda (in 2011) en Middelburg (in 2010) scoren negatief, dat wil zeggen onder de 2.5. Ook hier zien we de tendens dat in het tweede jaar een toename te zien is, en het derde jaar een lichte daling. Uitzondering is wederom Gouda, waar ook veel minder organisaties in de loop der tijd zijn gaan deelnemen.

De tweede schaal bestaat uit de 'som van de betrokkenheid van organisaties bij CtC' en loopt van 0 (weinig) tot 19 (veel) (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.72). In de meeste gemeenten is de betrokkenheid van organisaties bij CtC neutraal tot positief. Dit varieert per stad. Capelle aan de IJssel scoort hier weer het hoogste met een hoge betrokkenheid van de organisaties. Daarna volgt Middelburg waar men een lage betrokkenheid constateerde bij de start van CtC, maar waar dit duidelijk verbeterd is in het tweede jaar. Ook in de andere steden zien we een lichte verbetering in het tweede jaar en een lichte daling in het derde jaar.

Opbrengsten van CtC

Aan de leden van de teams is gevraagd wat deelname voor hen zelf opleverde. Er zijn zes stellingen voorgelegd met betrekking tot het aanleren van nieuwe vaardigheden, een netwerk of steun (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.86). De schaal 'opbrengsten' loopt van 1 (weinig) tot 4 (veel). De preventieteamleden van de meeste gemeenten beoordelen de opbrengsten van CtC als gemiddeld tot bovengemiddeld. Zwijndrecht scoort in 2010 en 2011 het hoogst. In 2011 worden de opbrengsten negatief beoordeeld door de preventieteamleden van Gouda en Spijkenisse.

Competenties van de voorzitter van het preventieteam

Er zijn vier stellingen voorgelegd over het functioneren van de voorzitter van het preventieteam, aangaande de controle over de vergaderingen, het oplossen van meningsverschillen of conflicten en de besluitvormingsprocedure (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.90). De schaal 'competenties van de

voorzitter van het preventieteam' loopt uiteen van 1 (laag) en 4 (hoog). Er kan geconcludeerd worden dat in alle CtC-gebieden men tevreden is over het functioneren van de voorzitter van het preventieteam. In alle gemeenten worden de competenties van de voorzitter van het preventieteam als positief beschouwd.

Gebruik hulpmiddelen

Hier is nagegaan over welke hulpmiddelen (resources) de projectleider beschikt. Er zijn vier verschillende hulpmiddelen, te weten kennis, mobiliseren van financiën of menskracht, draagvlak en ten slotte visie (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.89). De schaal 'gebruik van hulpmiddelen' loopt van 1 (weinig) tot 4 (veel). De meeste leden van de preventieteams vinden dat de projectleider over voldoende hulpbronnen beschikt. Met uitzondering van Gouda (in 2011) scoort het gebruik van hulpmiddelen bovengemiddeld. Vooral de preventieteams van Zwijndrecht en Capelle aan den IJssel scoren hoog als het gaat om de projectleider en zijn kennis en mogelijkheden om CtC te implementeren.

Leiderschapsstijl van de projectleider

Er zijn drie items gebruikt om de stijl van leidinggeven van de projectleider te beoordelen. Hier gaat het vooral om de eigenschappen van de projectleider om anderen actief te betrekken bij het preventieteam, zoals complimenten geven, actief de mening van de leden vragen en ten slotte vragen om directe inzet bij het proces (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.75). De schaal 'leiderschapsstijl van de projectleider' loopt van 1 (niet goed) tot 4 (goed). De leiderschapsstijl van de projectleider wordt in alle gemeenten bovengemiddeld beschouwd, dat wil zeggen dat de projectleider een manier van leidinggeven heeft die de actieve deelname van de leden bevordert.

Vaardigheden leden preventieteam

De leden van de preventieteams hebben de vraag voorgelegd gekregen in hoeverre zijzelf bepaalde vaardigheden meebrengen in het team. Er zijn elf items voorgelegd variërend van strategisch plannen, analyseren van data, kennis over effectieve programma's, organiseren tot subsidies schrijven (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.83). De schaal 'vaardigheden' loopt van 1 (weinig) tot 4 (veel). De meeste leden zijn kritisch over hun eigen functioneren, mogelijk omdat iedereen niet op alle items even goed is. Er wordt iets onder het gemiddelde gescoord.

Conclusie ten aanzien van het functioneren van het preventieteam

We kunnen concluderen dat de leden van het preventieteam relatief goed weten wat CtC inhoudt. Ze vinden dat zowel de afzonderlijke leden als de projectleider goed functioneren. We zien niet echt een verschil over de jaren. Men is tevreden over de betrokkenheid en inbreng van zowel de leden als de projectleider.

We constateren ook dat de positieve houding van het preventieteam in Capelle aan den IJssel verband houdt met het functioneren van de teamleden en de projectleider. Daarentegen zien we in Gouda dat men wat dit onderwerp betreft na drie jaar iets kritischer is dan aan het begin van CtC. In Middelburg valt op dat de 'betrokkenheid van organisaties' enorm toeneemt in het tweede jaar ($F(2,11) = 0.09; p = .001$). Wellicht heeft dit te maken met de wat moeizame start van CtC in deze gemeente. Spijkenisse en Zwijndrecht zijn redelijk stabiel wat betreft de betrokkenheid van de organisaties bij CtC.

4.5 Opbrengsten van CtC volgens de preventieteamleden

Hoe beoordelen de leden van het preventieteam de meerwaarde van CtC? Heeft het volgens hen wat opgeleverd? In deze paragraaf kijken wij naar de impact van CtC op de samenwerking en het welzijn van de burgers in de wijk, naar de impact van CtC op hulpaanbod jongeren en ten slotte naar de invloed van CtC op de werkwijze van instellingen. Wij vergelijken eerst de gemeenten en gaan daarna per gemeente in op de opvallende zaken.

Tabel 4.5 Overzicht schalen opbrengsten van CtC: gemiddelde score per gemeente

		Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht	Gemiddelde
Impact van CtC	2009	4.25	4.03	-	3.81	4.00	4.02
	2010	4.01	3.52	4.06	4.08	4.18	3.97
	2011	4.14	3.51	3.75	3.55	3.90	3.77
Impact van CtC op hulpaanbod jongeren	2009	4.02	3.90	-	3.80	4.00	3.93
	2010	3.88	3.47	3.72	3.88	4.12	3.81
	2011	3.96	3.12	3.71	3.56	3.50	3.57
Invloed van CtC op werkwijze	2009	2.39	2.93	-	3.00	2.78	2.78
	2010	2.70	2.38	2.86	2.84	3.11	2.78
	2011	2.90	2.29	2.52	2.93	2.82	2.69
Invloed van CtC somschaal	2009	4.14	5.67	-	5.80	6.50	5.53
	2010	5.30	4.50	5.20	4.78	7.14	5.38
	2011	5.83	3.71	4.50	6.33	5.00	5.07

Impact van CtC

De impact van CtC is gemeten aan de hand van vier items. Gevraagd is of CtC iets veranderd heeft aan de kwaliteit van het hulpaanbod en programma's, aan de samenwerking tussen onderwijs en instellingen, aan het realiseren van gezamenlijke projecten in het onderwijs en andere instellingen, en ten slotte aan het welzijn van de mensen in het CtC-gebied. De schaal 'impact van CtC' loopt van 1 (weinig) tot 5 (veel) (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.83). De score ligt redelijk hoog. In alle gemeenten geven de preventieteamleden aan dat CtC een aanzienlijke (bovengemiddelde) impact heeft. Daarbij valt op dat de impact in het eerste jaar het hoogste was.

Impact van CtC op hulpaanbod jongeren

De 'impact van CtC op het hulpaanbod voor jeugd' zelf is gemeten aan de hand van zes items (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.91). Gevraagd is of men van mening is dat CtC consequenties heeft voor de wijze van vroegsignalering, een betere en snellere doorverwijzing, minder jongeren die tussen de wal en het schip vallen, betere aansluiting bij de behoeften van jongeren, en een beter hulpaanbod dat aansluit bij de daadwerkelijke problemen. Ook de impact van CtC op jongeren is volgens de preventieteamleden aanzienlijk (bovengemiddeld). De schaal loopt uiteen van 1 (weinig) tot 5 (veel). Volgens de preventieleden zijn de meeste effecten te merken in Capelle aan den IJssel en Middelburg. In alle gemeenten zien we ook hier dat de impact in het eerste jaar het hoogst beoordeeld werd.

Invloed van CtC op werkwijze instellingen

Hier is nagegaan is of CtC ook op alle verschillende veldpartijen invloed heeft gehad. Het gaat om de vraag of CtC veranderingen heeft gebracht in de werkwijze van de gemeenteambtenaren, politie, ouders, onderwijs of jeugdhulpverlening. Dit is voor negen verschillende organisaties gevraagd (Cronbachs Cronbachs alpha score: 0.89). De eerste schaal 'invloed van CtC' loopt uiteen van 1 (weinig) tot 4 (veel). Met uitzondering van Capelle aan den IJssel (in 2009) en Gouda (in 2010 en 2010) is de invloed van CtC op alle verschillende veldpartijen aanzienlijk.

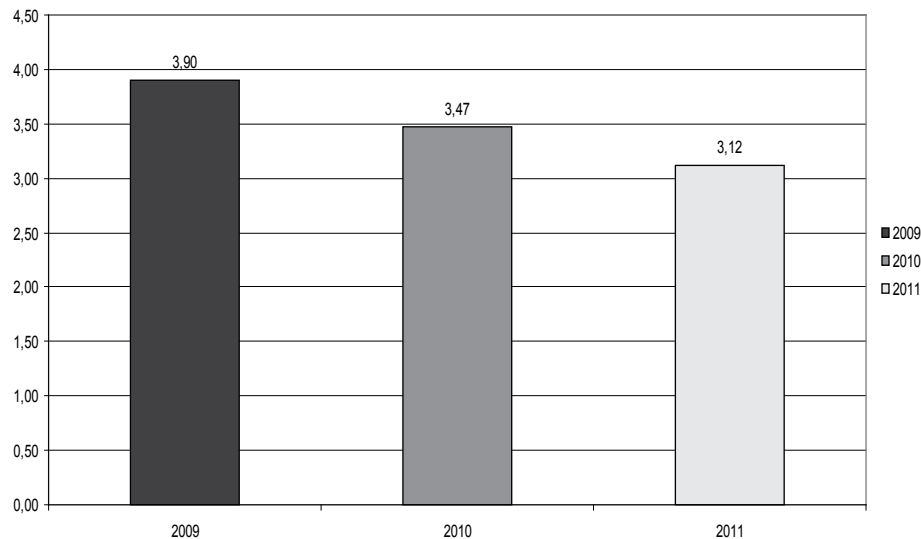
Om iets meer te kunnen zeggen over de impact van CtC is niet alleen naar het gemiddelde gekeken maar ook naar de som van de score. De tweede schaal bestaat uit de 'som van de invloed van CtC' en loopt van 0 (weinig) tot 9 (veel). Vervolgens zijn de gemiddelden onderzocht. Met uitzondering van Capelle aan den IJssel (in 2009) is de invloed van CtC in de verschillende gemeenten aanzienlijk.

Conclusie ten aanzien van de impact

De leden van de preventieteams zijn van mening dat CtC veel veranderingen teweeg brengt, zowel voor de kwaliteit van het aanbod, als ook voor de hulpverlening aan de jongeren zelf, en in de werkwijze van de instellingen. Vooral het eerder signaleren van problemen en het inzetten van een adequaat aanbod is toegenomen. Wel zien we de tendens dat men aan het begin van het traject de impact en invloed van CtC hoger inschat dan na drie jaar. Het is mogelijk dat de meeste veranderingen ook in het eerste jaar zijn gerealiseerd. Anderzijds waren de verwachtingen ten aanzien van de impact en invloed van CtC wellicht heel hoog en schetst men na drie jaar een iets realistischer beeld.

Alleen in Gouda zien we een significant verschil tussen de jaren. Voornamelijk aan het begin van het traject wordt de 'impact op jongeren' hoger beoordeeld. In 2011 (3.12) ligt de gemiddelde score lager dan in 2009 (3.90, $p=0.0023$), zie figuur 7.

Figuur 4.7 Gouda: Impact CtC op jongeren: gemiddelden per jaar



4.6 Beoordeling ondersteuning

Een belangrijk onderdeel van CTC is de training en scholing voor de leden van het preventieteam. Het gaat immers om een fundamenteel andere benadering van preventie. Deze kan alleen gerealiseerd worden als alle teamleden ook getraind worden in deze werkwijze. Daartoe zijn vijf verschillende trainingen gegeven door speciaal opgeleide trainers. Verder wordt het proces begeleid door een coach die op cruciale momenten aanwezig is bij de vergaderingen van het preventieteam. In deze paragraaf gaan we per gemeente in op de ondersteuning door de coach, het gebruik van de CtC-aanpak en de aansluiting bij de geldende normen en waarden in het CtC-gebied.

Ontvangen ondersteuning van de coach

De meerderheid van de preventieteamleden geeft in alle jaren aan enige of veel ondersteuning te hebben ontvangen van de coach. Met uitzondering van Middelburg zien we in alle steden in 2011 ten opzichte van het startjaar wel een dalend percentage. Het percentage komt in 2009 en 2011 het hoogst uit in Zwijndrecht en in 2010 in Middelburg, zie tabel 4.6.

Tabel. 4.6 Enige/veel ondersteuning ontvangen van de coach: percentages

	Capelle aan den IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht	Gemiddelde
2009	67	90	-	71	100	82
2010	58	73	71	80	71	71
2011	56	70	88	57	83	71

Tevredenheid over de ontvangen ondersteuning van de coach

In 2011 is de meerderheid van de preventieteamleden in alle jaren tevreden of zeer tevreden over de ontvangen ondersteuning van de coach, met uitzondering van Spijkenisse en Gouda. Behalve in Capelle aan den IJssel zien we in alle steden in 2011 ten opzichte van 2009 wel een dalend percentage. Het percentage is in 2009 en 2011 het hoogst in Zwijndrecht en in 2010 in Middelburg, zie tabel 4.7.

Tabel. 4.7 Tevreden/zeer tevreden over de ontvangen ondersteuning van de coach: percentages

	Capelle aan den IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht	Gemiddelde
2009	56	90	-	71	100	79
2010	58	67	100	80	71	75
2011	75	50	75	43	87	66

Nut CtC trainingen

Het is de bedoeling dat er vier trainingen worden gegeven. De eerste training betreft een oriëntatie, de tweede het maken van een risicoanalyse voor het wijkprofiel en de derde het maken van een sterkteanalyse voor het wijkprofiel. De laatste training betreft het ontwikkelen van een preventieplan. In de praktijk blijkt dat veel preventieteamleden aangeven dat zij de trainingen (nog) niet hebben bijgewoond. Dit percentage varieert van 25 tot 75%. Het is onduidelijk of de preventieteamleden daadwerkelijk geen training hebben gehad of dat ze dit niet als zodanig hebben herkend. Aan het

begin van de implementatie van CtC in Nederland werden er aparte trainingen gegeven aan de preventieteamleden, door medewerkers van het NJI. Momenteel verzorgt het NJI deze coachende rol niet meer en wordt de overdracht van kennis gedelegeerd aan de gecertificeerde coachen. In de praktijk ondersteunen de coachen de projectleider en zijn zij aanwezig bij de bijeenkomsten van het preventieteam om de kennis van CtC over te brengen. Dit betekent dus dat er geen expliciete trainingen meer gegeven worden, maar dat er sprake is van training on the job. In 2010 geeft drieënveertig procent van de preventieteamleden in Zwijndrecht in alle fasen aan dat de trainingen zeer nuttig waren. Dit is het hoogste percentage van alle steden in de drie jaren. Daarna volgt Spijkenisse in 2009 (bij de eerste training) met 29 procent.

Behoefte aan ondersteuning

In de onderstaande tabel 4.8. wordt het percentage weergegeven van de preventieteamleden die graag ondersteuning zouden willen ontvangen. De preventieteamleden hebben voornamelijk behoefte aan ondersteuning op het gebied van samenwerking en effectieve preventiemethoden.

Tabel 4.8 Behoefte aan ondersteuning: percentages

		Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht	Gemiddelde
Het preventiemiddel van risico- en beschermende factoren	2009	11	20	-	14	0	11
	2010	0	7	14	30	14	13
	2011	0	10	0	0	0	2
Effectieve preventiemethoden	2009	11	30	-	43	50	34
	2010	42	20	14	20	57	31
	2011	13	10	38	14	0	15
Programma implementatie	2009	22	20	-	29	0	18
	2010	0	27	29	30	29	23
	2011	19	0	38	29	0	17
Programma evaluatie	2009	11	20	-	14	0	11
	2010	0	7	14	20	14	11
	2011	25	0	25	14	0	13
Fondsenwerving / acquisitie	2009	11	20	-	14	0	11
	2010	25	20	0	30	43	24
	2011	13	20	25	14	17	18
Samenwerking	2009	67	40	-	29	50	47
	2010	58	47	57	40	29	46
	2011	75	70	13	57	67	56

4.7 Draagvlak voor CtC

Eén van de belangrijke elementen van CtC is het draagvlak in de wijk. Er wordt veel geïnvesteerd in wat 'community readiness' genoemd wordt. Het is belangrijk dat men weet wat CtC is en wat de

doelstellingen zijn. Het draagvlak is gemeten aan de hand van vier items: Hebben organisaties een gezamenlijke visie op de preventie van probleemgedrag van de jeugd, werken organisaties samen aan de aanpak, zijn organisaties zich bewust welke aanpak wordt gehanteerd en ten slotte steunen zij deze aanpak. De schaal 'draagvlak voor CtC' loopt van 1 (weinig) tot 4 (veel). We zien dat men in alle gemeenten positief is over het draagvlak voor CtC. Het valt op dat dit één van de weinige onderwerpen is waarbij daadwerkelijk een toename te zien is gedurende de drie jaren dat het preventieteam actief is. Bijna alle gemeenten scoren hier hoger dan drie, dat wil zeggen dat voor alle items geldt dat er meer dan voldoende draagvlak aanwezig is.

Tabel 4.9 Draagvlak voor CtC: gemiddelde score per gemeente

		Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht	Gemiddelde
Draagvlak voor CtC	2009	2.97	2.73	-	2.75	2.88	2.83
	2010	2.85	2.82	3.05	2.78	2.86	2.87
	2011	3.46	2.98	3.22	3.21	3.04	3.18

In de vragenlijst is ook nagegaan hoe het zit met de inpasbaarheid van CtC activiteiten in het eigen werk, en het gevoel of de betrokkenheid bij CtC wat oplevert of juist meer belasting geeft. We kunnen concluderen dat dit nogal verschilt per CtC-locatie. In Capelle aan den IJssel (72%) en Middelburg (71%) geeft een meerderheid van de preventieteamleden over de jaren aan dat CtC gemakkelijk inpasbaar is in het reguliere werk. In Spijkenisse (54%) en Zwijndrecht (52%) geldt dat voor ongeveer de helft. In Gouda (39%) is een op de vier leden van mening dat CtC makkelijk inpasbaar is. Vooral in Gouda en Spijkenisse geeft een relatief groot aantal preventieteamleden aan dat het uitvoeren van CtC als onderdeel van het reguliere werk veel extra tijd kost.

Als we kijken naar de ervaren balans tussen kosten en baten, geeft gemiddeld de helft (52%) aan dat dit ongeveer in evenwicht is. CtC levert vooral kennis op over wat er speelt in de wijk, een netwerk en ten aanzien van de samenwerking met andere organisaties. In Capelle aan den IJssel (28%) is een kwart van mening dat het hen meer oplevert. Spijkenisse scoort vergelijkbaar (29%). In Gouda (47%) slaat de balans meer door naar de andere kant: dat CtC meer investering kost dan het oplevert. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat CtC in de praktijk niet gemakkelijk toepasbaar is. Het goed uitvoeren van de systematische preventieaanpak vergt een grote investering als het gaat om training en kennis. Met name in Gouda geeft een ruime meerderheid aan dat CtC moeilijk inpasbaar is in het reguliere werk (68%), CtC kost veel extra tijd. Op de andere CtC-locaties in Capelle aan den IJssel (51%), Middelburg (71%) en Zwijndrecht (65%) vindt men dat CtC wel gemakkelijk in te passen is in de reguliere werkzaamheden.

Een overgrote meerderheid van de preventieteamleden (97%) geeft aan dat het CtC gebied duidelijk is afgebakend.

Conclusie draagvlak

Wat betreft het draagvlak kunnen we concluderen dat deze op alle locaties hoog is. Organisaties hebben een gezamenlijke visie en ondersteunen de aanpak. Dit betekent echter nog niet dat de leden van de preventieteams CtC ook gemakkelijk kunnen inpassen in hun reguliere werkzaamheden. Op dit punt zien we duidelijke verschillen tussen de locaties. Vooral in Gouda wordt de implementatie van CtC niet gemakkelijk ervaren, en vindt men dat het een zware investering is. In andere steden zoals

Capelle aan den IJssel of Middelburg is dit veel minder het geval. Het is mogelijk dat de vele personele wisselingen en het tijdelijk wegvallen van de projectleiding dit proces niet bevordert heeft.

4.8 Conclusie

We kunnen de conclusie trekken dat de meeste preventieteams in het begin streven naar een zo breed mogelijke vertegenwoordiging van organisaties in hun team. Voornamelijk in de aanvangsfase varieert het aantal leden dat deelneemt aan het preventieteam sterk. Er ontstaan ook grote teams zoals in Capelle aan den IJssel en Gouda. Het aantal leden wordt in beide steden in de loop der tijd gehalveerd. Verder constateren we dat er een heldere en duidelijke vergaderstructuur is. In vergelijking met de beginperiode van CtC is de vergadercyclus in alle gemeenten losser geworden. Dit is voornamelijk het geval in Spijkenisse en Zwijndrecht. Over het algemeen is het verloop van de preventieteamleden hoog. Het uitgangspunt binnen CtC is dat nieuwe leden getraind worden om zich de CtC systematiek eigen te maken. Over de jaren heen daalt het percentage preventieteamleden dat aangeeft dat dit goed is verlopen.

Het functioneren van het preventieteam is onderzocht aan de hand van verschillende onderwerpen zoals efficiëntie en effectiviteit. We kunnen concluderen dat de leden tevreden zijn over het functioneren van de teams. Op de meeste schalen scoren de gemeenten in de verschillende jaren positief. Er is sprake van een duidelijke structuur, waarin men goed met elkaar communiceert. Alle teams zijn van mening dat CtC een gerichte, efficiënte en daadkrachtige aanpak is. Men ervaart echter ook barrières in het functioneren van de teams: Soms is het moeilijk om de juiste mensen bij het team of om voldoende middelen te krijgen.

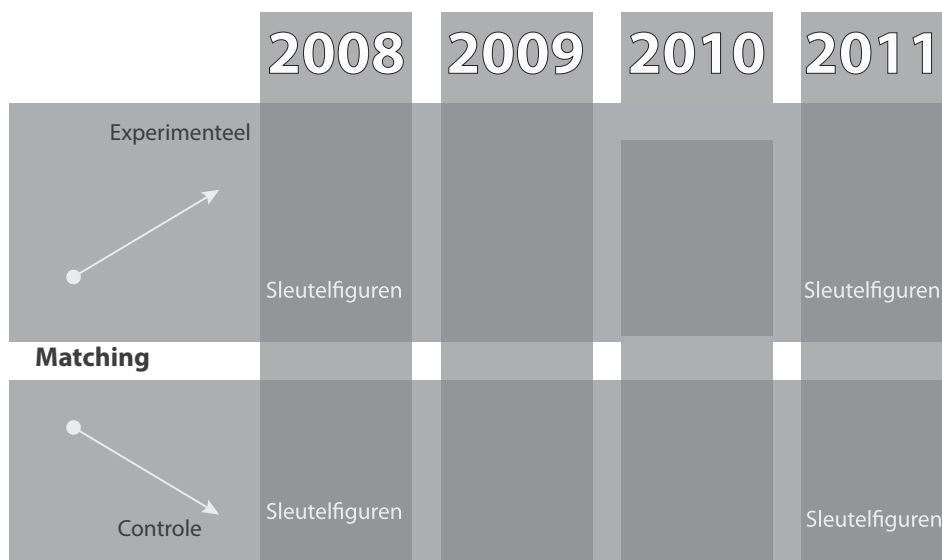
Ook over het functioneren van de leden van het preventieteam en de projectleiding is men tevreden. De preventieteamleden zijn goed op de hoogte van de theoretische onderbouwing van CtC. In Gouda is men het beste op de hoogte van de CtC methodiek. De oude systematiek van CtC, namelijk het gericht geven van trainingen per fase, is losgelaten. De coaches trainen de leden van de teams vooral 'on the job' tijdens de vergaderingen. Dit heeft als voordeel dat nieuwe leden van de preventieteams ter plekke geïnstrueerd kunnen worden over de theoretische aanpak van CtC.

De leden zijn ook van mening dat CtC veranderingen teweeg brengt in de preventieaanpak van problemen bij de jeugd. Als gevolg van CtC is de kwaliteit van de aanpak verbeterd, is er meer samenwerking tussen de instellingen, is een sluitend hulpaanbod gerealiseerd en een betere vroegsignalering. Bovendien wordt beter en sneller verwezen tussen de instellingen waardoor minder jongeren tussen het wal en het schip vallen. Daarnaast heeft CtC ook invloed gehad op de werkwijze van professionals en instellingen. De preventieteams zijn wel van mening dat deze veranderingen vooral bij de start van het CtC traject merkbaar waren. Het draagvlak voor CtC is in alle gemeenten groot. Wat opvalt, is dat in tegenstelling tot de andere schalen men van mening is dat in alle gemeente het draagvlak is toegenomen.

In de meeste gemeenten wordt de hoeveelheid ondersteuning als positief ervaren. Na anderhalf jaar wordt de coaching afgerond. Dit zien we terug in de afnemende scores over de tevredenheid. Verder geeft meer dan de helft van de preventieteamleden aan dat de CtC-aanpak gemakkelijk te gebruiken is.

5 Preventieve strategieën in de wijk

Sleutelfiguren interview



5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag welke preventiestrategieën gemeenten hanteren om probleemgedrag van jongeren te voorkomen. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de wijken die een algemene preventiestrategie hanteren en de wijken die werken op basis van CtC? Met het invoeren van de Wet op de jeugdzorg is preventief jeugdbeleid een belangrijk thema op de beleidsagenda's van gemeenten (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en Justitie 1994). Iedereen onderkent het belang van het 'veilig en onbezorgd' opgroeien van kinderen. Iedereen weet ook dat bijsturen in de ontwikkeling van een kind soms noodzakelijk is, zodat ernstige ontsporing op latere leeftijd wordt voorkomen. CtC gaat ervan uit dat om veilig en onbezorgd opgroeien te kunnen garanderen, een aanpak nodig is die op alle opvoedingsdomeinen gericht is (NIZW, 1997). Het reduceren van de prevalentie van probleemgedragingen wordt nagestreefd door te interveniëren op risicofactoren die hoog worden ervaren, en beschermende factoren die laag worden ervaren door de jongeren in gemeenschappen en door het inzetten van effectieve en geteste programma's.

In dit hoofdstuk gaan we aan de hand van de in hoofdstuk twee beschreven 'theorie van verandering' na of de implementatie van CtC effect heeft op de preventieve werkwijze. Hierbij vergelijken we

de CtC-locaties met de controlewijken. We gaan na of er in de experimentele wijk meer gebruik wordt gemaakt van epidemiologische data om de aanpak te ontwikkelen, of er andere prioriteiten worden gesteld ten aanzien van de inzet van middelen en hoe de interventies worden geselecteerd.

Dit hoofdstuk bestaat uit vier onderdelen. In paragraaf 5.2 wordt de gehanteerde preventieve aanpak in de controle- en experimentele wijken op twee momenten vergeleken; voorafgaand aan de implementatie van CtC en na drie jaar. In paragraaf 5.3 wordt nagegaan in hoeverre de preventiestrategie in de praktijk ook gestoeld is op de uitgangspunten die aan CtC ten grondslag liggen. Met andere woorden: is er sprake van gerichte preventie op basis van wetenschappelijke data over risico en beschermende factoren? In paragraaf 5.4 wordt ingegaan op de samenwerking in de wijk. Belangrijk element van de CtC-aanpak is dat er sprake is van een gemeenschapsbrede aanpak. Uit de verschillende evaluaties naar CtC (Steketee, e.a., 2006; Mak e.a. 2008; Van Dijk; 2004) is naar voren gekomen dat CtC vooral de samenwerking en afstemming tussen de verschillende organisaties verbetert. Hoe ziet de samenwerking tussen relevante instellingen ten behoeve van de preventieve aanpak op lokaal niveau eruit en is er inderdaad sprake van een verbetering van de samenwerking in het algemeen? In de laatste paragraaf kijken we hoe de betrokkenen de effectiviteit van de preventieve aanpak beoordelen. Welke knelpunten constateren deze betrokken partijen als het gaat om preventie? We besluiten dit hoofdstuk met conclusies (5.6).

Belangrijkste bron van informatie in dit hoofdstuk zijn de resultaten van de zogeheten sleutelfigureninterviews. Deze telefonische interviews aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst zijn twee keer afgenomen, eind 2008 en de tweede helft van 2011. Sleutelfiguren zijn vertegenwoordigers van lokale organisaties, instellingen of groepen. Zij kennen de wijk goed en zijn in hun dagelijkse (werk)praktijk betrokken bij het voorkomen van probleemgedrag bij jongeren. De sleutelfiguren zijn werkzaam in of afkomstig uit zowel de experimentele wijken als de controlewijken.

5.2 *De preventieve aanpak in de wijk*

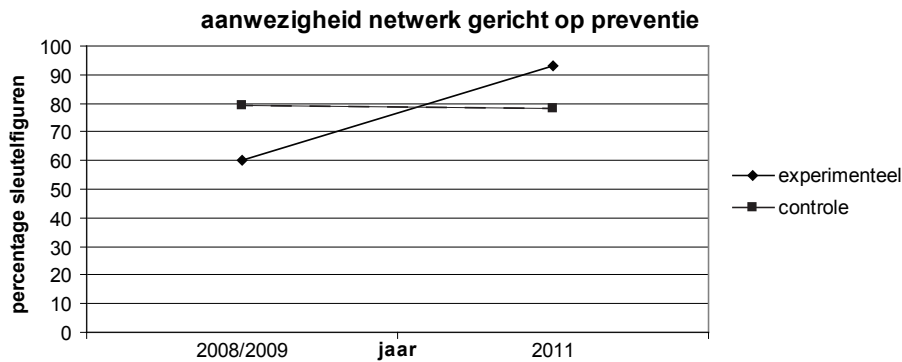
Voor het onderzoek is op twee momenten geïnventariseerd welke preventiestrategieën er gehanteerd worden; voorafgaand aan de start van CtC in 2008, en na drie jaar in 2011.

Er zijn telefonische interviews afgenomen met sleutelfiguren van de experimentele en controlewijken om vast te stellen op welke manieren gemeenschappen omgaan met preventie, maar ook om vast te stellen of deze manier van werken in de experimentele wijken verandert met de invoering van Communities that Care. Getrainde interviewers hebben met sleutelfiguren een telefonisch interview afgenomen van ongeveer een uur. Deze interviews zijn door de interviewers direct in de computer ingevoerd. De respondenten hebben van tevoren de vragenlijst toegestuurd gekregen zodat zij zich konden voorbereiden en de antwoordcategorieën voor zich hadden. Bij de nulmeting zijn er 75 interviews gehouden; 41 in de experimentele- en 34 in de controlewijken. Bij de eindmeting zijn er 79 interviews gehouden; 43 in de experimentele- en 36 in de controlewijken.

Uit de inventarisatie van welke problemen er spelen bij de start van CtC zien we dat de wijken vergelijkbaar zijn. In beide wijken spelen er in 2008 veel problemen rondom overlast, criminaliteit en gezinsmanagement. In beide wijken zijn er genoeg redenen om een preventiebeleid te hebben ten aanzien van het probleemgedrag van jongeren in de wijk. Alle geïnterviewden, zowel in de controle- als in de experimentele wijk, vinden een preventieve aanpak nodig om probleemgedrag van jongeren te verminderen.

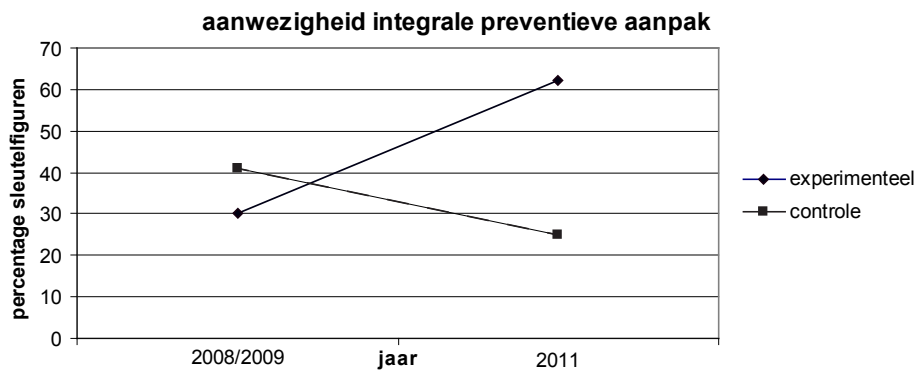
Aan de sleutelfiguren is gevraagd naar het al dan niet bestaan van een netwerk van instellingen en organisaties in de wijk dat zich richt op preventieve activiteiten. In de experimentele wijken zien we dat in 2008/2009 (n=41) 58,5% van de sleutelfiguren zegt dat zo'n netwerk aanwezig is. In 2011 (n=43) is dat toegenomen tot 90,7%. In de controlewijken zien we nauwelijks verschil tussen de twee meetmomenten: van 79,4% in 2008/2009 (n=34) naar 77,8% in 2011 (n=36). In de experimentele wijk wordt veelal CtC genoemd. Het is dan ook niet verwonderlijk dat meer mensen in de experimentele wijk zeggen dat er een netwerk is, terwijl dit in de controlewijk niet veranderd is. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat er naast CtC ook andere netwerken genoemd worden, zoals het wijkteam, brede school of de CJG's die actief zijn binnen de wijk.

Figuur 5.1 Aanwezigheid netwerken gericht op preventie in 2008 en 2011(%)



De sleutelfiguren zijn ook gevraagd naar het bestaan van een integrale, preventieve *aanpak* om problemen bij jongeren te voorkomen. In 2008/2009 zegt 29,3% van de sleutelfiguren in de experimentele wijken dat daar sprake van is. In 2011 is dit percentage toegenomen tot 60,5%. In de controlewijken zien we tegengestelde ontwikkelingen. In 2008/2009 zegt 41,2% van de sleutelfiguren dat er een integrale, preventieve aanpak is. In 2011 is dit percentage gedaald: nu zegt nog slechts 25,0% dat van een preventieve aanpak sprake is.

Figuur 5.2 Aanwezigheid integrale preventieve aanpak in 2008 en 2011 (%)



Kenmerkend voor de situatie is dat in alle wijken meerdere netwerken actief zijn die zich richten op de preventieve aanpak van problemen bij jongeren. De respondenten noemen bijvoorbeeld de brede school, lokaal zorgnetwerk, wijknetwerkoverleg, het gebiedsteam en zorgadviesteams.

In alle gemeenten, uitgezonderd Middelburg, zien we dat er in de experimentele wijk een toename is van het aantal netwerken in de wijk en de integrale preventieve aanpak, terwijl er in de controlewijk de afgelopen drie jaar juist sprake is van een daling van deze aanpak.

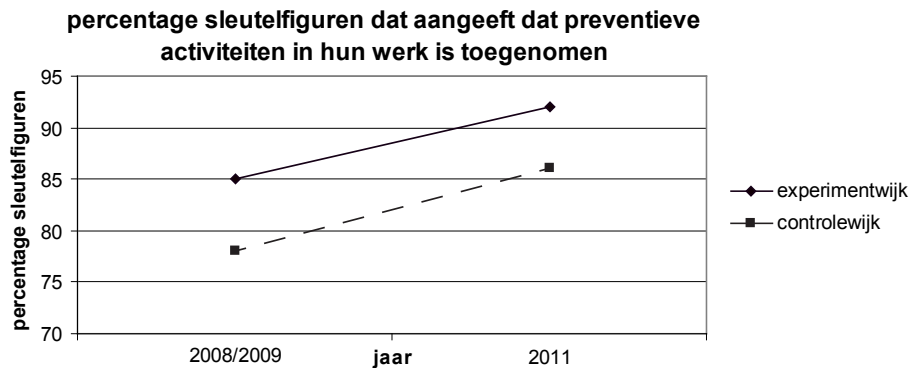
Het blijkt dat de meeste sleutelfiguren goed op de hoogte zijn van wat er gebeurt als het gaat om preventieve activiteiten in de wijk. Ruim driekwart van de sleutelfiguren zegt op de hoogte te zijn van het aanbod. De bekendheid met de preventieve activiteiten in hun wijk is met de invoering van CtC niet toegenomen, maar nagenoeg gelijk gebleven.

Wel wordt er een grotere overlap tussen de verschillende netwerken ervaren. Vindt in 2008 nog een derde van de respondenten dat er sprake is van overlap tussen de verschillende samenwerkingsverbanden, in 2012 is dat in de experimentele wijk gestegen tot driekwart (74%) en in de controlewijk tot twee derde (68%). De opkomst van de Centra Jeugd en Gezin worden in dat verband nogal eens genoemd. Feit is dat eigenlijk steeds dezelfde partijen met elkaar om tafel zitten onder een andere noemer.

Veranderingen in de preventiestrategie

Een belangrijke onderzoeksvraag is of de preventiestrategie is veranderd als gevolg van de implementatie van CtC. Zowel in de experimentele wijken als in de controlewijken zegt het merendeel van de sleutelfiguren dat het aantal preventieve activiteiten in hun werk is toegenomen. In 2011 zeggen nog meer sleutelfiguren dat dan in 2008/2009.

Figuur 5.3 Verschuiving van preventieve activiteiten in het werk van de sleutelfiguren



5.3 *Wetenschappelijke basis preventiestrategie*

In de aanpak van CtC gaat het erom of de preventiestrategie die wordt gehanteerd gebaseerd is op een wetenschappelijke analyse van risico en beschermende factoren op lokaal niveau. Dat wil zeggen dat het beleid gebaseerd is op bestaande kennis over de problemen in de wijk en de onderliggende risicofactoren. Zoals in de inleiding is geïntroduceerd, zijn in de controle- en experimentele wijken sleutelfiguren geïnterviewd over het preventieve jeugdbeleid. In de vorige paragrafen is nagegaan of de werkwijze is veranderd. In deze paragraaf kijken we gericht of deze verandering ook gebaseerd is op de theoretische onderbouwing van CtC. Met behulp van een schaal 'the adoption of science based prevention scale' zoals die is ontwikkeld door de *Social Development Research Group* (Brown, et al, 2011), gaan we na in hoeverre er sprake is van een wetenschappelijk gebaseerde preventiestrategie.

De verschillende fasen van de door de Amerikanen ontwikkelde schaal 'the adoption of science based prevention' zijn:

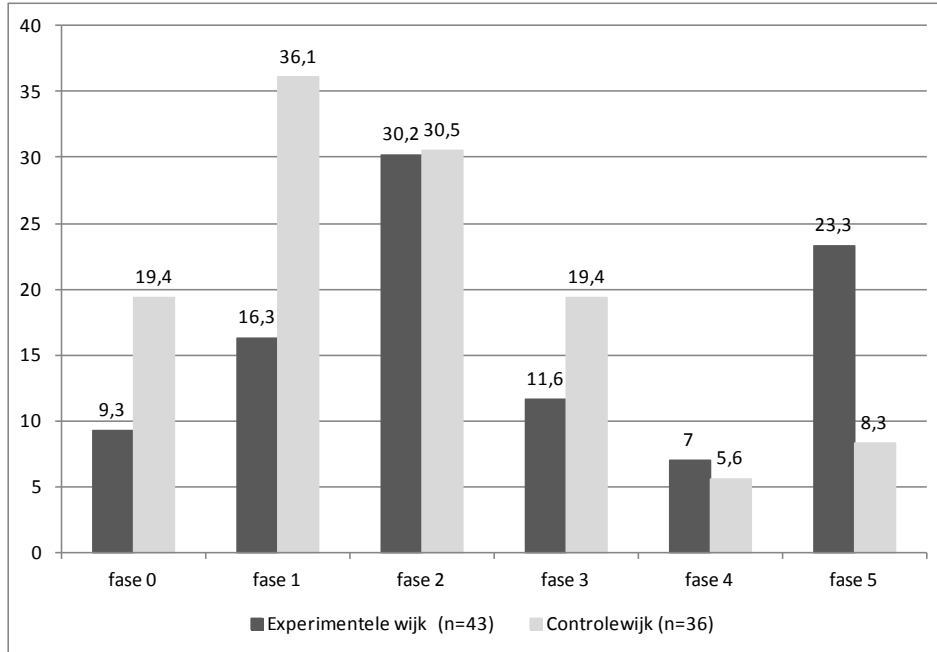
1. Bekendheid met preventieve termen en concepten vanuit CtC, zoals normen en opvattingen over gezonde ontwikkeling van kinderen, maar deze concepten worden niet gebruikt voor de preventie-aanpak.
2. Erkenning van het risico en beschermende model als een preventiestrategie, maar nog geen gebruik van epidemiologische data voor de selectie van preventieactiviteiten en inzet van effectieve programma's.
3. Gebruik maken van epidemiologische data voor het ontwikkelen van een preventiestrategie, maar nog geen gerichte inzet van effectieve programma's op basis van deze data;
4. Binnen de preventieaanpak gericht gebruik gemaakt van bewezen effectieve programma's op basis van de analyse van de epidemiologische data.
5. De aanpak wordt gemonitord en geëvalueerd en bijgesteld op basis van de resultaten.

De verwachting is dat de experimentele wijken verder zijn in deze fasering aangezien zij werken op basis van CtC. Aangezien deze fasering pas is ontwikkeld in 2010 (Brown, et al, 2011,) zijn aan de vragenlijst van 2008 een aantal items toegevoegd om deze fasering te kunnen maken voor zowel de controlewijken als de experimentele wijken. Een aantal vragen die gebruikt worden voor het vaststellen van de fasering zat wel in de vragenlijst van 2008. Voor die gegevens worden de resultaten van beide meetmomenten weergegeven.

Resultaten van de 'adoption of science based prevention'

Als we kijken naar de zogeheten adoptiefasen dan zien we dat de meeste sleutelfiguren in de experimentele wijk - zoals verwacht vaker dan in de controlewijk - een werkwijze hebben die gebaseerd is op de CtC-strategie. De score van de adoptiefase van de experimentele conditie ligt hoger (2.58) dan de controlewijk (1.72). Dit komt voornamelijk doordat het percentage in de experimentele wijk hoger is in de hoogste adoptieschaal vijf; het monitoren en evalueren van de preventieaanpak (zie figuur 5.4). Pas vanaf fase 4 scoort de experimentele wijk hoger dan de controlewijk. We concluderen dat het denken in termen van risico- of beschermende factoren in de aanpak van probleemgedrag van jongeren, en daarvoor epidemiologische data te gebruiken, een gemeengoed is in de Nederlandse praktijk. In alle gemeenten is het vanzelfsprekend dat de GGD's al jaren onderzoek doen onder jongeren naar probleemgedrag.

Figuur 5.4 Fasen van het gebruiken van wetenschappelijk gefundeerde preventiestrategie in 2011(%)

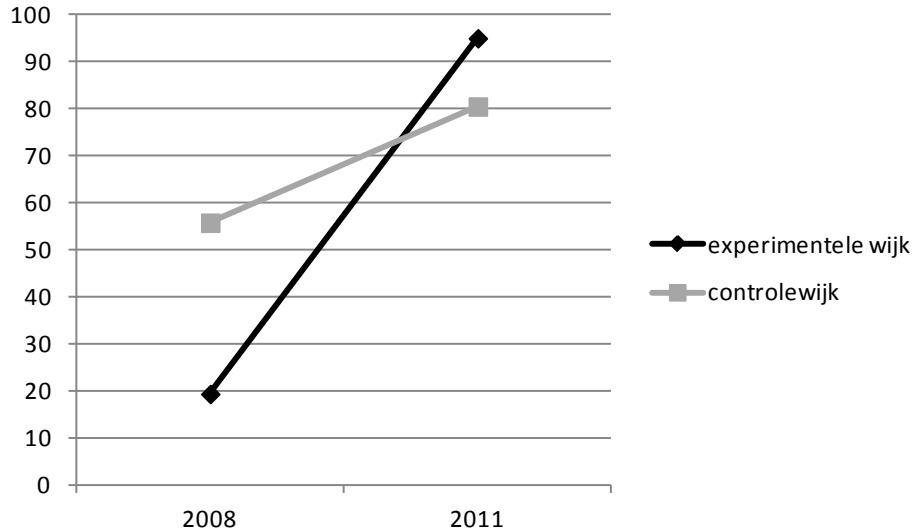


We kunnen concluderen dat er meer mensen zijn die geen kennis hebben van preventiestrategieën gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing in de controlewijken dan in de experimentele wijken (fase 0). In de eerste fase gaat het erom of de werkers zich bewust zijn van preventietermen en -begrippen. Bij de start van CtC in 2008 hebben meer sleutelfiguren in de controlewijk gehoord van de preventiestrategie CtC dan in de experimentele wijk. In de tweede meting ligt dit andersom. Dan hebben in beide wijken meer mensen gehoord van CtC, maar is het aantal hoger in de experimentele wijken.

Fase 1: bekendheid met CtC en de onderliggende theorie

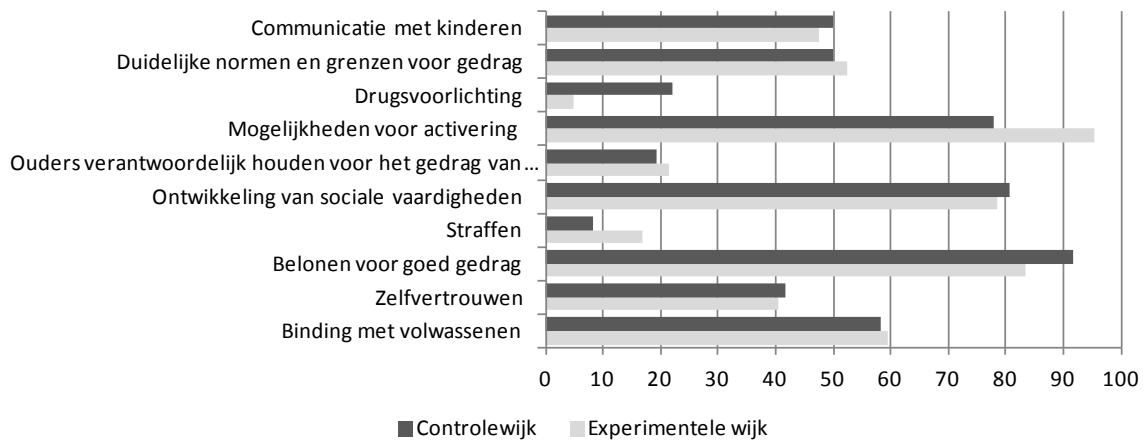
Duidelijk is dat het merendeel van de sleutelfiguren in de controlewijk in fase 1 zit. Meer dan een derde van de sleutelfiguren is bekend met CtC en is bekend met de onderliggende theorie.

Grafiek 5.5 Percentage sleutelfiguren dat heeft gehoord van CtC in 2008 en 2011



Om te weten in hoeverre sleutelfiguren in beide wijken bekend zijn met de theoretische onderbouwing van de preventiestrategie CtC is een aantal vragen voorgelegd die betrekking hebben op gedragingen die ten grondslag liggen aan gezond opgroeien en daarmee belangrijk zijn in het voorkomen van probleemgedrag bij jongeren (zie figuur 5.6). Volgens de theorie van CtC is binding belangrijker dan zelfvertrouwen; belonen voor goed gedrag beter dan straffen; ontwikkeling van sociale vaardigheden van meer belang dan ouders verantwoordelijk houden voor het gedrag van hun kinderen; mogelijkheden voor activering van meer belang dan drugsvoorlichting; en ten slotte communicatie met kinderen van meer belang voor een gezonde ontwikkeling dan duidelijke normen en grenzen van gedrag. Opvallend is dat er niet zo'n groot verschil is tussen de experimentele en de controlewijken als het gaat om de factoren die volgens de respondenten gezond gedrag bevorderen. Voor twee factoren vinden alle respondenten dat beide elementen belangrijk zijn, en hebben zij geen duidelijke voorkeur voor een type factor. Hierin is eigenlijk geen verschil tussen de experimentele wijken en controlewijken. We kunnen hieruit concluderen dat twee factoren van CtC niet onderschreven worden en dat het denken over wat belangrijk is voor de ontwikkeling van kinderen niet beïnvloed is door CtC in de experimentele wijk.

Figuur 5.6 Factoren om probleemgedrag te voorkomen bij jongeren (%)



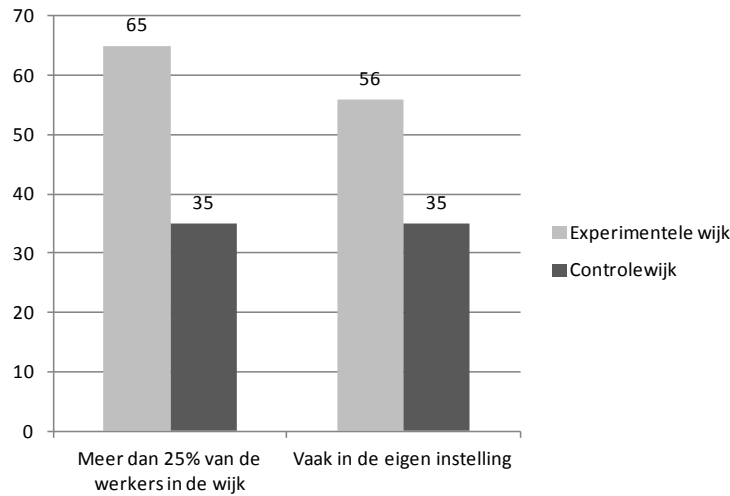
Fase 2: Erkenning van het risico- en beschermende model als een preventiestrategie

De tweede fase van de *adoption of CtC* beschrijft of er, volgens respondenten in de wijk, daadwerkelijk kennis over risicofactoren en beschermende factoren gebruikt wordt voor de preventieaanpak. Hiervoor zijn drie vragen gebruikt:

- Wordt er in de preventieve aanpak waarmee in uw buurt wordt gewerkt, uitgegaan van aanwezige risico- en beschermende factoren?
- Welk percentage van mensen die zich bezig houden met preventie (in uw buurt) gebruikt naar uw inschatting dit raamwerk voor de programmering van hun werk en activiteiten?
- Hoe vaak maakt uw organisatie gebruik van de risico- en beschermende factoren om de inzet op het gebied van preventieve diensten en activiteiten te bepalen?

Het blijkt dat de meeste werkers een preventieaanpak hebben ontwikkeld die gebaseerd is op de risico- en beschermende factoren die ten grondslag liggen aan de problematiek die zij willen voorkomen. Hierbij zien we ook dat voorafgaand aan de implementatie van CtC de sleutelfiguren uit de controlewijk vaker aangeven dat zij hun preventieaanpak baseren op de aanwezige risico- en beschermende factoren, maar dat dit na drie jaar omgekeerd is. Daarnaast hebben we gekeken of binnen de eigen instelling meer aandacht is voor risico- en beschermende factoren als basis voor de preventieaanpak. Ook dan zien we een verschuiving, hoewel een zeer geringe. Vooral op wijkniveau wordt een preventieve werkwijze op basis van de aanwezige kennis over risico- en beschermende factoren gehanteerd.

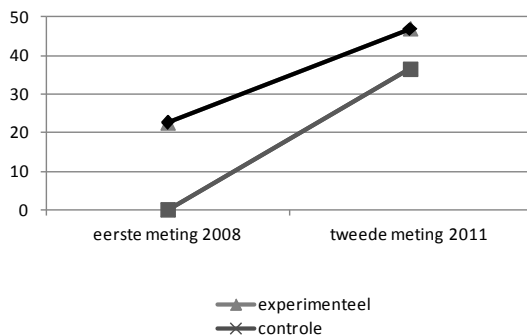
Figuur 5.7 Preventieaanpak gebaseerd op risicofactoren in 2011



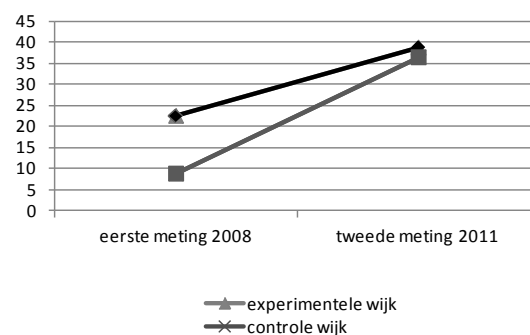
Fase 3: Gebruik maken van epidemiologische data voor het ontwikkelen van een preventie strategie

De derde adoptiefase is dat epidemiologische data worden gebruikt om de prioriteiten in de preventieaanpak vast te stellen. Nagegaan is in hoeverre gebruik is gemaakt van de scholierenenquête die is gehouden onder jongeren in de stad en of gebruik gemaakt is van de gegevens van de jeugdmonitor van de GGD. Hier zien we dat vooral de controlewijken minder bestaande data gebruiken om hun preventiebeleid vast te stellen, zowel de scholierenenquête van CtC als de jeugdmonitor van de GGD.

Figuur 5.8a Scholierenenquête gebruikt



Figuur 5.8b GGD-monitor gebruikt



Fase 4: Binnen de preventieaanpak wordt gebruik gemaakt van bewezen effectieve programma's

De vierde fase van adoptie is de selectie van programma's op basis van de epidemiologische data.

Er zijn vier vragen gebruikt om na te gaan of er in de wijk gebruik gemaakt wordt van:

- analyse van gegevens op het gebied van risico- en beschermende factoren ten opzichte van problemen bij de jongeren;

- onderzoek naar effectieve programma's om te achterhalen welke er in de wijk zouden kunnen werken;
- prioriteit geven aan de probleemgebieden en onderliggende risico- en beschermende factoren in de wijk;
- inzet huidige preventieprogramma's baseren op deze prioriteiten.

Als instellingen gegevens verzamelen dan wordt in beide wijken hiervan gebruikt gemaakt. In zowel de controlewijken (91%) als in de experimentele wijken (96%) is het merendeel van de respondenten van mening dat gegevens heel nuttig zijn voor het opstellen van een preventieaanpak.

Tabel 5.1 Percentage respondenten dat aangeeft gebruik te maken van risico- en beschermende factorenmodel voor de selectie van preventieve activiteiten

	Experimentele wijk		Controlewijk	
	2008	2011	2008	2011
Analyse van gegevens risicofactoren tbv preventie	34,6	79,3	40,7	71,4
Onderzoek naar effectieve programma's	35,7	55,2	14,3	51,8
Wordt er in uw wijk prioriteit gegeven aan de probleemgebieden en de onderliggende factoren?	61,3	89,7	66,7	82,4
Heeft uw wijk de huidige aanpak gebaseerd op die prioriteiten?	72,3	83,3	69,2	33,5

Fase 5: De aanpak wordt gemonitord en geëvalueerd en bijgesteld op basis van de resultaten

De vijfde fase houdt in dat men evalueert of de aanpak ook daadwerkelijk effect heeft. Hiervoor zijn drie vragen gesteld:

- Wordt nagegaan of de preventieve aanpak effect heeft?
- Zijn er naar aanleiding van deze evaluatie veranderingen opgetreden in het programma-aanbod?
- Zijn er naar aanleiding van deze evaluatie veranderingen opgetreden in subsidieverstrekking?

Minder dan de helft van de sleutelfiguren geeft aan dat gekeken wordt of de aanpak ook daadwerkelijk effect heeft, zowel in de controlewijk (33%) als de experimentele wijk (45%). In de praktijk betekent dit dat de respondenten aangeven dat zij de gang van zaken evalueren met betrokken partijen. Slechts een enkele keer wordt daadwerkelijk onderzoek genoemd om vast te stellen of de aanpak effectief is. De vraag is of dit uiteindelijk ook leidt tot bijstelling van de aanpak. In de gevallen dat respondenten zeggen dat er sprake is van een evaluatie, leidt dit in de experimentele wijk volgens ruim de helft van de respondenten tot veranderingen (53%). In de controlewijk leidt dit volgens een derde van de respondenten (33%) tot veranderingen. In de experimentele wijk leidt dit minder vaak tot bijstelling van de financiën (5%) dan in de controlewijk, waar 33% zegt dat het tot veranderingen leidt.

5.4 Samenwerking met andere instellingen

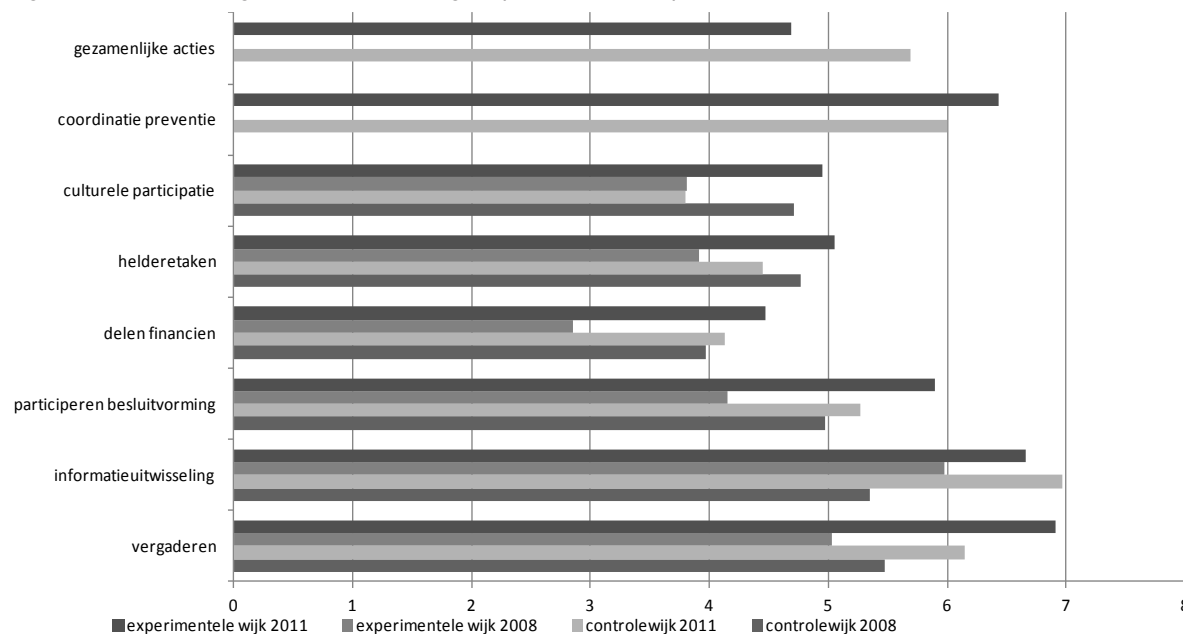
Eén van de uitgangspunten van CtC is dat het een gemeenschapsbrede aanpak betreft waarbij verschillende partijen betrokken zijn. Nagegaan is welke partijen samenwerken en of hierin verandering optreedt als gevolg van de implementatie van CtC. Als we kijken naar de instellingen waarmee respondenten samenwerken, dan wordt er met heel veel instellingen intensief samengewerkt. Dit geldt zowel

voor de experimentele wijken als de controlewijken. Er is een verschuiving waar te nemen waarbij de frequentie van samenwerking is toegenomen. Dit geldt eveneens voor beide wijken. Op een schaal van 1 (vaak) naar 4 (nooit), zien we in de experimentele wijken dat er een verschuiving optreedt van 2,91 naar 2,60 en voor de controlewijken van 2,88 naar 2,64. Hierin is dus weinig verschil tussen beide wijken. Instellingen waarmee respondenten zeggen veel samen te werken zijn het jongerenwerk, justitie en de gemeente. De instellingen waarmee minder samenwerking plaatsvindt (gemiddelde score >3) zijn de instellingen in de medische hoek en religieuze organisaties, het bedrijfsleven en de Raad voor de Kinderbescherming. Dit is voor beide wijken vergelijkbaar.

Er is wel een verschil zichtbaar in de gemiddelde score van de waardering van de samenwerking door de sleutelfiguren. We hebben acht stellingen voorgelegd over de samenwerking, waarbij respondenten op een tienpuntschaal konden aangegeven in hoeverre zij het ermee eens zijn. Tien betekent zeer mee eens, één betekent zeer mee oneens. In de controlewijk werd de samenwerking in 2008 beter beoordeeld (4.75) dan in de experimentele wijk (4.14). Na drie jaar is dat in beide wijken positief veranderd. Voor de controlewijk is er een stijging van 0,56 naar 5,31, voor de experimentele wijk is dat driemaal hoger; 1,49 naar 5,63. Als we kijken naar de afzonderlijke stellingen, dan zien we dat respondenten vooral vinden dat instellingen formeel met elkaar vergaderen over de preventie-issues die er spelen in de wijk; dat daarover informatie uitgewisseld wordt en dat instellingen onderling de preventieactiviteiten coördineren.

De instellingen hebben geen gezamenlijk budget voor deze gezamenlijke activiteiten, hoewel het delen van financiële middelen wel verbeterd is de afgelopen jaren (zie figuur 5.9).

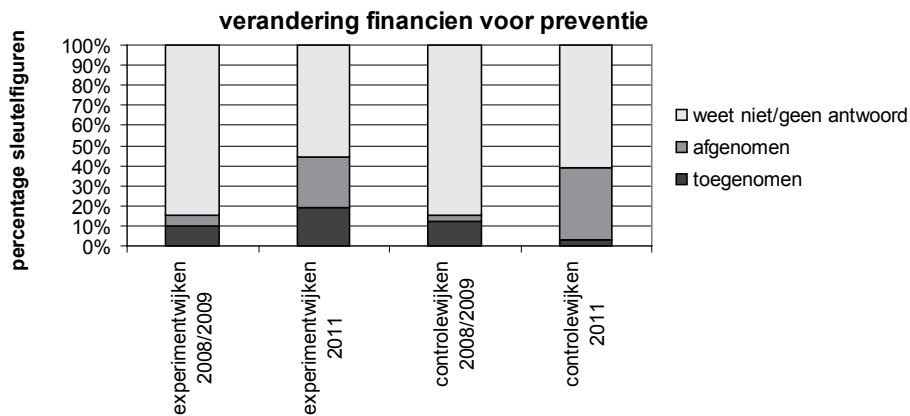
Figuur 5.9 Samenwerking met andere instellingen op het terrein van preventie



Wanneer we kijken naar de verschuivingen in de financiën die beschikbaar zijn voor een preventieve aanpak, valt op dat een aanzienlijk deel van de sleutelfiguren zegt hierop geen zicht te hebben of de

vraag niet heeft beantwoord. Wat verder opvalt in de antwoorden van degenen die er wel zicht op hebben, is dat de antwoorden niet eenduidig zijn. In de experimentele wijken en controlewijken is in 2008/2009 een vergelijkbaar percentage sleutelfiguren dat zegt dat de financiën zijn toegenomen, terwijl in 2011 het beeld heel anders is. Een vijfde van sleutelfiguren uit de experimentele wijken zegt dat de financiën zijn toegenomen en een ruim een vijfde zegt dat ze zijn afgenomen. In de controlewijken zegt een derde dat de financiën zijn afgenomen. Kennelijk hebben de sleutelfiguren in de experimentele wijk meer zicht op de financiering van de preventieve aanpak. Met name de gemeenten worden genoemd als financierder van de toegenomen middelen. Anderzijds is er de afgelopen jaren een recessie aan de gang waardoor men mogelijk het gevoel heeft dat er minder financiële middelen zijn en er door gemeenten bezuinigd moet worden. Dit is het beeld dat de leden van de preventie-teams ook schetsen in hoofdstuk 4 als het gaat om de financiële ondersteuning van CtC.

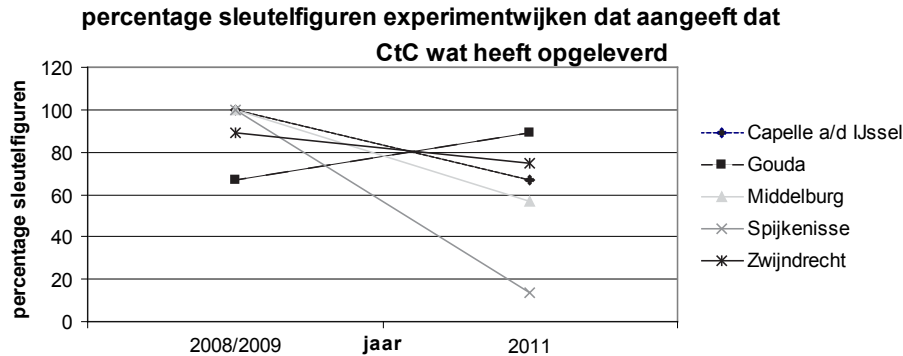
Figuur 5.10 Veranderingen in de financiering van preventie (%)



5.5 Effectiviteit van de aanpak

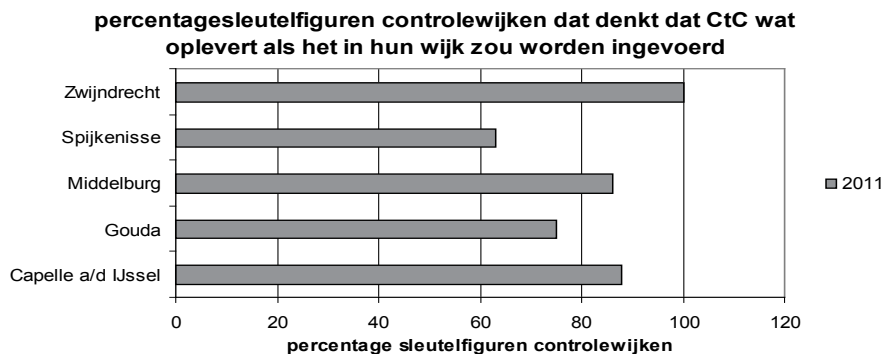
Aan de sleutelfiguren in de experimentele wijken is aan het begin van de implementatie van CtC gevraagd wat hun verwachtingen waren ten aanzien van de effectiviteit van CtC. Een grote meerderheid van de sleutelfiguren in de experimentele wijken (82,9%) verwachtte in 2008/2009 dat CtC wat zal opleveren. Deze verwachting was kennelijk te hoog gespannen want in 2011 is dit percentage aanzienlijk gedaald, naar 58,1%. Een daling zien we in alle gemeenten, behalve in Gouda. Daar denken in 2011 meer respondenten dan in 2008 dat CtC wat heeft opgeleverd. In Spijkenisse hebben de sleutelfiguren het meeste vertrouwen verloren in wat CtC oplevert, we zien daar een zeer grote daling. Mogelijke redenen hiervoor is dat in Spijkenisse gekozen is om in een andere preventiestrategie CtC te integreren.

Figuur 5.11 Percentage sleutelfiguren in de experimentele wijken dat aangeeft dat CtC wat heeft opgeleverd



In 2011 is aan de sleutelfiguren in de controlewijken gevraagd of zij denken dat CtC wat oplevert als het in hun wijk zou worden ingevoerd. Van de 35 sleutelfiguren uit de controlewijken denkt 82,9% dat CtC wat zou opleveren als het in hun wijk zou worden ingevoerd. Opvallend is dat in Spijkenisse toch nog 62,5% van de sleutelfiguren (n=5) in de controlewijken denkt dat CtC wat zou opleveren, ondanks het geringe aantal sleutelfiguren in de experimentewijken dat heeft aangegeven dat CtC wat oplevert.

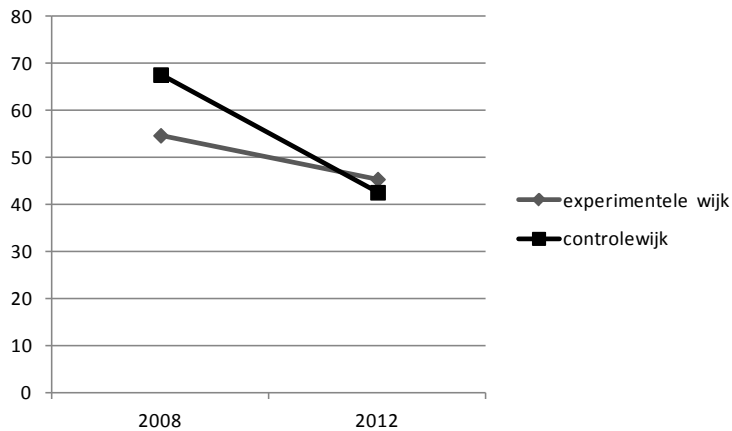
Figuur 5.12 Percentage sleutelfiguren in de controlewijken dat denkt dat CtC wat zal opleveren voor hun wijk



Redenen om te veronderstellen dat CtC kan bijdragen aan de aanpak liggen vooral op het terrein van de samenwerking. *‘Onze wijk is wat problematiek betreft hetzelfde. Vanuit CtC zijn meer mogelijkheden om de samenwerking te monitoren. CtC zou een wat meer structurele en integrale aanpak geven in de hele wijk, in plaats van alleen rondom de school.’* Een andere sleutelfiguur denkt dat CtC een meer structurele oplossing is in plaats van een incidentenbeleid: *‘Je komt nu alleen toe aan brandjes blussen, en niet aan preventie (voorkomen dat brand ontstaat). Daar valt dus nog wel wat winst te behalen.’* Vooral het gerichter inzetten van strategieën door middel van onderlinge afstemming spreekt sleutelfiguren aan in CtC: *‘Het format zou heel goed zijn, ik wilde dat het er was. Er is een slag te maken in het afstemmen van strategieën van instellingen apart.’ ‘Het is een systematische strategie. Ieder kijkt vanuit zijn rol, en die wordt expliciet gemaakt. De kans is groter dat het lukt, garanties heb je niet.’* Een ander noemt het op elkaar afstemmen, de krachten bundelen. Door vaker de samenwerking te zoeken verwachten sleutelfiguren dat het beter mogelijk om het denken vanuit de eigen organisatie te doorbreken.

De sleutelfiguren uit zowel de experimentewijken als de controlewijken hebben ook aangeduid hoe effectief zij denken dat hun preventieve aanpak is. In beide wijken zijn ze er minder van overtuigd dat hun preventieve aanpak effectief is dan drie jaar geleden. In de controlewijken zijn zij een stuk kritischer ten aanzien van de aanpak (67% in 2008 versus 42,7% in 2012). Ook in de experimentewijken zijn de sleutelfiguren minder positief, hoewel het verschil tussen 2008 en 2011 relatief minder is (54,8 % in 2008 versus 45,5% in 2012).

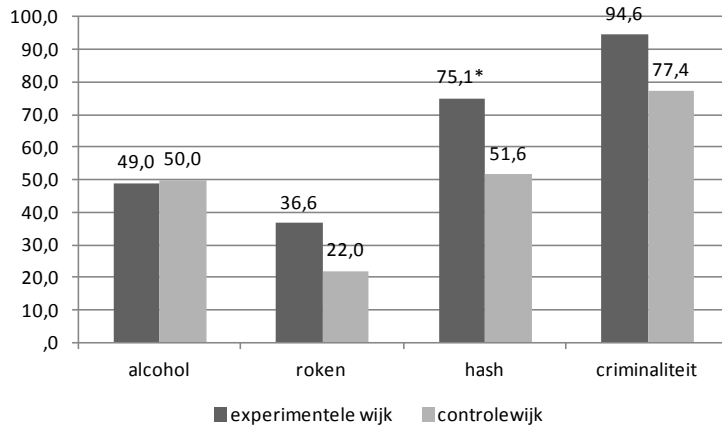
Figuur 5.13 Percentage sleutelfiguren dat vindt dat hun preventieve aanpak effectief is.



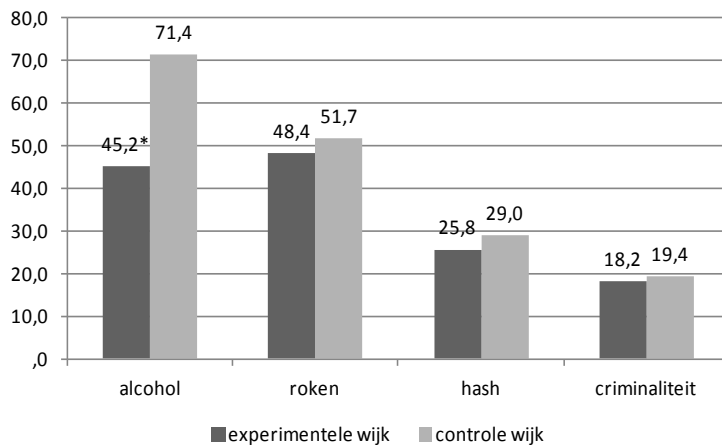
CtC gaat ervan uit dat het voor een gezonde ontwikkeling nodig is dat kinderen opgroeien in een omgeving waarin volwassenen er gezonde opvattingen en duidelijke normen voor gedrag op nahouden (NIZW, 1997). Als we kijken naar hoe de sleutelfiguren inschatten hoe de ouders staan ten opzichte van het probleemgedrag van jongeren, is er een duidelijk verschil tussen de experimentele wijken en de controlewijken (zie figuur 5.12a). Voor alcohol is er geen verschil te zien, maar ten aanzien van roken, het gebruik van hasj en criminaliteit zijn ouders in de experimentele wijken strenger in hun gedrag naar jongeren dan in de controlewijken. Er is dus wel resultaat te zien wat betreft de gezondere opvattingen van ouders in de wijk.

Daarnaast zijn er nog vier stellingen voorgelegd aan de sleutelfiguren, waarin wordt bevraagd in hoeverre roken, alcohol, wietgebruik en criminaliteit volgens de volwassenen in de wijk een onderdeel is van het opgroeien van jongeren. We zien dat in de controlewijken dit soort gedrag van jongeren vaker beschouwd wordt als normaal gedrag behorend bij de puberteit. Vanuit het CtC-model wordt benadrukt dat gezonde opvattingen en duidelijke normen een zeer belangrijk onderdeel zijn van een sociale ontwikkelingstheorie. Veel gemeenten vertalen CtC als ‘opgroeien in veilige wijken’. We kunnen constateren dat in de experimentele wijken er een gezondere opvatting over dit soort probleemgedrag waar te nemen valt dan in de controlewijken. Omdat deze vragen niet in de eerste meting zijn meegenomen, weten we niet of dit ook toe te schrijven is aan de implementatie van CtC. Wat betreft de wijze waarop ouders naar hasjgebruik kijken is een significant verschil te zien ($p < .05$). Ook het verschil tussen denkwijzen van volwassenen in controlewijken en experimentele wijken over het gebruik van alcohol is significant ($p < .05$).

Grafiek 5.13a Percentage ouders in deze wijk dat heel afkeurend staat tegenover:



Grafiek 5.13b Percentage volwassenen in deze wijk dat denkt dat dit gedrag een onderdeel is van het opgroeien:



*p<.05

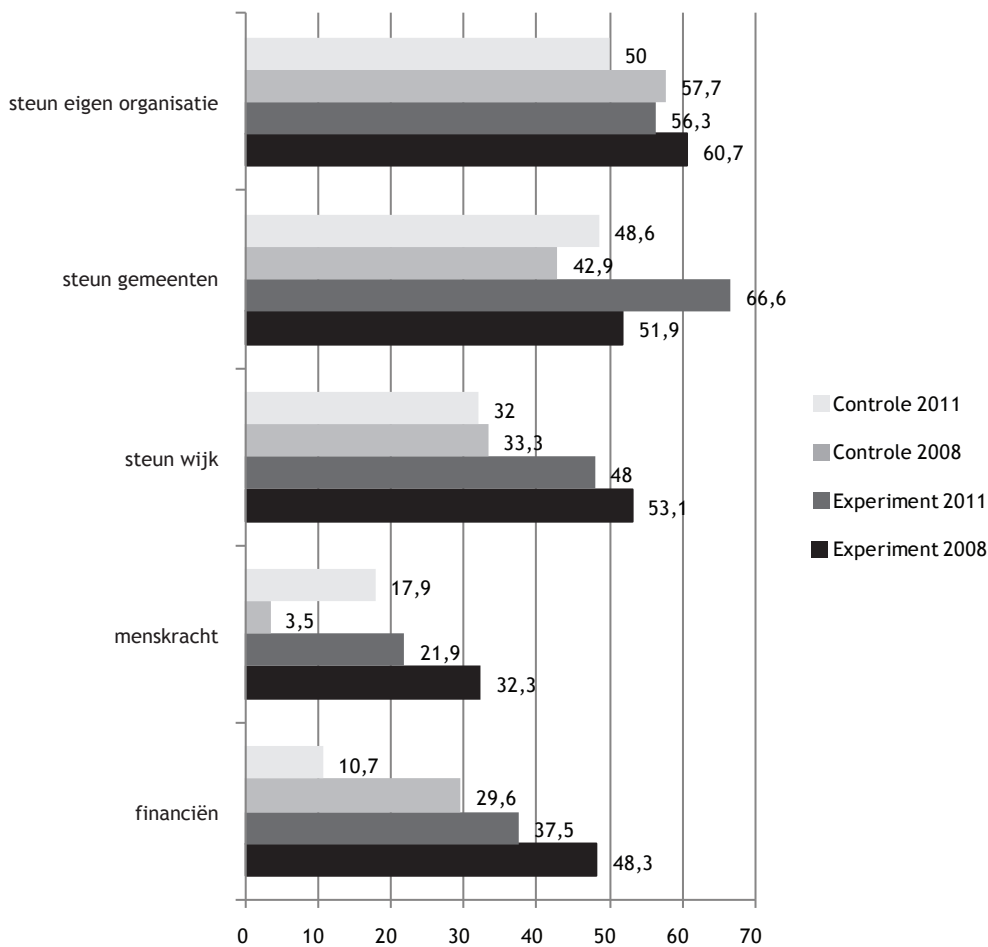
Barrières

De sleutelfiguren is gevraagd naar barrières die verhinderen dat preventiegerelateerde activiteiten worden uitgevoerd. Verschillende factoren zijn aan de sleutelfiguren voorgelegd, zoals gebrek aan coördinatie onder participerende groepen, gebrek aan overeenstemming over doelen en methoden, gebrek aan leiderschap, een verlies aan sleutelfiguren, gebrek aan financiële middelen, gebrek aan menskracht. We zien duidelijke verschillen tussen de experimentwijken en controlewijken. Meest opvallende verandering tussen 2008 en 2011 in de experimentwijken is een toename van het gebrek aan menskracht, het verlies aan sleutelfiguren, het gebrek aan steun vanuit de instellingen en het gebrek aan financiële middelen. Daarentegen zien we dat gebrek aan coördinatie onder participerende groepen, gebrek aan leiderschap en gebrek aan overeenstemming over doelen en methoden juist minder een barrière vormt. Dit beeld duidt op de verworvenheden van CtC in de experimentwijken. In de controlewijken is het beeld anders. Daar zien we ook dat sleutelfiguren in 2011 het gebrek aan

financiële middelen vaker dan in 2008 als een barrière zien voor preventie. Maar, in tegenstelling tot in de experimentwijken, zien sleutelfiguren in de controlewijken ook het gebrek aan leiderschap en aan overeenstemming over doelen en methoden vaker als een barrière dan in 2008. Gebrek aan menskracht en gebrek aan steun vanuit de gemeente ervaren sleutelfiguren in 2011 juist weer minder als een barrière dan in 2008.

Financiële middelen, inzet van menskracht, de steun vanuit de wijken, gemeenten en instellingen in de wijk zeggen iets over de steun die er is voor een preventieve aanpak van jeugdproblemen. We zien in beide wijken dat hiervoor veel steun is. We zien met name dat de steun vanuit de gemeenten in de experimentele wijken groot is en is toegenomen. Ook de steun vanuit de eigen organisatie en wijk is hoger in de experimentele wijken, hoewel men in beide wijken aangeeft dat deze aan het afnemen is. Dit geldt ook voor de inzet van menskracht en financiën: in beide wijken neemt deze af, maar in de experimentele CtC-wijken ligt het nog steeds hoger.

Figuur 5.14 Ervaren steun in de experimentele en controlewijk in 2008 en 2011



Er is ook gevraagd waar het geld in de gemeente voornamelijk aan wordt besteed. Het blijkt dat in de experimentele wijken vooral geld wordt besteed aan preventie en behandeling, terwijl in de controlewijken meer geld wordt ingezet op repressie, handhaving en versterking van de wet.

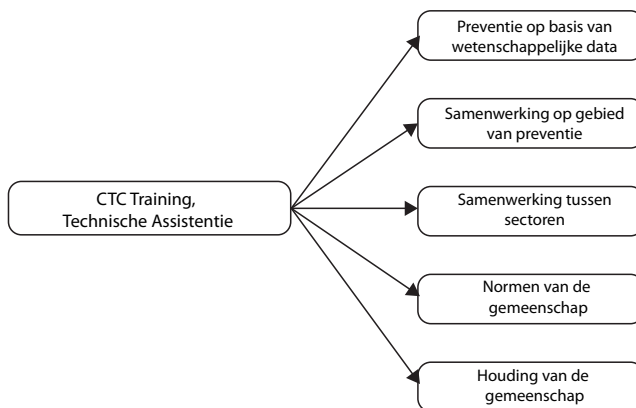
5.6 Conclusie

We kunnen concluderen dat er veel gebeurt op het gebied van de preventieve aanpak van problemen bij jongeren. Alle wijken in dit onderzoek (zowel controle- als experimentwijken) hebben te maken met problemen als het gaat om jongeren en overlast, criminaliteit en gezinsmanagement. Hierop zijn verschillende preventieve aanpakken ontwikkeld waarbij sprake is van verschillende netwerken of samenwerkingsvormen. CtC wordt daarop aanvullend ingezet naast bestaande initiatieven op het terrein van preventie, zoals de CJG's, de ZAT en de lokale of wijknetwerken.

Ondanks deze overvloed van netwerken waarin de meeste instellingen en werkers elkaar weer tegenkomen, is duidelijk de invloed van CtC in de experimentele wijken zichtbaar. Men kan concluderen dat er op de vijf elementen waarin gekeken is naar veranderingen in het preventiesysteem (zie figuur 5.1), CtC wel degelijk de manier van werken verandert.

Ten eerste is de preventieve aanpak in de CtC wijken meer gebaseerd op wetenschappelijke gegevens over de onderliggende oorzaken die het probleemgedrag veroorzaken. Dit betekent dat er in de praktijk gericht en meer systematisch middelen en initiatieven worden ingezet. Toch is het denken in beschermende en risicofactoren en het gebruiken van veelbelovende of effectieve interventies ook in de controlewijken een geaccepteerd onderdeel van de preventieaanpak.

Figuur 5.1 Veranderingen in preventiesysteem



Een tweede element van CtC is de samenwerking in de wijk. De CtC-aanpak gaat ervan uit dat preventie aangepakt wordt door een zo breed mogelijk spectrum van betrokkenen in de buurt. Door het uitwisselen van informatie en bronnen en het samenwerken wordt een daadkrachtiger aanpak van preventie van probleemgedrag van jongeren gerealiseerd. We kunnen concluderen dat er sprake is van een intensieve samenwerking met veel verschillende partners, variërend van scholen, politie, en welzijnswerkers tot buurtverenigingen en woningcoöperaties. Er is hierin geen verschil tussen de experimentele en controlewijken, maar wel als het gaat om het oordeel over de samenwerking. Dan

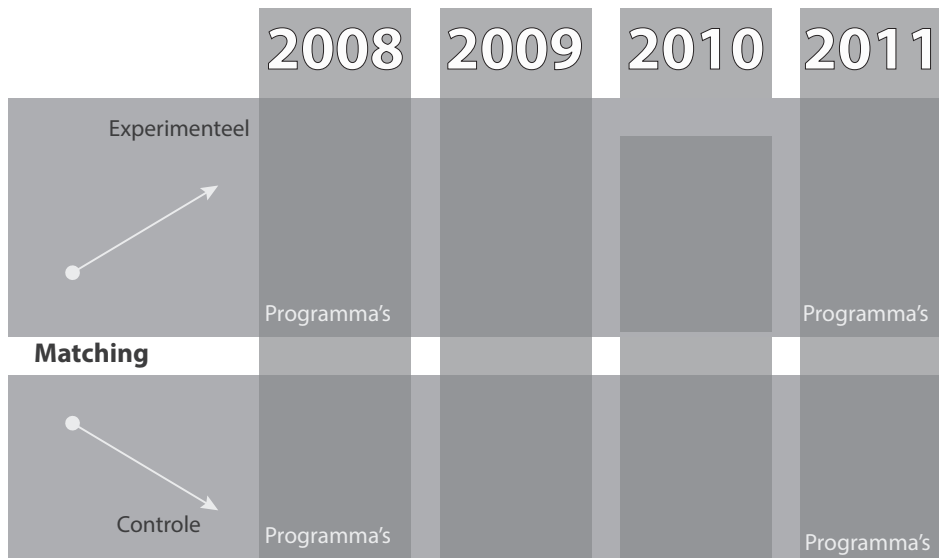
blijken sleutelfiguren in de experimentele wijken meer tevreden te zijn over de samenwerking op het terrein van preventie dan in de controlewijken.

Sleutelfiguren in beide wijken zijn kritisch over het effect van hun preventieve aanpak, dit zal onder meer veroorzaakt worden door de economische crisis van de afgelopen jaren, waarin er minder financiële middelen en menskracht ter beschikking zijn voor preventie. Ook lijkt vooral in experimentele wijken de persoonlijke factor een rol te spelen, zoals het verlies aan centrale figuren en het gebrek aan menskracht.

Ten slotte zien we een tendens dat er wat betreft de normen en houding van de gemeenschap in de experimentele wijken een gezonder opvoedingsklimaat is dan in de controlewijken. Er is echter alleen sprake van tendensen en geen harde significante verschillen. Met uitzondering van de visie van ouders op hasjgebruik door jongeren en de visie van volwassenen op alcoholgebruik door jongeren, zijn er geen significante verschillen tussen de controle- en experimentele wijken. Een mogelijke verklaring is dat de experimentele en controlewijken geografisch naast elkaar liggen en de grenzen tussen de wijken voor de sleutelfiguren niet altijd zo strikt lopen. Ook de verschillende netwerken zijn niet beperkt tot een wijk, maar overlappen vaak het gebied.

6 Programma's binnen CtC

Preventieve programma's



6.1 Inleiding

Eén van de belangrijke elementen van CtC is het gebruik van kwalitatief goede programma's om de geconstateerde problemen en risicofactoren in de wijk aan te pakken. Het idee is dat men alleen de programma's inzet waarvan men weet dat ze werken. Interventies moeten doelgerichter ingezet worden, namelijk op de factoren die in de betreffende wijk of buurt naar voren komen als aanwezige risicofactoren of te versterken beschermende factoren. De kwaliteit van interventies wordt vastgesteld aan de hand van de mate waarin deze als *evidence based* is erkend (Menger & Berger, 2002; Van Yperen e.a., 2003; Van Yperen & Bakker, 2008). Hiervoor is een CtC-gids beschikbaar waarin veelbelovende en effectieve programma's staan voor jongeren van 0-18 jaar, ingedeeld naar de verschillende domeinen waarin jongeren opgroeien; gezin, school, vrienden en de buurt (Ince e.a., 2004). Deze gids is in Nederland verder uitgewerkt in een database waarin effectieve interventies voor jongeren zijn opgenomen.

Het Nederlands Jeugdinstituut beheert deze Databank Effectieve Jeugdinterventies.¹ Deze databank bevat methodieken en programma's om problemen bij het opgroeien en opvoeden van kinderen en jongeren te voorkomen, te verzachten of te verhelpen. Het gaat om interventies voor kinderen, jongeren, hun ouders en de opvoedingsomgeving, die als doel hebben psychische, sociale, cognitieve en lichamelijke ontwikkeling van jeugdigen (-9 maanden tot 23 jaar) te bevorderen. Er zijn alleen interventies opgenomen die door een onafhankelijke erkenningscommissie zijn erkend (Veerman & Van Yperen, 2007). Dat wil zeggen dat de interventie voldoende beschreven en onderbouwd is. De interventies zijn in drie niveaus van erkenning ingedeeld (Zie ook bijlage 1: Overzicht Databank Effectieve Interventies):

1. Theoretisch goed onderbouwd (147 interventies): de interventie voldoet aan de criteria voor theoretische onderbouwing, degelijkheid van de methodiek, en toepasbaarheid in de praktijk.
2. Waarschijnlijk effectief (8 interventies): de interventie voldoet aan bovenstaande criteria, plus er zijn voldoende onderzoeken die voorlopige aanwijzingen geven voor effectiviteit, en het onderzoek heeft ten minste een 'matige bewijskracht'.
3. Bewezen effectief (5 interventies): de interventie voldoet aan de criteria van niveau 1, plus er zijn voldoende onderzoeken die overtuigende aanwijzingen geven voor effectiviteit, en het onderzoek heeft ten minste een 'sterke bewijskracht'.²

In de databank zijn momenteel de beschrijvingen van 161 jeugdinterventies opgenomen die door de commissie op één van de drie niveaus is erkend (mei 2012). Daarnaast is er een lijst met interventies die zijn ingediend maar nog niet zijn beoordeeld, evenals een lange lijst met interventies die (nog) niet aan de criteria voor erkenning voldoen.

Van de vijf bewezen effectieve interventies is er een preventieprogramma gemaakt; een taakspel dat bestaat uit een groepsgerichte aanpak voor leerlingen van groep 4 tot en met 8 van het basisonderwijs, waarbij leerlingen leren zich beter aan klassenregels en regels op de speelplaats te houden. Daarnaast zijn er vier andere programma's die meer gericht zijn op een specifieke problematiek, zoals 'Dappere kat' dat ontwikkeld is voor kinderen met een angststoornis; 'Incredible years' dat ouders van kinderen met opstandig of antisociaal gedrag traint; 'PVG-dieet' voor kinderen met ADHD en 'VIPP-SD' dat aan de hand van video de opvoedingsvaardigheden van ouders wil versterken. Van de waarschijnlijk bewezen programma's richten er drie zich op de leeftijd van middelbare scholieren. Het gaat dan om programma's om depressies bij scholieren te verminderen (Stemmingmakerij) en programma's om roken of alcohol gebruik te verminderen of te voorkomen (actie tegengif en PAS). Daarnaast zijn er programma's voor de basisschool gericht op pesten (PRIMA), de sociale emotionele ontwikkeling te stimuleren (PAD) of gedragsproblematiek aan te pakken (Alezz KIDS) of ADHD (BPTS). Ten slotte zijn er programma's gericht op ouders om het bedplassen tegen te gaan (DroogBedTRaining) en depressieve moeders (Ouder-baby interventies).

Het doel van dit hoofdstuk is om te kijken of er in CtC-wijken verandering is opgetreden in het aantal ingezette interventies in de periode 2008-2011, of er meer gebruik wordt gemaakt van erkende interventies en of de ingezette interventies doelgerichter worden ingezet (namelijk op bepaalde risico- of beschermende factoren). Daarbij worden de wijken met CtC vergeleken met de controlewijken waarin CtC niet als aanpak is ingezet. Wat betreft het aantal ingezette interventies zijn twee verwachtingspatronen aannemelijk. Enerzijds is het aannemelijk dat het aanbod aan interventies in de CtC-wijk is toegenomen, omdat er meer aandacht is voor gerichte preventie. Anderzijds kan een

1 Zie: www.nji.nl.

2 Zie voor uitvoerige beschrijving van de criteria bovengenoemde website.

afname in aantal interventies juist wijzen op een stroomlijning van het aanbod. In vergelijking met de controlewijken verwachten we in de experimentele wijken een groter aanbod aan interventies, vooral in 2011. Ten slotte verwachten we dat in zowel de experimentele wijken als in de controlewijken het aantal *erkende* interventies is toegenomen, omdat *evidence based* werken de laatste jaren niet alleen binnen CtC, maar ook binnen het jeugdbeleid in het algemeen in opkomst is. Desalniettemin verwachten we in de CtC-wijken een sterkere groei van het aantal erkende interventies, omdat dit binnen CtC juist één van de speerpunten is.

6.2 *Werkwijze*

Om een overzicht te krijgen van het aantal ingezette (erkende) interventies in de verschillende wijken en de verschillende perioden, zijn we als volgt te werk gegaan. Zowel in 2008 als in 2011 hebben we de projectleiders in de verschillende CtC-steden (Capelle aan de IJssel, Gouda, Middelburg, Zwijndrecht en Spijkenisse) gevraagd om in een format aan te geven welke programma's in de CtC-wijk werden ingezet en op welke risicofactor. Ook werd aangegeven in welke domeinen de programma's werden ingezet: gezin, school, jeugdigen of wijk. Eveneens is gevraagd een inschatting te geven van het bereik van het betreffende programma.

Voor de controlewijken, zonder CtC, is in 2008 en 2011 een overzicht van het aanbod opgesteld aan de hand van interviews met sleutelfiguren. Deze overzichten zijn vervolgens door de projectleiders gecontroleerd en/of aangevuld. Op deze manier is een overzicht ontstaan van alle ingezette programma's in 2008 en 2011. Aan de hand van de volgende selectiecriteria is het totale overzicht aan interventies in de wijken vervolgens gescreend door de onderzoekers:

1. Alleen interventies die náást het reguliere aanbod (CJG, regulier jongerenwerk) worden aangeboden zijn opgenomen.
2. Het moet gaan om 'degelijke' interventies, dat wil zeggen geen incidentele acties, maar een aanbod waarvan de werkwijze/methodiek beschreven is.

Om de overzichten van 2008 en 2011 te vergelijken, zijn deze per wijk samengevoegd in één tabel, waarbij veranderingen in het aanbod cursief zijn aangegeven. Op (gemeentelijke) websites is indien nodig aanvullende informatie gezocht over de genoemde interventies (bijvoorbeeld over doelgroep). Ook is per interventie bekeken of deze al dan niet als erkende interventie is opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies³. De schema's die op deze manier zijn ontstaan, zijn nogmaals ter controle voorgelegd aan de betreffende projectleiders. De op bovenstaande wijze verkregen overzichten vormen de basis voor dit hoofdstuk (zie bijlagen). Per stad en wijk is eveneens een verkort overzicht gemaakt waarin is opgenomen hoeveel interventies zijn ingezet per gebied (gezin, jeugdigen, school, buurt) in 2008 en in 2011, en hoeveel daarvan zijn opgenomen in de Databank. Ook het (percentuele) verschil tussen 2008 en 2011 is af te lezen uit de tabellen. Ten slotte is voor elke gemeente een overzicht gemaakt vanuit de preventieplannen, met een overzicht van welke risico- en beschermende factoren er in de betreffende gemeente worden ingezet.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Eerst presenteren we per gemeente de resultaten van dit deelonderzoek, die wij ook per gemeente kort bediscussiëren. Dit bespreken we in deze volgorde omdat de lokale context en bepaalde keuzes die zijn gemaakt in de experimentele wijken en de

3 Zowel theoretisch goed onderbouwde als waarschijnlijk en bewezen effectieve programma's tellen mee.

controlewijken sterk van invloed zijn op de *overall* eindresultaten. De resultaten over de vijf gemeenten heen bespreken we dan ook pas daarna. In de slotparagraaf hebben we enkele discussiepunten opgenomen en geven we een aantal slotconclusies.

6.3 Resultaten Capelle aan den IJssel

Tabel 6.1a Overzicht Capelle aan de IJssel Experimentele wijk

	2008	NJI databank	% in databank	2011	NJI databank	% in databank	Vershil 2008 - 2011	% Vershil	Vershil in databank	% vershil
Gezin	9	6	67%	10	6	60%	1	11%	0	0%
School	7	5	71%	9	6	67%	2	29%	1	20%
Jongeren	8	0	0%	7	0	0%	-1	-13%	0	0%
Buurt	0	0	0%	3	0	0%	3	300%	0	0%
Totaal	24	11	46%	29	12	41%	5	21%	1	9%

Tabel 6.1b Overzicht Capelle aan de IJssel Controlewijk

	2008	NJI databank	% in databank	2011	NJI databank	% in databank	Vershil 2008 - 2011	% Vershil	Vershil in databank	% vershil
Gezin	2	1	50%	6	3	50%	4	200%	2	200%
School	3	0	0%	4	3	75%	1	33%	3	300%
Jongeren	7	1	14%	5	1	20%	-2	-29%	0	0%
Buurt	3	0	0%	3	0	0%	0	0%	0	0%
Totaal	15	2	13%	18	7	39%	3	20%	5	250%

In de experimentele wijk worden in 2008 in totaal 24 interventies ingezet, dit stijgt met 21% naar 29 interventies in 2011. Het gaat hierbij om 22 interventies die zijn gehandhaafd sinds 2008, en 7 nieuwe interventies. Er zijn blijkbaar 2 interventies gestopt in 2011. In de controlewijk stijgt het aantal interventies met 20%, namelijk van 15 interventies in 2008 naar 18 interventies in 2011. Ten opzichte van 2008 zijn er in 2011 8 interventies gehandhaafd, 7 gestopt en 10 nieuwe interventies ingezet in de controlewijk.

Wanneer we de wijken met elkaar vergelijken, valt op dat in de experimentele wijk zowel in 2008 als in 2011 beduidend meer interventies worden ingezet. Van de 18 interventies in de controlewijk in 2011, zijn er 10 anders dan in de experimentele wijk. De andere 8 overlappen en betreffen vooral interventies in de domeinen Gezin en School, die op 1 na nieuw zijn ingezet in de controlewijk in 2011.

In het schema is af te lezen dat in de experimentele wijk in 2008 in drie domeinen ongeveer evenveel wordt ingezet, Gezin (9), Jongeren (8) en School (7), waarbij het domein Buurt sterk achterblijft met 0 interventies. In 2011 is dit aantal gegroeid, maar blijven de minste interventies ingezet in

het domein Buurt (3). De verschillen tussen de andere domeinen zijn iets toegenomen, en de volgorde is veranderd: Gezin (10), School (9) en Jongeren (7). In de controlewijk werden in 2008 nog de meeste interventies ingezet in het domein Jongeren (7), gevolgd door School (3) en Buurt (3) met Gezin (2) als hekkensluiter. 2011 laat een ander beeld zien: Gezin (6), Jongeren (5), School (4) en Buurt (3).

In de experimentele wijk zijn in 2008 11 erkende interventies, 6 in het domein Gezin en 5 in het domein School. In 2011 is het aantal erkende interventies vrijwel gelijk, namelijk nog steeds 6 in het domein Gezin, en nu ook 6 in het domein School. Wanneer we kijken om welke interventies het precies gaat, zien we dat van de 7 nieuwe interventies in 2011, het in 2 gevallen om erkende interventies gaat. Er is blijkbaar ook 1 erkende interventie gestopt, en 10 erkende interventies zijn gehandhaafd. In de controlewijk worden in 2011 10 nieuwe interventies ingezet, waarbij blijkt dat het in 5 gevallen gaat om een erkende interventie. Er zijn 2 erkende interventies gehandhaafd, want het totaal aantal erkende interventies in 2011 is 7.

De risicofactoren die geprioriteerd zijn in Capelle, zijn: problemen met gezinsmanagement, conflict in het gezin, vroeg begin probleemgedrag, gebrek aan binding in de wijk, gebrek aan organisatie, verkrijgbaarheid van drugs en wapens, hoge mate van doorstroming en maatschappelijke normen die probleemgedrag veroorzaken. Als beschermende factor is 'bevorderen positieve betrokkenheid bij de wijk' voorop gesteld. In Capelle aan den IJssel worden in 2011 in de experimentele wijk diverse interventies ingezet, die niet direct in relatie staan tot de geprioriteerde risicofactoren. Met name in het domein Buurt wordt op meerdere risicofactoren ingezet. In de controlewijk zijn geen factoren geprioriteerd, de ingezette interventies hebben geen (directe) relatie met risico- of beschermende factoren.

In de experimentele wijk valt op, dat een aantal interventies nauwelijks bereik heeft. Van het overgrote deel is echter het aantal bereikte burgers (bij ons) onbekend. Bovendien wordt een aantal interventies Capelle-breed aangeboden, en is onbekend hoeveel deelnemers daarvan uit de experimentele wijk komen. Ook van de controlewijk zijn de gegevens helaas onvolledig. Op basis van de bij ons bekende gegevens, durven we geen uitspraken te doen over het daadwerkelijke bereik van de ingezette interventies.

Discussie naar aanleiding van resultaten Capelle aan den IJssel

Men kan concluderen dat er in de experimentele wijk andere interventies worden ingezet dan in de controlewijk. Er zijn ook een aantal programma's gestopt en nieuwe gestart. Hoewel er een duidelijke spreiding is van de inzet van de programma's op alle domeinen, blijft het domein Buurt achter wat betreft het aantal interventies. Dit heeft mogelijk te maken met dat er niet echt programma's of interventies ingezet worden, maar veeleer incidentele activiteiten voor de buurt worden georganiseerd door het jongerenwerk.

Dat er niet altijd met interventies uit de NJI databank wordt gewerkt wordt erkend door de projectleider CtC. Volgens de projectleider zijn erkende interventies duur, dus wordt vaak gezocht naar een lokale, goedkopere variant.

6.4 Resultaten Gouda

Tabel 6.2a Overzicht Gouda Experimentele wijk

	2008			2011			Verschil 2008 - 2011		Verschil in databank	
	NJI databank	% in databank		NJI databank	% in databank		%		%	
Gezin	3	1	33%	12	8	67%	9	300%	7	700%
School	1	0	0%	1	0	0%	0	0%	0	0%
Jongeren	2	0	0%	4	0	0%	2	100%	0	0%
Buurt	3	0	0%	4	0	0%	1	33%	0	0%
Totaal	9	1	11%	21	8	38%	12	133%	7	700%

Tabel 6.2b Overzicht Gouda Controlewijk

	2008			2011			Verschil 2008 - 2011		Verschil in databank	
	NJI databank	% in databank		NJI databank	% in databank		%		%	
Gezin	1	0	0%	1	0	0%	0	0%	0	0%
School	1	0	0%	1	0	0%	0	0%	0	0%
Jongeren	2	0	0%	2	0	0%	0	0%	0	0%
Buurt	2	0	0%	2	0	0%	0	0%	0	0%
Totaal	6	0	0%	6	0	0%	0	0%	0	0%

In de experimentele wijk in Gouda worden 9 interventies ingezet in 2008, dit stijgt met meer dan 100% naar 21 interventies in 2011. Het gaat hierbij om 12 nieuwe interventies en 9 interventies die ook al in 2008 werden ingezet. In de controlewijk is geen enkele verandering in 2011 ten opzichte van 2008. In beide jaren worden 6 dezelfde interventies ingezet.

Wanneer we beide wijken met elkaar vergelijken wat betreft aanbod, zien we dat in 2011 de controlewijk niet alleen een veel kleiner aanbod aan interventies heeft dan de experimentele wijk, maar dat het op 1 interventie (Luna bezoekvrouwen) na ook een ander aanbod betreft.

In 2008 zien we in de experimentele wijk geen grote verschillen tussen de domeinen: Gezin heeft 3 interventies, Buurt ook 3, Jongeren 2 en School 1. In 2011 wordt verreweg het meest ingezet in het domein Gezin (12 interventies), gevolgd door Buurt (4), Jongeren (4) en School (1). In de controlewijk wordt per domein ongeveer evenveel ingezet. Er zijn geen uitschieters, en zoals gezegd zijn er geen verschillen tussen 2008 en 2011.

In 2011 zien we een sterke stijging van het aantal erkende interventies in de experimentele wijk, namelijk van 1 in 2008 naar 8 erkende interventies in 2011. Dat wil zeggen dat 7 van de 12 nieuwe interventies in 2011 erkende interventies zijn. Het gaat in alle gevallen om interventies in het domein Gezin. In de controlewijk zijn geen erkende interventies, niet in 2008 en niet in 2011.

Er is in Gouda een tweetal risicofactoren geprioriteerd, in 2011 worden daar het volgende aantal interventies op ingezet: problemen met gezinsmanagement (9 interventies) en omgang met vrienden

met probleemgedrag (5 interventies). Daarnaast is een vijftal beschermende factoren sturend geweest voor de inzet van interventies: sociale binding familie (9 interventies), verbeteren sociale vaardigheden (6 interventies), binding aan de wijk (4 interventies), en ‘de wijk is schoon en buurtbewoners voelen zich hier verantwoordelijk voor’ (geen interventies). Sommige interventies hebben overigens betrekking op meerdere factoren. In de controlewijk zijn geen risico- of beschermende factoren geprioriteerd.

In Gouda is van enkele interventies in de experimentele wijk bij ons bekend wat het bereik ervan is geweest. Het is echter in de meeste gevallen onduidelijk of deze cijfers de wijk of heel Gouda betreffen. Van de controlewijk ontbreken alle bereikcijfers. Aan de hand van de ons beschikbare gegevens, kunnen wij dus helaas niet veel zeggen over het aantal door CtC bereikte wijkbewoners.

Discussie naar aanleiding van resultaten Gouda

Men kan concluderen dat volgens de werkwijze van CtC er in de experimentele wijk meer programma's zijn ingezet die in de databank van het NJI zijn opgenomen en dat deze programma's ook gericht de geselecteerde risicofactoren willen aanpakken. Anders dan in andere steden is er ook veel ingezet op beschermende factoren.

Wel kan men concluderen dat er niet veel programma's zijn afgebouwd of gestopt, het blijkt in de praktijk lastig om overlap in het aanbod op te lossen. Deïmplementeren is veel lastiger te realiseren dan het opstarten van nieuwe programma's. Een knelpunt, dat mogelijk ook in andere steden een rol speelt, is dat het inzetten van programma's op wijkniveau lastig is. Programma's hebben vaak een stedelijk karakter en worden breder ingezet dan één bepaald gebied.

Ander knelpunt is dat er niet genoeg programma's in de NJI-databank staan om het preventieplan helemaal mee te vullen. Er is duidelijk een gebrek aan veelbelovende programma's die gericht zijn op preventie en op de wijk.

6.5 Resultaten Middelburg

Tabel 6.3a Overzicht Middelburg Experimentele wijk

	2008	NJI databank	% in databank	2011	NJI databank	% in databank	Vershil 2008 - 2011	Vershil %	Vershil in databank	Vershil %
Gezin	0	0	0%	9	5	56%	9	900%	5	500%
School	2	0	0%	2	0	0%	0	0%	0	0%
Jongeren	1	0	0%	5	3	60%	4	400%	3	300%
Buurt	0	0	0%	2	0	0%	2	200%	0	0%
Totaal	3	0	0%	18	8	44%	15	500%	8	800%

Tabel 6.3b Overzicht Middelburg Controlewijk

	2008	NJI databank	% in databank	2011	NJI databank	% in databank	Vershil 2008 - 2011	Vershil %	Vershil in databank	Vershil %
Gezin	2	1	50%	10	5	50%	8	400%	4	400%
School	1	0	0%	2	1	50%	1	100%	1	100%
Jongeren	6	1	17%	10	3	30%	4	67%	2	200%
Buurt	1	0	0%	1	0	0%	0	0%	0	0%
Totaal	10	2	20%	23	9	39%	13	130%	7	350%

De experimentele wijk laat een sterke groei van het aantal ingezette interventies zien (500%), namelijk van 3 interventies in 2008 naar 18 interventies in 2011. Er zijn 15 nieuwe interventies ingezet in 2011 en alle 3 interventies uit 2008 zijn gehandhaafd. Ook in de controlewijk is een groei van het aantal ingezette interventies zichtbaar (130%), namelijk van 10 interventies in 2008 naar 23 ingezette interventies in 2011. Er zijn geen interventies gestopt; alle 10 interventies die in 2008 werden ingezet zijn gehandhaafd. Er zijn 13 nieuwe interventies in 2011.

Een vergelijking in aanbod tussen beide wijken laat zien dat een groot deel van het nieuwe aanbod in de experimentele wijk, met name in het domein Gezin, ook in de controlewijk wordt ingezet. Er is dus enige overlap in het aanbod tussen de wijken, maar er zijn ook verschillen af te lezen uit de tabel. Het aanbod verschilt met name in het domein Jongeren, waar in de controlewijk ook meer interventies worden ingezet.

In 2008 werden er in de experimentele wijk nog weinig interventies ingezet, alleen in het domein School (2) en in het domein Jongeren (1). In 2011 is de grootste inzet zichtbaar in het domein Gezin (9), gevolgd door Jongeren (5), School (2) en Buurt (2). Ook in de controlewijk is een verschuiving zichtbaar: in 2008 wordt het sterkst ingezet in het domein Jongeren (6), de andere domeinen verschillen niet zo veel van elkaar (Gezin 2, School 1, Buurt 1). In 2011 worden in de domeinen Gezin en Jongeren veel interventies ingezet, in beide 10. De andere domeinen lopen daar, net als in de experimentele wijk, sterk op achter: School 2 en Buurt 1.

In 2008 worden in de experimentele wijk geen erkende interventies ingezet. De niet-erkende interventies worden gehandhaafd in 2011. In 2011 zijn van de 15 nieuw ingezette interventies er 8 erkend. Het zijn interventies in het domein Gezin (5) en in het domein Jongeren (3). In de controlewijk werden in 2008 2 erkende interventies ingezet, deze zijn gehandhaafd in 2011. Van de 13 nieuwe interventies in de controlewijk, zijn er 7 erkend. Het totaal aantal erkende interventies komt in de controlewijk op 9 in 2011.

In Middelburg is de relatie tussen geprioriteerde risicofactoren en ingezette interventies als volgt. Alle interventies die in het domein Gezin ingezet zijn (8), hebben betrekking op de risicofactor 'ouders die probleemgedrag bevorderen door hun houding'. In het domein School zijn geen risico- of beschermende factoren geformuleerd. In het domein Jongeren draait het om 'omgang met vrienden die probleemgedrag vertonen' (5 interventies). In het domein Buurt zijn 2 interventies ingezet op 'positieve betrokkenheid in de buurt'. In de controlewijk is de relatie met risico- en beschermende factoren niet geëxpliciteerd.

We hebben geen bereikcijfers van Middelburg tot onze beschikking, noch van de experimentele wijk, noch van de controlewijk. Het is onduidelijk of deze cijfers in het geheel ontbreken, of dat de

projectleider hier geen zicht op heeft. In elk geval doen wij geen uitspraken over het bereik van de ingezette interventies in Middelburg.

Discussie naar aanleiding van resultaten Middelburg

We kunnen constateren dat er in het preventieplan ingezet is op nieuwe interventies die zijn gericht zijn op de (risicofactoren bij) gezinnen waar kinderen opgroeien. In het domein Buurt wordt vooral ingezet op een betere binding met de buurt. Ook hier zien we dat het lastig is om overlap in de programma's aan te pakken en de programma's te stoppen. Veel gemakkelijker is het om nieuwe programma's in te zetten.

6.6 Resultaten Spijkenisse

Tabel 6.4a Overzicht Spijkenisse Experimentele wijk

	2008			2011			Verschil 2008 - 2011		Verschil in databank	
	NJI databank	% in databank		NJI databank	% in databank		%		%	
Gezin	14	7	50%	7	5	71%	-7	-50%	-2	-29%
School	5	0	0%	7	1	14%	2	40%	1	---
Jongeren	7	1	14%	6	4	67%	-1	-14%	3	300%
Buurt	3	0	0%	1	0	0%	-2	-67%	0	0%
Totaal	29	8	28%	21	10	48%	-8	-28%	2	25%

Tabel 6.4b Overzicht Spijkenisse Controlewijk

	2008			2011			Verschil 2008 - 2011		Verschil in databank	
	NJI databank	% in databank		NJI databank	% in databank		%		%	
Gezin	0	0	---	7	5	71%	7	---	5	---
School	1	0	0%	8	1	13%	7	700%	1	---
Jongeren	1	0	0%	6	4	67%	5	500%	4	---
Buurt	1	0	0%	1	0	0%	0	0%	0	0%
Totaal	3	0	0%	22	10	45%	19	633%	10	---

In de CtC-wijk in Spijkenisse worden in 2008 in totaal 29 interventies ingezet, dit daalt met 28% naar 21 interventies in 2011. Uit het overzicht is af te lezen dat er 7 interventies uit 2008 zijn gehandhaafd in 2011, 22 interventies zijn gestopt en 14 nieuwe interventies zijn gestart in de experimentele wijk. In de controlewijk zien we een heel andere verschuiving. Hier stijgt het aantal interventies met ruim 600%, namelijk van 3 interventies in 2008 naar 22 interventies in 2011. Het gaat om 22 nieuwe interventies, de 3 interventies uit 2008 zijn allen blijikbaar gestaakt.

Wanneer we het aanbod van programma's in de experimentele wijk vergelijken met die in de controlewijk, zien we dat in 2011 - op één interventie na die alleen in de controlewijk wordt aangeboden - het aanbod gelijk is.

In 2008 worden in de experimentele wijk de meeste interventies ingezet in het domein Gezin (14), op afstand gevolgd door Jongeren (7), School (5) en Buurt (3). In 2011 is het aantal interventies in drie domeinen ongeveer gelijk, namelijk 6 a 7, alleen het domein Buurt loopt sterk achter met maar 1 interventie. Terwijl de wijken in 2008 qua inzet nog sterk van elkaar verschillen, lijken beide wijken in 2011 sterk op elkaar, zoals al aan de orde kwam. Ook in de controlewijk worden op drie domeinen ongeveer evenveel interventies ingezet, en loopt het domein Buurt sterk achter.

In 2008 worden in de experimentele wijk 8 erkende interventies ingezet. Dit groeit met 25% naar 10 erkende interventies in 2011. Van de 14 nieuwe interventies in 2011 gaat het in 6 gevallen om een erkende interventie. In het domein Gezin worden overigens in 2011 minder erkende interventies ingezet dan in 2008. In de andere domeinen stijgt het aantal erkende interventies wel. In de controlewijk zijn er geen erkende interventies in 2008, dit worden er 10 in 2011. Het gaat om dezelfde (erkende) interventies als in de experimentele wijk.

Op basis van o.a. de scholierenenquête is in de experimentele wijk in Spijkenisse een viertal risicofactoren geprioriteerd, waarop in 2011 verschillende interventies werden ingezet: problemen met gezinsmanagement (8 interventies), ouders die probleemgedrag bevorderen door hun houding (3 interventies), omgang met vrienden die probleemgedrag vertonen (9 interventies) en weinig binding / gebrek aan organisatie in de wijk (1 interventie). Ook een tweetal beschermende factoren komen naar voren: sociale binding binnen gezinnen én mogelijkheden voor positieve betrokkenheid in de buurt, maar specifiek hierop zijn geen interventies ingezet. In de controlewijk is dit beeld in 2011 hetzelfde. Daar wordt 1 interventie meer ingezet op de risicofactor 'ouders die probleemgedrag bevorderen'.

In Spijkenisse is van een aantal interventies het bereik in 2011 bij ons bekend (zie bijlage). Het is echter onduidelijk of dit het bereik is van de interventies in heel Spijkenisse of in de betreffende wijk, want het opgegeven bereik is in beide wijken gelijk. In het domein Gezin lijkt er het meest zicht te zijn op het aantal bereikte gezinnen, en ook over interventies op scholen is iets bekend. Maar het algemene beeld is onvolledig en niet-eenduidig, dus we kunnen weinig zeggen over het bereik van de interventies in Spijkenisse.

Discussie naar aanleiding van resultaten Spijkenisse

Je kan constateren dat er de afgelopen drie jaar veel is gebeurd in beide wijken. Er zijn in de experimentele wijk veel interventies gestopt en veel nieuwe interventies ingezet specifiek gericht op de geselecteerde risicofactoren. Daarnaast zijn dezelfde interventies ingezet in de controlewijk. Een mogelijke verklaring voor dezelfde trend in de controlewijk en de experimentele wijk is dat er gekozen is voor een bredere invalshoek voor de aanpak van de problemen dan alleen preventie en alleen jeugd. Daardoor is de specifieke invalshoek van CtC losgelaten in 2011 en werken beide wijken met dezelfde wijkgerichte werkwijze waarmee men in de controlewijk al eerder was gestart.

6.7 Resultaten Zwijndrecht

Tabel 6.5a Overzicht Zwijndrecht Experimentele wijk

	2008	NJI databank	% in databank	2011	NJI databank	% in databank	Vershil 2008 - 2011	Vershil %	Vershil in databank	% verschil
Gezin	9	4	44%	10	4	40%	1	11%	0	0%
School	8	4	50%	12	7	58%	4	50%	3	75%
Jongeren	6	4	67%	7	5	71%	1	17%	1	25%
Buurt	2	0	0%	4	0	0%	2	100%	0	0%
Totaal	25	12	48%	33	16	48%	8	32%	4	33%

Tabel 6.5b Overzicht Zwijndrecht Controlewijk

	2008	NJI databank	% in databank	2011	NJI databank	% in databank	Vershil 2008 - 2011	Vershil %	Vershil in databank	% verschil
Gezin	9	4	44%	10	4	40%	1	11%	0	0%
School	9	4	44%	12	8	67%	3	33%	4	100%
Jongeren	6	5	83%	7	5	71%	1	17%	0	0%
Buurt	2	0	0%	3	0	0%	1	50%	0	0%
Totaal	26	13	50%	32	17	53%	6	23%	4	31%

In de experimentele wijk in Zwijndrecht worden in 2008 in totaal 25 interventies ingezet, dit stijgt met 32% naar 33 interventies in 2011. Uit het overzicht wordt duidelijk dat in de experimentele wijk alle 25 interventies uit 2008 zijn gehandhaafd in 2011 en dat er 8 nieuwe interventies zijn bijkomen. In de controlewijk stijgt het aantal interventies met 23%, namelijk van 26 in 2008 naar 32 interventies in 2011. Ook hier zijn alle 26 bestaande interventies uit 2008 gehandhaafd, en er zijn 6 nieuwe interventies bijkomen.

Kijken we naar de verschillen in programma's tussen de experimentele wijk en de controlewijk, zien we dat het aanbod in beide wijken in 2008 én in 2011 voor het overgrote deel hetzelfde is. Beide wijken lijken sterk op elkaar wat betreft aantal interventies en de gebieden waarop deze worden ingezet.

In het schema is verder te zien dat in de experimentele wijk in 2008 de meeste interventies worden ingezet in het domein Gezin (9), gevolgd door School (8), Jongeren (6) en Buurt (2). In 2011 worden de meeste interventies ingezet in het domein School (12), gevolgd door Gezin (10), Jongeren (7) en Buurt (4). In 2008 en 2011 is dit voor beide wijken ongeveer gelijk. In het domein School wordt er in de controlewijk 1 andere interventie ingezet dan in de experimentele. In het domein Buurt wordt in 2011 in de experimentele wijk 1 interventie meer ingezet.

In absolute aantallen zien we een groei van het aantal erkende interventies: in de experimentele wijk gaat het aantal erkende interventies van 12 in 2008 naar 16 in 2011, in de controlewijk van 13 naar

17. Zowel in 2008 als in 2011 is ongeveer 50% van de programma's sprake van een erkende interventie. In de experimentele wijk zijn 4 van de 8 nieuwe interventies in 2011 erkende interventies. In de controlewijk zijn dat er 4 van de 6. In 2011 worden in beide wijken de meeste erkende interventies ingezet in het domein School, gevolgd door Jongeren en Gezin.

Op basis van onder andere de resultaten van de scholierenenquête is in Zwijndrecht een aantal risicofactoren geprioriteerd: problemen met gezinsmanagement, gebrek aan binding met school, leerachterstanden, vroeg begin antisociaal gedrag, vroeg begin probleemgedrag, verkrijgbaarheid alcohol en drugs. Ook wordt ingezet op deze beschermende factoren: binding met school en positieve betrokkenheid wijk. De relatie met risicofactoren waarop wordt ingezet, is in beide wijken gelijk. Uit het overzicht blijkt dat het meest wordt ingezet op de risicofactor 'problemen met gezinsmanagement' (14x) gevolgd door 'vroeg en aanhoudend antisociaal gedrag'(9x). Op 'vroeg beginnend probleemgedrag' wordt 5x ingezet, 'bestrijden leerachterstand' en 'gebrek aan binding school' beide 4x. Op buurtniveau wordt ingezet op 'verkrijgbaarheid van drugs en alcohol' (in experimentele wijk 2x in controlewijk 1x). Dit betekent dat er op alle geprioriteerde risicofactoren interventies worden ingezet. Ten slotte wordt ook 1x ingezet op 'maatschappelijke normen die probleemgedrag bevorderen', een risicofactor die niet is geprioriteerd.

De bereikcijfers van de verschillende programma's blijken in de praktijk moeilijk te achterhalen, in ieder geval hebben wij hierover zeer beperkte informatie verkregen. We kunnen dus helaas weinig zeggen over het aantal bereikte jeugdigen, ouders of buurtgenoten in Zwijndrecht.

Discussie n.a.v. resultaten Zwijndrecht

Zowel in de experimentele wijk als in de controlewijk zien we een toename van het aantal interventies in 2011 ten opzichte van 2008. In beide wijken wordt een aantal nieuwe interventies ingezet, maar we zien ook dat alle interventies die in 2008 worden aangeboden, nog steeds worden aangeboden in 2011. Er lijkt dus nauwelijks sprake van stroomlijning of de-implementatie van aangeboden programma's. Het aanbod aan interventies is in de beide wijken vrij hoog, ook wanneer je dit vergelijkt met de andere steden.

Een belangrijke vraag is waarom beide wijken zo ontzettend op elkaar lijken. Het lijkt erop dat ook in de controlewijk is gestart met dezelfde programma's als in de experimentele wijk, waar men Communities that Care werkt. In 2011 is in beide wijken zo goed als hetzelfde aanbod.

In 2011 worden de meeste interventies ingezet in het domein School en Gezin. Dit zijn de domeinen van de geselecteerde risicofactoren. Er is in de keuze voor de programma's wel een prioritering ten aanzien van de risicofactoren gemaakt.

Werken met erkende interventies is een van de speerpunten van CtC. We zien inderdaad in beide wijken een toename van erkende interventies. Van de nieuw ingezette interventies in 2011 staan er 4 in de Databank. In de experimentele wijk zijn er dus ook 4 nieuwe niet-erkende interventies ingezet, in de controlewijk zijn dat er 2. Men kan de conclusie trekken dat mogelijk op de domeinen Jongeren en Buurt nog te weinig programma's in de databank zitten die ingezet kunnen worden. Een andere constatering die deze verklaring ondersteund is dat van de ingezette interventies veel interventies worden ingezet op de factor 'problemen met gezinsmanagement'. In de Databank is te zien er veel interventies bestaan die gericht zijn op deze factor.

We kunnen aan de hand van de beschikbare gegevens weinig zeggen over het bereik van de verschillende interventies. Het is onduidelijk of deze cijfers helemaal niet worden bijgehouden of dat het voor de projectleider moeilijk is om ze te verkrijgen. In de slotparagraaf komen we hier nog op terug.

6.8 Resultaten totaal

Het overzicht laat zien dat in de experimentele wijken het totaal aantal interventies van 90 in 2008 gestegen is naar 122 interventies in 2011, een toename van 32 (36%). In de controlewijken werden in 2008 beduidend minder interventies ingezet, namelijk 60. Hier zien we een stijging naar 101 interventies in 2011, een stijging van 68%. In de controlewijk lijkt een inhaalslag te worden gemaakt, hoewel het absolute aantal interventies ook in 2011 achterblijft op het aantal interventies in experimentele wijken.

Tabel 6.6a Overzicht aantal totaal aantal interventies 5 CtC-steden experimentele wijken

	2008	NJI databank	% in databank	2011	NJI databank	% in databank	Vershil 2008 - 2011	Vershil %	Vershil in databank	% verschil
Gezin	35	18	51%	48	28	58%	13	37%	10	56%
School	23	9	39%	31	14	45%	8	35%	5	56%
Jongeren	24	5	21%	29	12	41%	5	21%	7	140%
Buurt	8	0	0%	14	0	0%	6	75%	0	0%
Totaal	90	32	36%	122	54	44%	32	36%	22	69%

Tabel 6.6b Overzicht aantal totaal aantal interventies 5 CtC-steden controlewijken

	2008	NJI databank	% in databank	2011	NJI databank	% in databank	Vershil 2008 - 2011	Vershil %	Vershil in databank	% verschil
Gezin	14	6	43%	34	17	50%	20	143%	11	183%
School	15	4	27%	27	13	48%	12	80%	9	225%
Jongeren	22	7	32%	30	13	43%	8	36%	6	86%
Buurt	9	0	0%	10	0	0%	1	11%	0	0%
Totaal	60	17	28%	101	43	43%	41	68%	26	153%

Vershil Ex- perimenteel/ Controle	30	15	7%	21	11	2%	-9	-33%	-4	-84%
---	----	----	----	----	----	----	----	------	----	------

Wanneer we het aantal nieuwe, gehandhaafde en gestopte interventies in 2011 over de vijf wijken heen bekijken (door de aantallen bij elkaar op te tellen), zien we het volgende beeld. In de experimentele wijken zijn in 2011 - ten opzichte van 2008 - 56 nieuwe interventies ingezet, 66 interventies gehandhaafd en slechts 24 interventies gestaakt (met name in Spijkenisse). In 2011 zijn er in de controlewijken 51 nieuwe interventies, 50 interventies zijn gehandhaafd en slechts 10 interventies zijn gestaakt.

In de experimentele wijken worden zowel in 2008 als in 2011 de meeste interventies ingezet in het domein Gezin, gevolgd door Jongeren, School en Buurt. In alle domeinen is sprake van een groeiend aantal interventies, in het domein Buurt is deze groei het sterkst (75%). In de controlewijken zien we een ander patroon. In 2008 wordt nog het meest ingezet op het niveau van Jongeren (gevolgd door School, Gezin en Buurt), terwijl in 2011 de focus verschuift naar het niveau van Gezin (gevolgd door Jongeren, School en Buurt).

Wat betreft erkende interventies zien we in 2008 én in 2011 zowel in de experimentele wijk als in de controlewijk het grootste percentage erkende interventies in het domein Gezin, gevolgd door School en Jongeren. Op buurtniveau worden nog geen interventies ingezet die bekend zijn in de Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Wanneer we kijken naar het totale aantal interventies dat voorkomt in de NJI Databank, zien we het volgende patroon. In 2008 zijn in de CtC-wijken 32 van de 90 gebruikte programma's opgenomen in de Databank (36%), in 2011 stijgt dit naar 54 van de 122 programma's (44%). Ten aanzien van het aantal erkende programma's in 2008 is dit een stijging van 69%. In de experimentele wijken is op het niveau van jongeren de grootste procentuele toename van erkende interventies te zien, namelijk een toename van 140%. Wanneer we kijken naar de controlewijken, zien we dat in 2008 van 60 ingezette interventies er 17 zijn erkend in de Databank (28%). In 2011 zijn dit er 43 van de 101 (43%). Met een groei van 26 erkende interventies is dit een sterke procentuele groei, namelijk 153%. Wanneer we de experimentele wijken vergelijken met de controlewijken, zien we dat zowel absoluut als procentueel in de experimentele wijken meer erkende interventies worden ingezet, dat dit aantal in alle wijken groeit, maar dat de controlewijken wat lijken in te lopen op de experimentele wijken.

We kunnen constateren dat het aanbod van effectieve of waarschijnlijk effectieve interventies zeer beperkt is. Er zijn maar dertien programma's die in de twee categorieën vallen, waarbij er maar vier preventieprogramma's zijn. De andere programma's richten zich op een bepaalde problematiek zoals ADHD, depressieve klachten of gedragsproblematiek. Dit beperkt wel enorm de mogelijkheden om CtC uit te voeren als het gaat om de inzet van effectief bewezen programma's. Alleen het Programma Alternatieve Denkstrategieën wordt in een stad ingezet in het speciaal onderwijs om de sociaal emotionele ontwikkeling van kinderen te stimuleren. Alle andere programma's hebben betrekking op het niveau drie. Namelijk dat de interventies voldoen aan de criteria voor theoretisch onderbouwing, degelijkheid van de methodiek en toepasbaarheid van de methodiek. Er is echter nog geen onderzoek dat er sprake is van effectieve interventies.

6.9 Conclusie

We kunnen concluderen dat er meer programma's ingezet worden in de experimentele wijken dan in de controlewijken. Een andere conclusie is dat, gezien de achterstand op dit terrein, in de controlewijken de afgelopen drie jaar veel geïnvesteerd is. Hoewel in absolute aantal het aanbod van preventieprogramma's in de controlewijken achterblijft ten opzichte van de experimentele wijken, blijkt dat de toename van programma's hoger is in de controlewijken. Een mogelijke verklaring is dat de programma's die ingezet worden in het kader van CtC een breder gebied omvatten dan alleen de experimentele wijk. Mogelijk heeft men vanuit de visie dat er in de controlewijken een vergelijkbare (en soms zwaardere) problematiek geconstateerd wordt en men niet werkloos kan toekijken, in een tweetal gemeenten (Spijkenisse en Zwijndrecht) in de controlewijken precies hetzelfde aanbod ontwikkeld in

2011 als in de experimentele wijken. In Middelburg is uit de scholierenenquête gebleken dat de problematiek in de controlewijk eigenlijk groter was dan in de experimentele wijk, dus is men daar op CtC-achtige wijze het aanbod gaan inzetten en vergroten.

Van een stroomlijning van programma's - hetgeen af te lezen zou zijn aan een vermindering van het totale aantal ingezette interventies - lijkt over het totaal van de vijf wijken geen sprake te zijn. Dit zou ook kunnen duiden op dat, wanneer programma's eenmaal zijn ingezet, het in de praktijk moeilijk blijkt om deze weer af te bouwen en/of er mee te stoppen, zowel in de experimentele als in de controlewijken.

Een andere conclusie is dat hoewel er wel getracht wordt om meer effectieve of veelbelovende programma's in te zetten, deze tendens minder sterk is dan verwacht. De meeste interventies worden ingezet op het domein Gezin. In de Databank Effectieve Jeugdinterventies kan gezocht worden naar interventies geordend naar de domeinen en risicofactoren zoals deze bij CtC worden onderscheiden. Het lijkt erop dat de meeste van de erkende interventies in de Databank te vinden zijn onder het domein Gezin, wat zou verklaren waarom ook in de verschillende steden de meeste erkende interventies in dit domein geordend kunnen worden.

In het schema valt verder nog op dat er geen erkende interventies op buurtniveau worden ingezet. Een inventarisatie binnen de Databank laat zien dat er maar twee erkende interventies zijn die gericht zijn op het domein Buurt, namelijk 'Marokkaanse buurtvaders' en 'Armoede en gezondheid van kinderen'. Voor de meeste risicofactoren op buurtniveau (zoals verkrijgbaarheid van drugs / wapens of geweld in de media) zijn er dus überhaupt (nog) geen effectieve interventies.

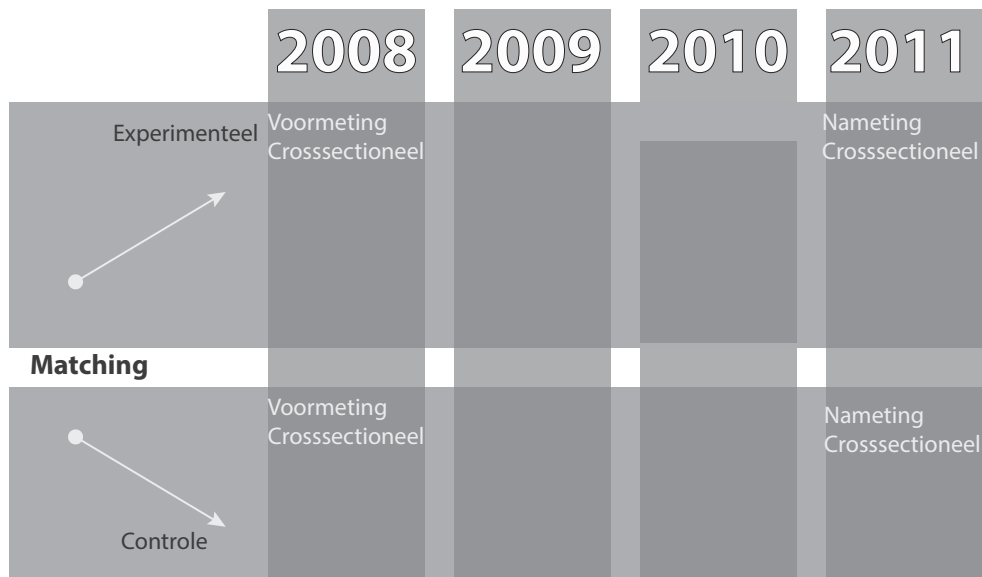
Zowel in de experimentele wijken als in de controlewijken zien we een sterke groei van het totale aantal erkende interventies. Voor de experimentele wijken is dit te verklaren uit het feit dat het inzetten op *evidence based* interventies onderdeel uitmaakt van de CtC-aanpak. Maar in Nederland is sowieso de tendens merkbaar dat er steeds meer gestuurd wordt op het inzetten van erkende programma's die vermeld staan op de NJI databank. Organisaties worden daar steeds meer op afgerekend. Dit kan ook de groei van het aantal erkende interventies in de controlewijken verklaren.

Een andere conclusie is dat de programma's die in de CtC-gebieden ingezet worden op de geselecteerde risico- en beschermende factoren. Dit betekent in de praktijk dat er op sommige risicofactoren minder programma's voorhanden zijn, met name als het gaat om de buurt. Het aanbod programma's dat onderzocht is op de effectiviteit in Nederland is zeer beperkt. Er worden in de praktijk dan ook alleen programma's ingezet die theoretisch goed onderbouwd zijn, maar waarvan de effectiviteit nog niet is aangetoond. Deze limitering van beschikbare programma's maakt dat de implementatie van CtC in Nederland niet uitgevoerd kan worden zoals bedoeld. Duidelijk is dat men meer gebruik maakt van de erkende programma's maar nog niet van bewezen effectieve programma's, omdat deze eigenlijk voor een wijkgerichte preventie op de geselecteerde risico- en beschermende factoren niet aanwezig is.

Ten slotte blijkt, evenals in de andere evaluatieonderzoeken naar CtC, dat er nauwelijks geregistreerd wordt hoe het bereik van de inzet van de programma's is. Er zijn nauwelijks gegevens voorhanden over hoeveel jongeren of ouders gebruik maken van deze programma's. Dit maakt het moeilijk om een inschatting te maken van de invloed die de inzet van CtC heeft.

7 *De impact van CtC (2008-2011) I: Resultaten van een voor- en nameting*

Cross sectioneel onderzoek



7.1 *Achtergrond*

Nederlandse jongeren behoren tot de jongeren in Europa die het meest drinken. Europa is het continent waar op zichzelf ook weer het meest wordt gedronken. We zien dat de leeftijden waarop jongeren met het gebruik van alcohol beginnen afnemen (afnemende initiatieleeftijden). We zien in Nederland ook dat de hoeveelheden van alcohol die worden gebruikt en ziekenhuisopnames voor alcoholvergiftiging toenemen. Ook dit zijn opvallende trends (Jonkman et al., 2012; Ministerie van VWS, 2007).

Bijna een vijfde deel van de Nederlandse jongeren op de middelbare scholen heeft gerookt gedurende de afgelopen maand. Meisjes net zo veel als jongens. Roken in Nederland is nog steeds één van de belangrijkste oorzaken van vroegtijdig overlijden (Trimbos, 2010). Het gebruik van softdrugs (hasj en marihuana) door jongeren stabiliseert de laatste jaren. Wanneer adolescenten 16 jaar zijn heeft bijna een derde van hen ooit softdrugs gebruikt; meer dan 55% één of twee keer per maand en 14%

meer dan 10 keer. Een klein aantal jongeren gebruikt één of meer harddrugs (zoals cocaïne, amfetamine, ecstasy) (Van Laar, 2009; Vandenbroucke, Steketeë & Jonkman, 2011).

Geweld, delinquentie en antisociaal gedrag van jongeren zijn belangrijke maatschappelijke probleemgedragingen. Geschat wordt dat 5-7% van de Nederlandse kinderen ernstige problemen laat zien en behoefte heeft aan professionele hulp (Loeber et al., 2008). In de groep van adolescenten zien we soortgelijke percentages (Junger-Tas et al., 2008; Farrington, 2003; Tracy et al., 2003). Jongens vertonen meer antisociale problemen dan meisjes. Migranten zijn oververtegenwoordigd in het rechtssysteem en de instellingen voor delinquenten.

Aan seksualiteit gerelateerd probleemgedrag kan ook deel uitmaken van de fase van adolescentie. Nederlandse jongeren hebben tegenwoordig niet alleen méér seksuele ervaringen, maar deze seksuele contacten vinden ook plaats op een jongere leeftijd. Jongeren tussen de 12 en 14 jaar lopen meer risico te worden overgehaald tot seksueel gedrag, vooral meisjes. Met grote regelmaat worden jongeren door media gebombardeerd met seksuele beelden, toespelingen en informatie. Risicogedrag kan eerder leiden tot tienerzwangerschappen, seksueel overdraagbare aandoeningen (zoals seksueel overdraagbare ziekten en HIV) en promiscue gedrag (Brugmans et al., 1995; De Graaf et al., 2005).

De kans op het ontwikkelen van een depressie neemt toe wanneer jongeren de fase van adolescentie bereiken. Depressie wordt gekenmerkt door een verandering van stemming over een langere periode van tijd en valt samen met een verlies aan interesse en plezier (Smit, 2006). Internationaal onderzoek toont aan dat vijf procent van de adolescenten een klinisch depressieve ervaring in een bepaald jaar heeft en 20% van de jongeren ervaart een dergelijke episode tijdens de adolescentie (IOM, 2009; Angold & Costello, 2001). Voor meisjes is de kans op het ervaren van een depressie tweemaal zo hoog als voor jongens. In Nederland ligt de prevalentie van depressieve stoornissen tussen 0,4-8,3% van de adolescenten in de leeftijd tussen 12 en 18, maar de prevalentie van een depressieve stemming onder jongeren is vele malen hoger (Trimbos-Instituut, 2009).

Probleemgedragingen onder jongeren kunnen op zich al een zorgwekkend fenomeen zijn, maar kunnen ook het begin zijn van een langer ontwikkelingstraject naar problemen en stoornissen die zich vastzetten. Het voorkomen van probleemgedrag is een belangrijke maatschappelijke en politieke doelstelling binnen de Nederlandse samenleving (Jonkman et al., 2008; Steketeë et al., 2008). Tegen deze achtergrond zijn sociale programma's die in een zo vroeg mogelijk stadium problemen aanpakken en voorkomen dat jongeren bergafwaarts gaan interessant en maatschappelijk van groot belang. Uit experimenteel onderzoek en vergelijkende evaluaties is gebleken dat een aantal programma's effectief zijn in preventie van probleemgedrag van kinderen en jongeren (Elliott, 1997; Weissberg & Kumpfer, 2003; Ince et al., 2005).

Communities that Care (CtC) is een preventiestrategie die is ontwikkeld in de Verenigde Staten in antwoord op de toegenomen problematische gedragingen en sociale uitval onder de jongeren en waarnaar veel onderzoek is gedaan (Hawkins et al., 2010; Hawkins, 2008; Brown et al., 2010; Feinberg et al., 2010). De strategie is ook over de jaren in andere landen uitgezet, zoals het Verenigd Koninkrijk (France et al., 2001), Australië en Canada. En, meer recent, in Duitsland, Kroatië, Cyprus en Columbia. De aanpak draait al enige jaren en is in Nederland verschillende keren onderzocht (DSP-Groep, 2004; Steketeë et al., 2007). Tot nu toe is de meeste aandacht uitgegaan naar het implementatieproces en de wijze waarop mensen de strategie ervaren (procesonderzoek). Het doel van de huidige studie is de effectiviteit van CtC vast te stellen binnen een quasi-experimenteel design. De effecten worden onderzocht met een cross-sectioneel onderzoek met een voor- en nameting en een vierjarig longitudinale studie. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de resultaten van het cross-sectionele onderzoek.

7.2 *Communities that Care*

De Communities that Care-aanpak is een wijkgerichte strategie om probleemgedrag van jongeren terug te dringen. Het systeem richt zich op het terugdringen van risicofactoren die in longitudinale studies en experimentele studies zijn vastgesteld en waarvan we weten dat ze de kans op verschillende probleemgedragingen verhogen (Oesterlee et al, 2012; IOM, 2009; Coie et al, 1993). Daarnaast richt de strategie zich ook op beschermende factoren die de kans op deze uitkomsten verminderen (Loeber et al, 2008; Catalano et al., 2008). Op basis van deze kennis wordt de prevalentie van problematisch gedrag, maar ook van de risico- en beschermende factoren in een gemeenschap (wijk) met betrekking tot het probleemgedrag vastgesteld en beschreven in een lokaal profiel. Met het lokale profiel van probleemgedrag kunnen gedragingen en onderliggende factoren worden geprioriteerd en worden keuzes gemaakt voor geteste en effectief preventieve interventies om de onderliggende factoren aan te pakken. Een bijbehorend implementatieproces is ontworpen waarmee communicatie, samenwerking en betrokkenheid onder professionals, dienstverleners en leden van de lokale gemeenschap wordt verhoogd. Tijdens dit implementatieproces krijgen de gemeenschappen technische bijstand en specifieke trainingen door gecertificeerde CTC-trainers. Hoewel het een gemeenschapsinterventie betreft waarbij verschillende partijen eigen verantwoordelijkheid dragen, is er één persoon (de lokale projectleider) die specifieke verantwoordelijkheden heeft tijdens de drie jaar van uitvoering. Na deze periode zal de gemeenschap sterk genoeg zijn om zonder ondersteuning te werken aan zijn eigen preventieve jeugdbeleid met behulp van het CtC-kader dat aan hen is overgedragen, althans dat is de bedoeling (zie Hoofdstuk 1).

7.3 *Doel*

Met het cross-sectionele onderzoek worden de langetermijneffecten van Communities that Care op het gedrag van jonge adolescenten (12-18 jaar) vastgesteld. Het doel van deze studie is het onderzoeken van de effecten en resultaten van de preventiestrategie CtC in Nederland met betrekking tot het terugdringen van problematisch gedrag van jongeren. In dit deel van de studie vergelijken we trends in prevalenties van probleemgedrag in de experimentele en controlewijken en onderzoeken we de gevolgen voor de gezondheid van jonge mensen met een voor en een nameting. Uitkomsten in het belang van deze studie zijn initiatie, de frequentie en de stabiliteit van alcoholgebruik, roken, drugsgebruik, antisociaal gedrag, seksualiteit gerelateerd probleemgedrag en depressie van jongeren tussen 12 en 18 jaar.

Omdat het hier gaat om een preventieonderzoek zijn we naast de primaire uitkomsten ook geïnteresseerd in de secundaire uitkomstmaten, die samenhangen met het ontstaan van probleemgedragingen. Daarvoor worden in experimentele en controlewijken trends van geprioriteerde risico- en beschermende factoren onderzocht in het gezin, de school, de vriendengroep en de wijk. Uitkomsten hiervan worden ook met een voor- en nameting vastgesteld.

7.4 Design

In dit deel van het onderzoek wordt het verschil in ontwikkeling van jongeren met een voor- en nameting vastgesteld. In dit deel van de studie wordt de ontwikkeling van jongeren van de interventie-conditie (CtC-communities) vergeleken met de controle-conditie (care as usual-communities) met een tussenperiode van drie jaar. In deze studie zijn vijf experimentele wijken gekoppeld aan vijf controle-wijken. Basisgegevens van de studie zijn met een voormeting in het eerste jaar (2008) vastgesteld. Daarvoor is gebruik gemaakt van de CtC-jongerenvragenlijst (Arthur et al., 2007; Jonkman et al., 2006). Drie jaar later is met dezelfde vragenlijst een nameting afgenomen (2011). In elk van deze jaren is steeds een representatieve groep van jongeren in de experimentele en controlebuurten onderzocht. In deze paragraaf gaan we nader in op het benodigde aantal respondenten, het toewijzen van condities, de manier van benaderen en de uiteindelijke respons. Daarnaast presenteren we de constructen die zijn gemeten. We sluiten af met een korte uiteenzetting van de analysemethoden die binnen dit onderzoek zijn gebruikt.

Poweranalyse

Voor aanvang van de dataverzameling is door middel van een zogenaamde poweranalyse de vereiste steekproefomvang vastgesteld die nodig is om effecten van bepaalde grootte te kunnen vinden in de verzamelde data. Hiervoor is gebruik gemaakt van de software G* Power (Faul et al., 2007). De poweranalyse werd uitgevoerd om na te gaan welke omvang de clusters vereisten qua aantal jongeren met een significantieniveau van 5% en een power van 0.80 om het interventie-effect vast te stellen. Om dit te bepalen werden de conventies voor een F-test in een variantie analyse aangehouden, waarbij een klein (0.10), een middelgroot (0.25) en een groot effect (0.40) zijn toegepast (Cohen, 1998). De vereiste steekproefgrootte werd gecorrigeerd voor het designeffect (Snijders en Bosker, 1999). Hierbij is uitgegaan van een intraklasse correlatiecoëfficiënt van 0.02, welke redelijk is wanneer onderzoek wordt uitgevoerd naar sociaal-emotionele problemen van jongeren in wijken/communities (Leventhal, 2000). Om kleine, middelgrote en grote interventie-effecten te detecteren zijn steekproef-omvangs van tenminste 1391, 142 en 54 nodig.

Respondenten

In 2008 gaven vijf Nederlandse steden aan met de CtC-interventie te willen gaan werken de komende jaren (zie Hoofdstuk 2). Ze waren alle vijf bereid om deel te nemen aan het experimentele onderzoek.

De vijf steden (Capelle aan den IJssel (66.159), Gouda (77.096), Middelburg (48.076), Spijkenisse (72.321) en Zwijndrecht (61.633, gegevens 2008) liggen in de provincies Zuid-Holland en Zeeland (Zuid-Westen van Nederland). De steden (zie Tabel 7.1) zijn allemaal middelgroot en hebben een gemiddelde bevolking van 65.057 inwoners. Het onderzoek richt zich uitsluitend op de jongeren in de leeftijdscategorie 12 tot 18 jaar. Het aantal jongeren dat in deze leeftijdsgroep valt ligt tussen 3.294 en 5.497 voor elk van deze vijf steden. De adolescenten die echter in aanmerking komen voor deze studie zijn die jongeren die in de experimentele en controlewijk binnen elke stad wonen. Het aantal adolescenten dat binnen de experimentele en controlewijk in aanmerking komt voor deelname ligt tussen 390 en 1.183 en tussen 505 en 764 respectievelijk. In totaal vallen 3956 jongeren binnen de experimentele conditie en 3204 binnen de controleconditie.

7.5 *Werving en behaalde respons*

Een deel van adolescenten die in de experimentele en controlewijken wonen werd benaderd voor deelname aan het cross-sectionele onderzoek, terwijl een ander deel gevraagd is mee te werken aan het longitudinale deel.

In 2008 en 2011 werden de cross-sectionele onderzoeken in de steden uitgezet. De jongeren werden op hun huisadres aangeschreven met de vraag om aan het onderzoek deel te nemen. De ouders kregen in de meeste steden een brief over het doel van het onderzoek. In de brief aan de jongeren werden de jongeren zelf geïnformeerd over het doel van het onderzoek en werd uitgelegd hoe ze konden deelnemen aan het onderzoek. Om de respons te verhogen maakten de jongeren - als ze vragenlijst volledig invulden - kans op verschillende prijzen. De prijzen werden door de stad beschikbaar gesteld. Om in te loggen moesten de jongeren gebruik maken van een persoonlijke inlogcode, die vermeld stond in de brief. Om de respons te verhogen ontvingen de jongeren een tweede en in de meeste steden ook nog een derde brief. Uiteindelijk was de deelname aan het onderzoek op vrijwillige basis. De jongeren konden gedurende een periode van zes weken een vragenlijst op internet invullen. De organisatie van de onderzoeken was in handen van de gemeenten en het Verwey-Jonker Instituut tezamen.

Nadat de deelnameperiode was afgesloten werden de data ingelezen en opgeschoond. Jongeren die de lijst niet volledig hadden ingevuld werden uit het bestand gehaald, net zoals jongeren die te jong (jonger dan 12 jaar) of te oud (18 jaar of ouder) waren. Op basis van het totale databestand konden er rapportages van de steden worden gemaakt (Roorda, 2008; Roorda & Aalst, 2008; GGD Zuidhollandse eilanden, 2009; Jonkman & Braam, 2009a, 2009b; Jonkman et al. a, b, c, d, e; 2012).

In Tabel 7.1 en 7.2 worden de aantallen jongeren per gemeente gepresenteerd die deelgenomen hebben aan het cross-sectionele onderzoek in 2008 en 2011. Het aantal jongeren dat heeft deelgenomen aan de onderzoeken in 2008 en 2011 heeft betrekking op het scholierenonderzoek dat is uitgezet over alle wijken binnen de steden. In de laatste twee kolommen wordt de respons gepresenteerd die behaald is in de experimentele en controlewijk. Tabel 7.1 laat zien dat het uiteindelijke responspercentage tussen de 30,8% en 39,2% ligt en dat meer jongeren binnen de experimentele wijken hebben deelgenomen dan binnen de controlewijken. In 2011 ligt de deelname lager met een respons tussen de 20,0% en 35,1% over gemeenten. Ook hier wordt zichtbaar dat er, met uitzondering van Spijkenisse, meer deelnemers zijn in de experimentele conditie dan in de controleconditie.

Tabel 7.1 Deelname per stad (2008)

Stad	Aantal jongeren 12 tot 18 jaar	Aantal jongeren deelgenomen	Percentage	Aantal wijken in stad	Min en max per wijk	Experimentele wijk	Controle wijk
Capelle aan den IJssel	4.820	1.522	31,6%	9	43-407	393	133
Gouda	5.497	1.971	35,9%	7	142-597	508	446
Middelburg	3.522	1.382	39,2%	9	31-247	247	222
Spijkenisse	5.436	1.671	30,8%	7	717-1112	195	228
Zwijndrecht	3.294	1.083	32,9%	7	97-261	120	117
Gemiddeld	4.514	1.526	33,8%	7,8	206-524,8	293	229

Tabel 7.2 Deelname per stad (2011)

Stad	Aantal jongeren 12 tot 18 jaar	Aantal jongeren deelgenomen	Percentage	Aantal wijken in stad	Min en max per wijk	Experimentele wijk	Controle wijk
Capelle aan den IJssel	4.731	1.326	28,0%	9	39 -342	365	164
Gouda	4.903	1.721	35,1%	11	21 -450	489	252
Middelburg	3.310	1.142	34,5%	11	23 - 162	253	165
Spijkenisse	4.980	995	20,0%	14	16 - 218	144	160
Zwijndrecht	2.423	550	22,7%	7	38 - 109	89	71
Gemiddeld	4.069	1.147	28,1%	10,4	27 - 256	268	162

7.6 Uitkomstmaten

Primaire uitkomsten. Alcoholgebruik en andere gedraguitkomsten worden beschouwd als de primaire uitkomsten. Regelmatig gebruik van alcohol wordt onderzocht door het alcohol gebruik 'van ooit' en het gebruik van de vorige maand vast te stellen. Ook is 'het aantal glazen afgelopen maand' onderzocht en het binge drinken (gebruik van vijf of meer glazen bij een gelegenheid in de afgelopen twee weken). Het roken van sigaretten, het gebruik van softdrugs (hasj, marihuana) en harddrugs (cocaine, heroïne, xtc, speed, amfetamines) onderzoeken we door te kijken naar het gebruik ooit en het gebruik gedurende de laatste maanden. Indien een jongen of meisje geen gebruik maakt van alcohol, sigaretten of welke vorm van drugs dan ook, worden ze geïdentificeerd als geheelonthouder. Delinquentie is onderzocht met vragen of de jongeren er zich het afgelopen jaar schuldig aan hebben gemaakt. Delinquentievragen bestaan uit vragen met betrekking tot geweld (het dragen van wapens, vechten, slaan en iemand bedreigen) en andere delinquentie-acties (zoals het beschadigen van eigendommen, politiecontacten, winkeldiefstal, diefstal op school, de verkoop van gestolen dingen). Seksualiteit gerelateerd probleemgedrag wordt gemeten door seksuele contacten (ja / nee), frequentie seksuele contacten en het gebruik van condooms. Depressie wordt onderzocht met vier items: het gevoel niets waard te zijn, je goed voelen in niets en verdrietig/depressief hebben gevoeld in het afgelopen jaar.

Secundaire uitkomsten. In deze studie worden risico- en beschermende factoren gezien als secundaire uitkomsten. Deze factoren wordt onderzocht met de constructen volgens Arthur et al. (Arthur et al., 2007; Arthur et al., 2002; Jonkman et al., 2006). Omdat niet alle schalen een even goede interne consistentie vertoonden in het Nederlands onderzoek, worden in dit onderzoek alleen de schalen met Cronbach's alpha coëfficiënten van ,60 en hoger gebruikt. Uiteindelijk maken we gebruik van vijftien risicofactoren (gemiddelde alpha = ,77) en acht beschermende factoren (gemiddelde alpha = ,72) in meerdere domeinen waarin jongeren opgroeien: gezin, school, vrienden en wijk.

Voor het meten van de omgeving van de *familie* maken we gebruik van vijf risicofactoren: *Geschiedenis van probleemgedrag* (4 items, alpha = ,86), *Problemen met familie management* (8 items, alpha = ,78), *Familie conflict* (3 items, alpha = ,74), *Positieve houding van ouders ten aanzien van druggebruik* (3 items, alpha = ,73) en *Positieve houding van ouders tegenover antisociaal gedrag* (3 items, alpha = ,80). Voor het meten van *school* gebruiken we: *Leerachterstanden* (2 items, alpha = ,60), *Gebrek aan binding met school* (6 items, alpha = ,73). Om de invloed van *vrienden* te meten maken we gebruik van de volgende risicofactoren: *Vervreemding en opstandigheid* (3 items, alpha = ,65), *Betrokkenheid bij jeugdbende* (1 item), *Vroeg begin antisociaal gedrag* (4 items,

alpha = 0,36), *Vroeg begin alcohol en drugsgebruik* (4 items, alpha = 0,54), *Positieve houding ten aanzien van drugsgebruik* (4 items, alpha = ,77) en *Positieve houding tegenover asociaal gedrag* (5 items, alpha = ,74). Voor het meten van de risicofactoren in de wijk maken we gebruik van vijf schalen: *Lage binding met de wijk* (3 items, alpha = ,85), *Hoge mate van desorganisatie in de wijk* (6 items, alpha = ,84), *Hoge mate van doorstroming* (1 item), *Verkrijgbaarheid van drugs en wapens* (2 items, alpha = ,93) en *Maatschappelijke normen die antisociaal gedrag bevorderen* (3 items, alpha = ,63).

Voor het meten van de bescherming in *de familie* maken we gebruik van drie beschermende factoren: *Hechtingssterkte in de familie* (6 items, alpha = ,73), *Mogelijkheden voor pro-sociale betrokkenheid* (3 items, alpha = ,73) en *Beloningen voor pro-sociale betrokkenheid* (2 items, alpha = ,83). Beschermende factoren in het domein *school* zijn: *Mogelijkheden voor pro-sociale betrokkenheid* (4 items, alpha = ,60) en *Beloningen voor pro-sociale betrokkenheid* (3 items, alpha = ,62). Voor het meten van *vrienden* konden we alleen gebruik maken van *Religie* (1 item). Voor het domein *wijk* maken we gebruik van: *Mogelijkheden voor pro-sociale betrokkenheid* (2 items, alpha = ,76) en *Beloningen voor pro-sociale betrokkenheid* (3 items, alpha = ,78).

In de analyse hebben we de nadruk gelegd op de risicofactoren en beschermende factoren die binnen de experimentele wijken van de vijf gemeenten zijn geprioriteerd.

Tabel 7.3 Geprioriteerde risico- en beschermende factoren per stad

Capelle aan den IJssel	Risicofactoren	Beschermende factoren
Familie	Problemen met gezinsmanagement Conflicten in het gezin	
School	-	
Vrienden	Vroeg begin van het antisociaal gedrag	
Wijk	Gebrek aan binding met de wijk Gebrek aan organisatie i/d wijk Hoge mate van doorstroming Verkrijgbaarheid van drugs en wapens Maatschappelijke normen die antisociaal gedrag bevorderen	Mogelijkheden voor positieve betrokkenheid met de wijk

Zwijndrecht	Risicofactoren	Beschermende factoren
Familie	Problemen met gezinsmanagement	
School	Gebrek aan binding Leerachterstanden	Binding met school
Vrienden	Vroeg begin antisociaal gedrag Vroeg begin alcohol en drugsgebruik	
Wijk	Verkrijgbaarheid van drugs en wapens	Mogelijkheden voor positieve betrokkenheid

Middelburg	Risicofactoren	Beschermende factoren
Familie	Ouders die probleemgedrag bevorderen door hun houding	
School	-	
Vrienden	Omgang met vrienden die probleemgedrag bevorderen	Gezonde opvattingen, duidelijke normen
Wijk		Mogelijkheden voor positieve betrokkenheid

Spijkenisse	Risicofactoren	Beschermende factoren
Familie	Problemen met gezinsmanagement Positieve houding van ouders tav antisociaal gedrag	Hechtingssterkte gezin
School	-	
Vrienden	Omgang met vrienden die probleemgedrag vertonen	
Wijk	Gebrek aan binding met de wijk Gebrek aan organisatie in de wijk	Mogelijkheden voor positieve betrokkenheid in de wijk

Gouda	Risicofactoren	Beschermende factoren
Familie	Problemen met gezinsmanagement	Hechtingssterkte gezin
School	-	
Vrienden	Omgang met vrienden die probleemgedrag bevorderen	Sociale vaardigheden
Wijk		Mogelijkheden voor positieve betrokkenheid

7.7 Analyse

In deze paragraaf worden de gebruikte methoden besproken. Er wordt begonnen met een uitleg over de *propensity score method en matching*. Deze technieken worden gebruikt om experimentele condities binnen een quasi-experimenteel design vergelijkbaar te maken op de voormeting. Vervolgens zal uiteen gezet worden hoe de effecten van de Communities that Care interventie vastgesteld zullen worden.

Propensity score methode

Het gebruik van een quasi-experimenteel design heeft tot gevolg dat de jongeren in de experimentele en controlewijken binnen elke stad op systematische wijze van elkaar kunnen verschillen op verschillende kenmerken. Als er geen rekening wordt gehouden met de kenmerken van de jongeren die bepalen of zij de experimentele conditie hebben gekregen en ook kunnen samenhangen met de uitkomstmaten, zogenaamde *confounding* variabelen, dan kan er vertekening in het interventie-effect ontstaan. Het verbeteren van de vergelijkbaarheid van beide groepen door matching van jongeren uit de experimentele en controleconditie kan echter problematisch zijn op het moment dat dit op vele

confounding variabelen moet plaatsvinden. Het wordt dan moeilijk om voor elke jongere in de CtC-wijken een geschikte match te vinden in de controlewijken. De propensity score methodologie (Rosenbaum & Rubin, 1983, 1984, Guo & Fraser, 2010; Morgan & Winship, 2007) kan dit echter vereenvoudigen. De propensity score is de conditionele kans om CtC te volgen gegeven de confounding variabelen. Het voordeel hiervan is dat jongeren uit beide condities alleen gematcht hoeven te worden op hun propensity score en niet op een aantal confounding variabelen. We matchen jongeren uit de experimentele en controleconditie die dezelfde kans hebben om aan de experimentele conditie toegewezen te worden en behouden alleen deze jongeren in onze studie. Op deze manier wordt de experimentele groep vergelijkbaar gemaakt met de controle groep op de geobserveerde variabelen in het propensity score model. Het doel van het matchen op de propensity score is het gelijktrekken van de experimentele en controlegroep op een aantal achtergrondkenmerken voordat CtC is ingevoerd. Door deze vergelijkbaarheid te vergroten, kan bij de nameting met meer zekerheid een interventie-effect aan CtC worden toegekend. Alhoewel hiermee getracht wordt een experimenteel design te benaderen, kan uiteindelijk niet uitgesloten worden dat de groepen toch nog verschillen op niet-geobserveerde variabelen.

Propensity scores worden doorgaans geschat door middel van een logistisch regressiemodel. Binnen dit model wordt de toegewezen conditie (experimenteel of controle) als afhankelijke variabele genomen. De variabelen waarvan verwacht wordt dat zij toewijzing aan de experimentele conditie bepalen worden als predictoren meegenomen in het model. De voorspelde waarden binnen dit model worden de propensity scores genoemd. Deze propensity scores kunnen vervolgens gebruikt worden om op te matchen. De propensity scores van de jongeren worden per stad geschat omdat deze jongeren later ook binnen de stad aan elkaar gematcht zullen worden. Dit betekent dat een logistische regressieanalyse is uitgevoerd voor elke stad afzonderlijk om de propensity scores te bepalen.

Binnen deze studie is een groot aantal achtergrondvariabelen gebruikt voor de samenstelling van de propensity score. Het zijn variabelen die samen kunnen hangen met verschillen in de te onderzoeken uitkomstmaten. Allereerst is gekeken naar de leeftijd (12-17 jaar) en het geslacht (jongen/meisje) van de jongeren in de experimentele en controlewijk. Vervolgens is gekeken naar een groot aantal variabelen die met etniciteit en migratie te maken hebben. Gekeken is waar de respondent is geboren (Nederland/buitenland), waar zijn/haar vader is geboren (Nederland/buitenland) en waar zijn/haar moeder is geboren (Nederland/buitenland). Ook hebben we gekeken naar de verdeling van respondenten over land van herkomst: Suriname (ja/nee), Nederlandse Antillen (ja/nee), Turkije (ja/nee), Marokko (ja/nee), Indonesië (ja/nee) en andere landen (ja/nee). Er is daarnaast bij de matching rekening gehouden met enkele familiekenmerken zoals broers zussen (ja/nee), twee oudergezin (ja/nee) en één-ouder gezin (ja/nee), met de Taalachtergrond anders van de respondent (Nederlands ja/nee) en met de vraag of vader werkt (ja/nee) en of moeder werkt (ja/nee). Tot slot is gekeken naar de onderwijsvorm waar de respondenten op zitten: Basisvorming - VO (ja/nee), vmbo (ja/nee), havo (ja/nee), vwo (ja/nee), mbo (ja/nee), Speciaal onderwijs onderwijs (ja/nee), hoger onderwijs universiteit/hbo (ja/nee) en andere vormen van onderwijs (ja/nee). Ook is er gecorrigeerd voor de stad waarin de respondent woont. Capelle aan den IJssel is daarbij als referentiestad genomen.

Matching

Doorgaans wordt de propensity score gebruikt voor matching en weging of deze wordt als covariaat in een regressiemodel meegenomen. In deze studie zullen we gebruik maken van propensity score matching (PSM) om uiteindelijk binnen steden vergelijkbare groepen jongeren te vormen. Door jongeren van experimentele en controlewijken met elkaar te matchen. Dit leidt tot het verminderen van

selectievertekening die het geschatte interventie-effect zouden kunnen beïnvloeden. Een bijkomend voordeel van het gebruik van vergelijkbare proefpersonen in beide condities is dat het interventie-effect niet wordt gebaseerd op extrapolatie buiten het overlappende deel van waarden op de propensity scores in de experimentele en controlegroepen. Dit wil zeggen dat als een jongere in de experimentele conditie een propensity score heeft die veel hoger is dan de hoogste propensity score in de controle groep, deze niet gematcht wordt. Er zijn verschillende matchingstechnieken ontwikkeld. In dit deel van de studie passen we twee technieken toe: *Nearest Neighbour matching* en *Full matching*.

Bij *Nearest Neighbour matching* wordt iedere jongere uit de experimentele conditie gematcht met een jongere uit de controle groep die de meest vergelijkbare propensity score heeft. Deze procedure wordt uitgevoerd voor elke persoon uit de experimentele groep. Een nadeel van de methode is dat als een persoon uit de controleconditie gematcht is, deze niet meer beschikbaar is als mogelijke match voor jongeren in de experimentele conditie die nog gematcht moeten worden. Dit kan leiden tot relatief onvergelijkbare matches in het verloop van de matchingsprocedure. Om hier toch een grens aan te stellen hebben wij vastgesteld dat de matches niet meer mogen afwijken op de propensity score dan 25 procent van de standaarddeviatie van de propensity score.

Bij *Full matching* kan een jongere uit de experimentele conditie gematcht worden aan meer dan één jongere uit de controle conditie. Maar het omgekeerde kan ook plaatsvinden. In die gevallen wordt er dan ook niet gesproken van gematchte paren, maar van gematchte sets. Dit is een zogenaamde optimale matchingstechniek; er wordt naar gestreefd om het verschil tussen de experimentele en controle conditie op de propensity score in de totale gematchte steekproef zo klein mogelijk te houden. Het matchingsalgoritme kent om die reden gewichten toe aan alle jongeren in de gematchte steekproef. Deze gewichten kunnen vervolgens toegepast worden in de data-analyse.

De matching van jongeren vindt plaats binnen de steden waarin zij woonachtig zijn. Dit betekent dat de jongeren die samengenomen worden in een gematcht paar beide in dezelfde plaats wonen. Door de woonplaats constant te houden, worden eventuele verschillen tussen de jongeren veroorzaakt door het feit dat zij in verschillende plaatsen wonen verwijderd.

Regressieanalyses

Na het voorbereiden van de data door middel van PSM zijn regressieanalyses uitgevoerd op de gematchte steekproeven. Losse analyses zijn uitgevoerd, waarbij telkens verschillende geprioriteerde risico- en beschermende factoren en probleemgedrag als uitkomstvariabele zijn genomen. Voor de risico- en beschermende factoren is gebruikt gemaakt van lineaire regressie omdat dit continue variabelen zijn. Voor de metingen van probleemgedrag is gewerkt met logistische regressie omdat dit binaire variabelen zijn (ze laten wel of geen probleemgedrag zien). De analyses zijn uitgevoerd voor zowel de gematchte steekproef die gevormd is door *Nearest Neighbour matching* als *Full matching*. De *Full matched* steekproef is geanalyseerd door middel van gewogen regressieanalyses.

In deze analyses is gecorrigeerd voor de afhankelijkheid van de observaties van jongeren binnen de stad door gebruik te maken van dummy variabelen, waarbij Capelle aan den IJssel telkens als referentiestad is meegenomen. Daarnaast is gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, etniciteit en de propensity score. Alhoewel door matching geprobeerd is deze variabelen te balanceren tussen de experimentele en controlegroepen per stad, is het niet onvoorstelbaar dat kleine verschillen nog steeds aanwezig zijn. Door in de regressiemodellen ook te controleren voor deze variabelen kunnen we voor deze kleine verschillen corrigeren.

Ook zijn dummy variabelen in het model opgenomen voor het jaar van afname (2008=0/2011=1) en conditie (controle=0/CtC=1) en een interactie tussen deze beide dummie variabelen. Door in de

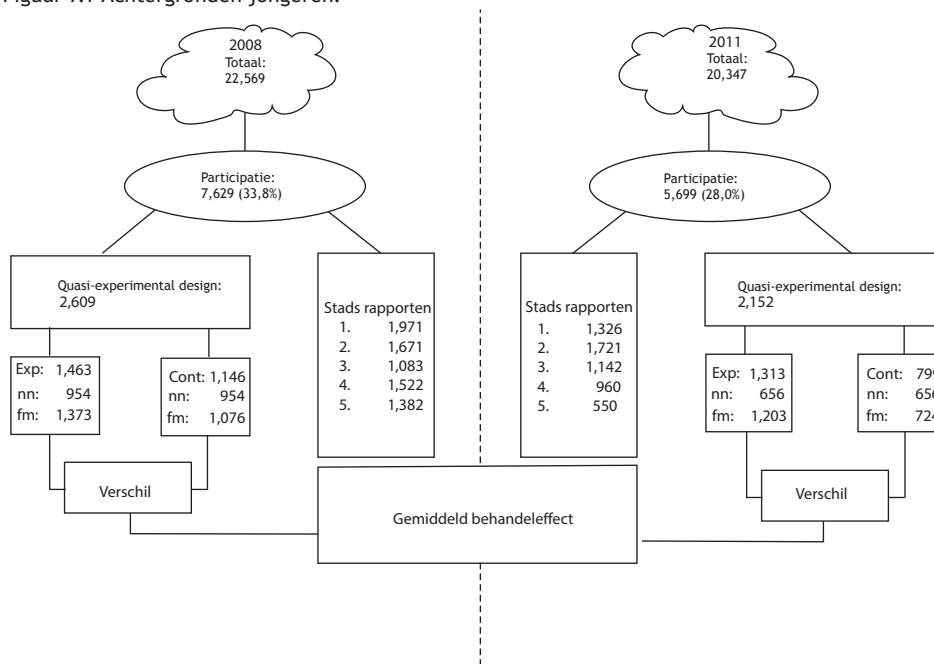
modellen te kijken naar het interactie-effect tussen de dummie variabelen ‘jaar van afname’ en ‘conditie’ kan worden vastgesteld of jongeren in de experimentele conditie in 2011 significant andere niveaus op de geprioriteerde risico- en beschermende factoren en probleemgedrag laten zien.

De analyses zijn voor alle steden samen en los per stad uitgevoerd. Aangezien de steden de programma’s hebben afgestemd op de door hun geselecteerde risico en beschermende factoren (althans dat geldt voor de experimentele wijken), wordt per stad gekeken in hoeverre de Communities that Care-strategie binnen die stad daadwerkelijk heeft geleid tot een verandering in de door hun geprioriteerde factoren.

Het uitvoeren van vele regressieanalyses verhoogt de kans op een type 1 fout: het vinden van een significant effect, terwijl dit er eigenlijk niet is. Om dit te voorkomen is een Bonferroni correctie toegepast (Miller, 1981), waarbij de alpha waarmee getoetst wordt is aangepast naar α/n , waarbij n het aantal toetsen is dat wordt uitgevoerd. Dit aantal toetsen n is gelijk genomen aan het aantal uitkomstvariabelen waarvoor een analyse is uitgevoerd.

7.8 Resultaten

Figuur 7.1 Achtergronden jongeren.



Kenmerken van de jongeren voor matching

Het onderzoek is in 2008 en 2011 onder een vergelijkbare groep jongeren afgenomen. Gemiddelde leeftijd van de jongeren die in 2008 aan het onderzoek hebben meegedaan is 14 jaar en 4 maanden. In 2011 zijn de jongeren gemiddeld iets ouder (14 jaar en 6 maanden). In het algemeen zijn er meer vragenlijsten door meisjes dan door jongens ingevuld (52% tegenover 48% in 2008 en 54% tegenover 46% drie jaar later). Ook hebben wij de verdeling van de jongeren over de verschillende etnische

groepen onderzocht. Er is gekeken naar zowel het geboorteland van de jongere als dat van de vader en de moeder. In 2008 is 5% van de jongeren niet in Nederland geboren (6% in 2011). Voor beide metingen geldt dat 20% van hun vaders en 20% van hun moeders elders is geboren. In totaal heeft in beide jaren (2008, 2011) 4% een Surinaamse achtergrond, 2% een Antilliaanse, 3% een Turkse in 2008 (2% in 2011), 4% een Marokkaanse in 2008 (3% in 2011) en in beide jaren heeft 2% van de jongeren een Indonesische achtergrond. Van alle jongeren in 2008 heeft 12% een andere etnische achtergrond en drie jaar later is dat 14,4%. Het merendeel van de jongeren groeit op in een gezin waar beide ouders aanwezig zijn (91% in 2008 en 90% in 2011). In 2008 groeit 4% van hen op in een Één-ouder gezin en dat is twee jaar later 2% hoger (6%). Ook hebben wij in het onderzoek geïnformeerd naar de taal die de jongeren thuis en met hun beste vrienden spreken. Wanneer jongeren thuis en met vrienden Nederlands spreken en wanneer de jongeren thuis Nederlands spreken en met vrienden een andere taal, is de Taalachtergrond anders Nederlands. De redenering is dat de jongeren vanaf vroege leeftijd regelmatig Nederlands hebben gesproken. Wanneer jongeren thuis en met vrienden een andere taal spreken, of thuis een andere taal en met vrienden Nederlands, hebben zij een andere Taalachtergrond anders dan de Nederlandse. In beide jaren heeft 93% van de jongeren een Nederlandse Taalachtergrond anders. 7% van de jongeren heeft een buitenlandse Taalachtergrond anders. Dan is er nog gekeken naar de arbeidssituatie van de ouders. Een ouder geldt als werkend wanneer deze een baan heeft, ongeacht het aantal uren per week. Bij deze definitie werkt 94% van de vaders in 2008 (93% in 2011), 78% van de moeders (in 2011 77%) en in 73% van de gevallen werken allebei de ouders (70% drie jaar later).

Tot slot is gekeken op welke onderwijsvormen de jongeren die aan ons onderzoek meedoen zitten. 5% zit op het basisonderwijs in 2008 (2% in 2011), 13% zit in beide jaren op de Basisvorming - VO, 26% (en 23% in 2011) op het vmbo, 17% op het havo in 2008 (20% in 2011), 24% op het vwo (27% in 2011), 8% op het mbo (10% in 2011). 2% zit op het speciaal onderwijs in en 1% op een vorm van hoger onderwijs (hbo of universiteit) in beide jaren. 4% zit op een andere vorm van onderwijs in 2008. Bij de nameting in 2011 is dat 3%.

Tabel 7.4 (Verschillen in achtergrondvariabelen voor de matching) geeft inzicht in de achtergronden van de jongeren in de controlewijken en experimentele wijken en de verschillen hiertussen van het onderzoek in 2008. Daarin staan de gemiddelden van iedere variabele met de standaardfouten tussen haken. We zien dat voor de matching de onbalans tussen de experimentele en controlewijk al vrij beperkt is. In 2008 zijn er tussen de controlewijk en experimentele wijk alleen significante verschillen tussen waar jongeren zelf geboren zijn (Geboorteland, $p=0,01$), waar hun vaders geboren zijn (Geboorteland vader, $p=0,00$) en waar hun moeders geboren zijn (Geboorteland moeder, $p=0,01$). In de controlewijk wonen meer jongeren met een andere dan de Nederlandse achtergrond. In de controlewijk wonen bijvoorbeeld meer Marokkaanse jongeren dan in de experimentele wijk ($p=0,01$). In de controlewijk wonen ook meer jongeren met een niet-Nederlandse Taalachtergrond anders ($p=0,03$). Er zijn ook verschillen tussen beide wijken met betrekking tot de werksituatie van de moeder ($p=0,002$)

en de vraag of beide partners werken ($p=0,005$). Maar in het algemeen zijn de verschillen tussen beide onderzoeksgroepen bij de voormeting zeer gering.

Tabel 7.4a Verschillen in achtergrondvariabelen voor de matching 2008

Kenmerken jongeren	Controlewijk Gemiddelde (standaardfout)	Experimentele wijk Gemiddelde (standaardfout)	T-toets	P-waarde
Geslacht	0,51 (0,01)	0,53 (0,01)	-1,171	0,24
Leeftijd	2,36 (0,05)	2,41 (0,04)	-0,768	0,44
Geboorteland	0,07 (0,01)	0,04 (0,01)	2,818	0,01**
Geboorteland vader	0,23 (0,01)	0,17 (0,01)	3,890	0,00***
Geboorteland moeder	0,23 (0,01)	0,19 (0,01)	2,720	0,01**
Surinaams	0,05 (0,01)	0,04 (0,01)	0,917	0,36
Antilliaans	0,02 (0,00)	0,02 (0,00)	0,114	0,91
Turks	0,03 (0,01)	0,03 (0,00)	1,109	0,27
Marokkaans	0,05 (0,01)	0,03 (0,00)	2,901	0,01**
Indonesisch	0,02 (0,00)	0,02 (0,00)	0,353	0,72
Anders allochtoon	0,13 (0,01)	0,11 (0,01)	1,863	0,06
Geen broers of zussen	0,93 (0,01)	0,92 (0,01)	0,467	0,64
Twee-ouder gezin	0,91 (0,01)	0,91 (0,01)	-0,542	0,59
Één-ouder gezin	0,05 (0,01)	0,04 (0,01)	0,965	0,34
Taalachtergrond anders	0,09 (0,01)	0,06 (0,01)	2,228	0,03*
Vader werkt	0,93 (0,01)	0,95 (0,01)	-1,902	0,06
Moeder werkt	0,75 (0,01)	0,80 (0,01)	-3,163	0,01**
Beide ouders werken	0,70 (0,01)	0,75 (0,01)	0,999	0,01**
Basisonderwijs	0,05 (0,01)	0,04 (0,01)	1,287	0,20
Basisvorming - VO	0,13 (0,01)	0,13 (0,01)	-0,718	0,47
VMBO	0,28 (0,01)	0,25 (0,01)	1,455	0,15
HAVO	0,15 (0,01)	0,17 (0,01)	-1,553	0,12
VWO	0,23 (0,01)	0,24 (0,01)	-0,360	0,72
MBO	0,08 (0,01)	0,09 (0,01)	-0,373	0,71
Speciaal onderwijs	0,03 (0,01)	0,02 (0,00)	1,89	0,06
HBO	0,01 (0,00)	0,02 (0,00)	-1,58	0,11
Ander onderwijs	0,04 (0,01)	0,04 (0,01)	0,102	0,92
Aantal	1463	1143		

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

Tabel 7.4b Verschillen in achtergrondvariabelen voor de matching 2011

Kenmerken jongeren	Controlewijk Gemiddelde (standaardfout)	Experimentele wijk Ge- middelde (standaardfout)	T-waarde	P-waarde
Geslacht	0,55 (0,02)	0,54 (0,01)	0,379	0,71
Leeftijd	2,54 (0,06)	2,59 (0,05)	-0,651	0,52
Geboorteland	0,08 (0,01)	0,05 (0,00)	2,373	0,02*
Geboorteland vader	0,23 (0,01)	0,19 (0,01)	2,09	0,04*
Geboorteland moeder	0,21 (0,01)	0,20 (0,01)	0,945	0,35
Surinaams	0,05 (0,00)	0,04 (0,00)	0,879	0,38
Antilliaans	0,03 (0,01)	0,02 (0,00)	1,458	0,15
Turks	0,02 (0,01)	0,02 (0,00)	-0,05	0,96
Marokkaans	0,03 (0,01)	0,03 (0,00)	-0,121	0,90
Indonesisch	0,01 (0,00)	0,01 (0,00)	-0,232	0,82
Anders allochtoon	0,16 (0,01)	0,14 (0,01)	1,177	0,24
Geen broers of zussen	0,91 (0,01)	0,92 (0,01)	-1,103	0,27
Twee-ouder gezin	0,88 (0,01)	0,91 (0,01)	-2,299	0,02
Één-ouder gezin	0,07 (0,01)	0,05 (0,01)	1,54	0,12
Taalachtergrond anders	0,08 (0,01)	0,06 (0,01)	1,09	0,28
Vader werkt	0,92 (0,01)	0,93 (0,01)	-1,083	0,28
Moeder werkt	0,74 (0,02)	0,79 (0,01)	-2,877	0,01**
Beide ouders werken	0,66 (0,02)	0,73 (0,01)	-3,446	0,01**
Basisonderwijs	0,02 (0,01)	0,02 (0,00)	-0,124	0,90
Basisvorming - VO	0,12 (0,01)	0,13 (0,01)	-1,216	0,22
VMBO	0,23 (0,01)	0,23 (0,01)	-0,049	0,96
HAVO	0,20 (0,01)	0,20 (0,01)	0,03	0,98
VWO	0,27 (0,02)	0,26 (0,01)	0,445	0,66
MBO	0,10 (0,01)	0,10 (0,01)	0,371	0,71
Speciaal onderwijs	0,02 (0,00)	0,02 (0,00)	0,285	0,78
HBO	0,01 (0,00)	0,01 (0,00)	-0,884	0,38
Ander onderwijs	0,03 (0,01)	0,03 (0,00)	0,524	0,60
Aantal	799	1313		

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

Kenmerken van de jongeren na matching

Na de PSM volgens de Nearest Neighbour en Full matching methode bekijken we in hoeverre de jongeren in de controle- en experimentele wijken van elkaar verschillen. Een aantal zaken vallen ons op na Nearest Neighbour matching in Tabel 7.5 (Achtergrondvariabelen in beide condities na Nearest Neighbour matching, met ook hier de gemiddelden en de standaardfouten tussen haakjes). Op geen van de variabelen, noch in de voormeting noch in de nameting, kan nu een significant verschil tussen de experimentele en controlewijk worden vastgesteld. De steekproeven van de experimentele en de controlewijken zijn nu in balans wat de achtergrondvariabelen betreft. Iets anders dat opvalt is dat de

totale onderzoeksgroep kleiner geworden is. In beide steekproeven (experimenteel en controle) van 2008 zitten nu 954 jongeren (1908 totaal). De onderzoeksgroep van 2011 omvat 656 jongeren in E en C (totaal 1312 jongeren). De afname van de omvang van beide steekproeven is de consequentie van het matchen: alleen vergelijkbare jongeren in beide condities zijn behouden voor verdere analyse. De totale steekproef voor de twee jaren is 3220 en dit is ruim voldoende om kleine effecten te kunnen vinden in de regressieanalyses.

Tabel 7.5a Achtergrondvariabelen in beide condities na Nearest Neighbour matching 2008

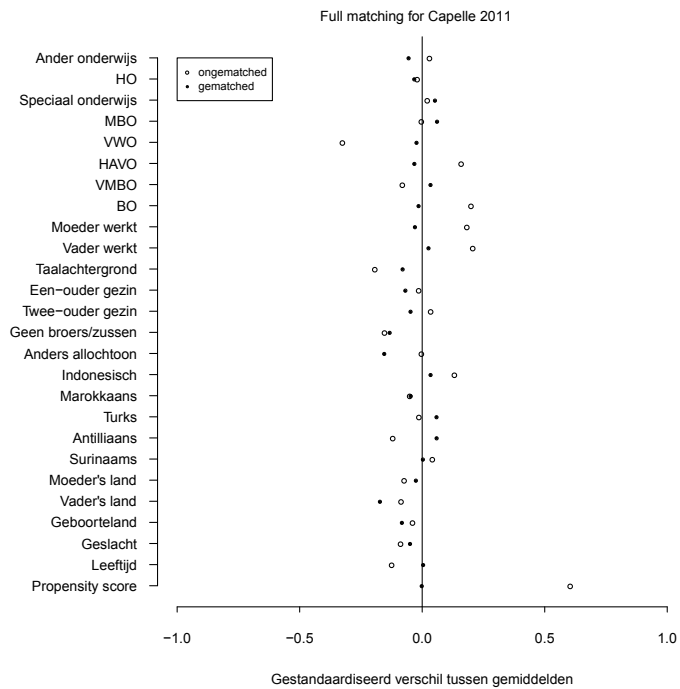
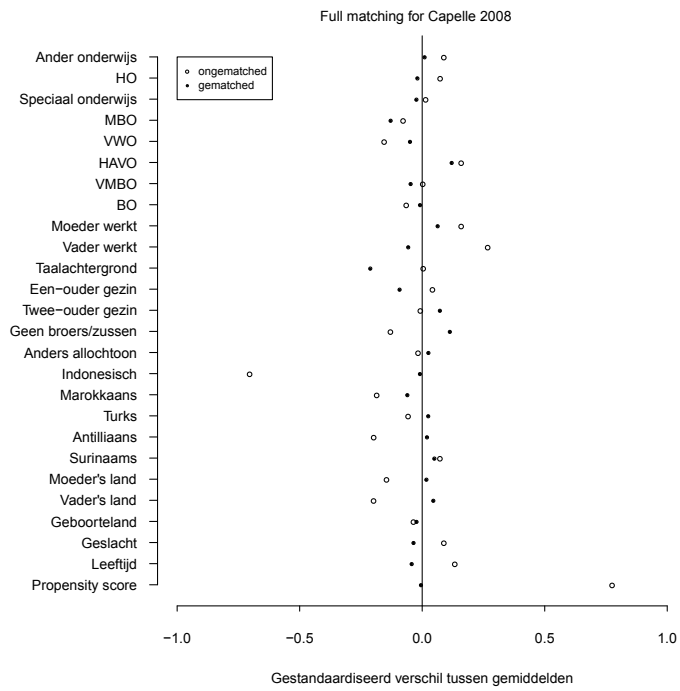
Kenmerken jongeren	Controlewijk Gemiddelde (standaardfout)	Experimentele wijk Gemiddelde (standaardfout)	T-waarde	P-waarde
Geslacht	0,52 (0,02)	0,51 (0,02)	0,412	0,68
Leeftijd	2,38 (0,05)	2,35 (0,05)	0,458	0,65
Geboorteland	0,04 (0,01)	0,04(0,01)	0,243	0,81
Geboorteland vader	0,18 (0,01)	0,16 (0,01)	1,154	0,25
Geboorteland moeder	0,18 (0,01)	0,17 (0,01)	0,964	0,34
Surinaams	0,02 (0,00)	0,01 (0,00)	0,581	0,56
Antilliaans	0,02 (0,00)	0,01 (0,00)	0,581	0,56
Turks	0,02 (0,00)	0,02 (0,00)	-0,305	0,76
Marokkaans	0,05 (0,01)	0,03 (0,01)	1,423	0,16
Indonesisch	0,01 (0,00)	0,01 (0,00)	0,449	0,65
Anders allochtoon	0,10 (0,01)	0,10 (0,01)	0,076	0,94
Geen broers of zussen	0,93 (0,01)	0,93 (0,01)	-0,09	0,93
Twee-ouder gezin	0,92 (0,01)	0,92 (0,01)	0,256	0,80
Één-ouder gezin	0,03 (0,01)	0,03 (0,01)	0,254	0,80
Taalachtergrond anders	0,07 (0,01)	0,05 (0,01)	1,15	0,25
Vader werkt	0,94 (0,01)	0,95 (0,01)	-0,888	0,38
Moeder werkt	0,78 (0,01)	0,79 (0,01)	-0,665	0,51
Beide ouders werken	0,75 (0,01)	0,75 (0,01)	-0,476	0,63
Basisonderwijs	0,04 (0,01)	0,05 (0,01)	-1,129	0,26
Basisvorming - VO	0,13 (0,01)	0,12 (0,01)	0,277	0,78
VMBO	0,27 (0,01)	0,24 (0,01)	1,263	0,21
HAVO	0,16 (0,01)	0,18 (0,01)	-1,154	0,25
VWO	0,25 (0,01)	0,25 (0,01)	-0,105	0,92
MBO	0,08 (0,01)	0,09 (0,01)	-0,487	0,63
Speciaal onderwijs	0,02 (0,00)	0,02 (0,00)	0,346	0,73
HBO	0,01 (0,00)	0,01 (0,00)	0,000	1,00
Ander onderwijs	0,04 (0,01)	0,03 (0,01)	0,721	0,47
Aantal	954	954		

* = $p < ,05$, ** = $p < ,01$, *** = $p < ,001$

Tabel 7.5b Achtergrondvariabelen in beide condities na Nearest Neighbour matching 2011

Kenmerken jongeren	Controlewijk Gemiddelde (standaardfout)	Experimentele wijk Gemiddelde (standaardfout)	T-toets	P-waarde
Geslacht	0,54 (0,02)	0,54 (0,02)	-0,055	0,96
Leeftijd	2,55 (0,06)	2,72 (0,06)	-1,993	0,05
Geboorteland	0,06 (0,01)	0,06 (0,01)	0,000	1,00
Geboorteland vader	0,17 (0,01)	0,18 (0,02)	-0,579	0,56
Geboorteland moeder	0,17 (0,01)	0,20 (0,01)	-1,704	0,09
Surinaams	0,04 (0,01)	0,05 (0,01)	-1,20	0,23
Antilliaans	0,02 (0,01)	0,02 (0,01)	0,412	0,68
Turks	0,01 (0,00)	0,02 (0,00)	-0,474	0,64
Marokkaans	0,02 (0,01)	0,03 (0,01)	-0,856	0,39
Indonesisch	0,01 (0,00)	0,01 (0,00)	-0,26	0,80
Anders allochtoon	0,13 (0,01)	0,14 (0,01)	-0,408	0,68
Geen broers of zussen	0,94 (0,01)	0,93 (0,01)	0,549	0,58
Twee-ouder gezin	0,91 (0,01)	0,91 (0,01)	-0,196	0,85
Één-ouder gezin	0,05 (0,01)	0,05 (0,01)	0,636	0,53
Taalachtergrond anders	0,06 (0,01)	0,06 (0,01)	0,000	1,00
Vader werkt	0,92 (0,01)	0,93 (0,01)	-0,21	0,83
Moeder werkt	0,75 (0,02)	0,75 (0,02)	0,255	0,80
Beide ouders werken	0,70 (0,02)	0,71 (0,02)	-0,303	0,76
Basisonderwijs	0,02 (0,00)	0,03 (0,01)	-1,848	0,07
Basisvorming - VO	0,13 (0,01)	0,12 (0,01)	0,277	0,78
VMBO	0,22 (0,02)	0,25 (0,01)	-1,56	0,12
HAVO	0,19 (0,02)	0,18 (0,01)	0,709	0,48
VWO	0,32 (0,02)	0,31 (0,02)	0,178	0,86
MBO	0,09 (0,01)	0,08 (0,01)	0,588	0,56
Speciaal onderwijs	0,02 (0,01)	0,02 (0,01)	0,00	1,00
HBO	0,01 (0,00)	0,01 (0,00)	0,00	1,00
Ander onderwijs	0,03 (0,01)	0,03 (0,01)	0,338	0,74
Aantal	656	656		

Figuur 7.2 Visualisatie matchingstechniek.



Voorgaande Figuur 7.2 (Visualisatie matchingstechniek) maakt mogelijk beter duidelijk wat er met de toepassing van de Nearest Neighbour matchingstechniek is gebeurd binnen iedere stad. Voor de duidelijkheid laten we hier alleen het resultaat van een van de vijf steden zien. Een dergelijk figuur zou voor iedere stad gemaakt kunnen worden. Binnen het figuur zijn de verschillen binnen Capelle aan den IJssel voor en na de matching goed zichtbaar. Links zijn de gevolgen voor de meting van 2008 weergegeven en rechts zijn de resultaten voor de meting in 2011 zichtbaar. Binnen elke meting is voor iedere jongere uit de experimentele wijk een jongere binnen de controlewijk gezocht die qua propensity score (functie van achtergrondvariabelen) vergelijkbaar is. We zien dat voor de meeste variabelen (zie y-as) de verschillen na de procedure zijn afgenomen. Voor enkele variabelen is het verschil toegenomen, wat kan voorkomen omdat men op een functie van de achtergrondvariabelen matcht. Het verschil in de gemiddelden voor de propensity score is na de matching echter tot een minimum teruggebracht. Op deze manier zorgen we ervoor dat de samenstelling van de experimentele en controlegroep vergelijkbaar is op de achtergrondkenmerken en dat verschillen tussen beide groepen in de uitkomstmaten (primaire uitkomstmaten en secundaire uitkomstmaten) met grotere waarschijnlijkheid toe te schrijven zijn aan de effecten van de CtC interventie in de experimentele wijken.

Op vergelijkbare wijze zijn beschrijvende statistieken en figuren gemaakt voor de steekproef die door de Full matching techniek is geformeerd (niet weergegeven). Uit deze beschrijvende analyse werd duidelijk dat de gemiddelden voor de achtergrondvariabelen in beide condities nog net iets vergelijkbaarder zijn geworden na deze vorm van matching dan bij het gebruik van Nearest Neighbour matching. Een groot voordeel van de Full matching is dat het mogelijk is om meer jongeren te behouden voor de analyse waarin het interventie effect van CtC wordt geschat. Voor de meting van 2008 konden 1374 jongeren in de experimentele groep en 1076 jongeren in de controle groep worden behouden (2577 in totaal). In 2011 waren dit 1203 en 724 voor de controle en experimentele groep, respectievelijk (1800 in totaal).

Effectschattingen

In deze paragraaf presenteren wij de resultaten van de regressieanalyses waarbij gebruik is gemaakt van de steekproeven die door beide matchingsmethoden zijn geformeerd. De analyses zijn voor beide steekproeven uitgevoerd en wij tonen ook beide resultaten. In de presentatie van de effectschattingen voor CtC maken we onderscheid tussen de analyses waarbij de risicofactoren, de beschermende factoren en het probleemgedrag als uitkomstvariabelen worden genomen.

Wij hebben deze analyse over alle steden heen uitgevoerd, maar ook per stad. Aangezien elke stad een eigen keuze van geprioriteerde factoren heeft gemaakt, richten we ons vooral op de analyse per stad. Om de overzichtelijkheid te bewaren worden in de tabellen slechts de effectschattingen voor CtC met bijbehorende standaardfout per uitkomstvariabele gepresenteerd. De geprioriteerde risico- en beschermende factoren zijn per stad vetgedrukt, zodat deze resultaten meer in het oog springen. Wij richten ons in de beschrijving alleen op de per stad gekozen factoren en op de resultaten van de analyses over alle steden heen.

Risicofactoren

In de Tabellen 7.6 en 7.7 staan de resultaten van de analyse voor de hele steekproef en de vijf afzonderlijk gepaarde wijken. Eerst hebben wij gekeken naar de resultaten op de risicofactoren die door de experimentele wijken zijn geprioriteerd. Voor geen van de geprioriteerde risicofactoren vinden we een significant effect van CtC en dit verschilt niet voor beide steekproeven (NN-Tabel 7.6 en FM-Tabel 7.7). De regressiecoëfficiënten zijn klein en hebben wisselend een positieve en negatieve richting. Dit is niet

overeenkomstig de verwachting dat alleen negatieve regressiecoëfficiënten van de risicofactoren gevonden zouden worden, dat duidt namelijk op een afname. De resultaten verschillen tussen de analyses van de twee steekproeven, maar niet met een duidelijk patroon. Wij zien geen verschillen op de drie risicofactoren in het gezin (*Problemen met gezinsmanagement, Conflicten in het gezin, Positieve houding van ouders ten aanzien van antisociaal gedrag*). Op geen enkele risicofactor binnen het domein school zien we een verschil (*Leerachterstanden, Gebrek aan binding met school-*), noch op een van de risicofactoren in het domein vrienden (*Vroeg begin van het antisociaal gedrag-, Vroeg begin van alcohol en drugsgebruik-, Omgang met vrienden die probleemgedrag bevorderen*). Tot slot zien we op geen van de vijf risicofactoren binnen het domein wijk enig significant verschil (*Gebrek aan binding met de wijk-, Gebrek aan organisatie in de wijk-, Hoge mate van doorstroming-, Verkrijgbaarheid van drugs en wapens- en Maatschappelijke normen die antisociaal gedrag bevorderen*).

Tabel 7.6 Effect van CTC op gekozen risicofactoren (steekproef Nearest Neighbour matching)

	Hele steek- proef	Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht
	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)
Problemen met gezinsmanagement	0,011 (,033)	0,037 (,079)	-0,045 (,051)	0,023 (,078)	0,024 (,082)	0,130 (,129)
Conflicten in het gezin	-0,062 (,044)	-0,054 (,105)	-0,035 (,070)	-0,199 (,100)	-0,112 (,120)	0,087 (,151)
Ouders die probleemgedrag bevorderen door hun houding	-0,016 (,026)	-0,052 (,072)	0,101 (,125)	-0,076 (,059)	0,002 (,068)	0,027 (,079)
Vroeg begin van het antisociaal gedrag	0,022 (,082)	0,084 (,213)	0,017 (,039)	-0,256 (,189)	0,168 (,216)	0,103 (,285)
Vroeg begin alcohol en drugsgebruik	-0,074 (,081)	-0,078 (,212)	-0,047 (,120)	-0,001 (,184)	-0,313 (,216)	0,213 (,322)
Omgang met vrienden die probleemgedrag bevorderen	0,008 (,031)	0,095 (,082)	-0,009 (,043)	,005 (,062)	0,084 (,101)	-0,126 (,112)
Gebrek aan binding met de wijk	-0,055 (,053)	-0,275 (,130)	0,119 (,079)	-0,085 (,124)	0,018 (,144)	-0,232 (,185)
Gebrek aan organisatie in de wijk	-0,025 (,040)	-0,068 (,096)	0,090 (,058)	-0,218 (,096)	0,154 (,109)	-0,147 (,125)
Hoge mate van doorstroming	-0,005 (,031)	-0,075 (,079)	-0,062 (,046)	0,102 (,071)	0,053 (,083)	0,080 (,105)
Verkrijgbaarheid van drugs en wapens	-0,012 (,106)	-0,182 (,277)	0,242 (,155)	-0,241 (,229)	0,050 (,327)	-0,137 (,337)
Maatschappelijke normen die antisociaal gedrag bevorderen	-0,006 (,041)	-0,089 (,098)	0,045 (,063)	-0,157 (,090)	-0,006 (,113)	0,221 (,147)
Leerachterstanden	0,029 (,039)	0,061 (,092)	0,073 (,063)	-0,083 (,080)	0,058 (,105)	0,103 (,150)
Gebrek aan binding	0,004 (,033)	,007 (,080)	0,000 (,054)	-0,051 (,075)	0,008 (,093)	0,132 (,112)

* = $p < ,05/13$

b = regressiecoëfficiënt

s.f. = standaardfout

Tabel 7.7 Effect van CTC op gekozen risicofactoren (steekproef Full matching)

	Hele steek- proef	Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht
	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)
Problemen met gezins- management	0,056 (,028)*	0,181 (,065)	-0,007 (,046)	0,087 (,066)	0,065 (,072)	0,122 (,113)
Conflicten in het gezin	-0,003 (,038)	-0,111 (,086)	0,003 (,064)	-0,007 (,086)	-0,010 (,104)	0,248 (,139)
Ouders die prob- leemgedrag bev- orderen door hun houding	-0,002 (,023)	0,032 (,059)	0,058 (,036)	-0,124 (,055)	0,037 (,057)	0,005 (,069)
Vroeg begin van het antisociaal gedrag	0,065 (,070)	0,385 (,168)	0,143 (,109)	-0,340 (,164)	0,196 (,193)	0,114 (,252)
Vroeg begin alcohol en drugsgebruik	-0,004 (,070)	0,401 (,171)	-0,056 (,107)	-0,146 (,160)	-0,304 (,184)	0,491 (,278)
Omgang met vrienden die probleemgedrag bevorderen	0,046 (,026)	0,140 (,062)	-0,007 (,036)	0,081 (,055)	0,107 (,094)	-0,068 (,094)
Gebrek aan binding met de wijk	0,018 (,046)	0,018 (,106)	0,118 (,071)	0,051 (,100)	0,034 (,128)	-0,190 (,174)
Gebrek aan organisatie in de wijk	0,038 (,035)	0,025 (,078)	0,127 (,052)	-0,121 (,080)	0,241 (,099)*	-0,134 (,112)
Hoge mate van door- stroming	0,020 (,027)	0,059 (,067)	-0,063 (,040)	0,100 (,060)	0,040 (,072)	-0,028 (,094)
Verkrijgbaarheid van drugs en wapens	0,007 (,094)	-0,128 (,233)	0,261 (,142)	-0,161 (,203)	0,183 (,286)	0,059 (,308)
Maatschappelijke normen die antisociaal gedrag bevorderen	0,016 (,036)	-0,031 (,082)	0,034 (,057)	-0,083 (,076)	0,024 (,100)	0,284 (,132)
Leerachterstanden	0,020 (,022)	0,184 (,075)	0,078 (,035)	-0,118 (,071)	-0,104 (,091)	0,196 (,127)
Gebrek aan binding	0,013 (,029)	0,047 (,065)	0,048 (,049)	-0,022 (,063)	0,009 (,081)	0,034 (,105)

* = $p < ,05/13$

b = regressiecoëfficiënt

s.f. = standaardfout

Beschermende factoren

Dezelfde analyses hebben we uitgevoerd om te onderzoeken of er een effect is van CtC op de geprioriteerde beschermende factoren per stad. De verwachting hierbij is dat CtC bijdraagt aan de versterking van deze factoren. Een positieve invloed van het programma op de beschermende factoren ligt dan ook voor de hand. In de Tabellen 7.8 (Effect van CtC op gekozen beschermende factoren via NN) en 7.9 (Effect van CTC op gekozen beschermende factoren via FM) zijn de regressiecoëfficiënten die het interventie-effect representeren weergegeven voor beide steekproeven. Ook hier is hetzelfde beeld te zien: er worden geen significante effecten gevonden (met uitzondering van Hechtingssterkte gezin in Capelle aan den IJssel in de full match steekproef). Daarnaast worden zowel positieve als negatieve regressiecoëfficiënten gevonden en over het algemeen lijken deze richtingen te verschillen voor de

beschermende factoren voor beide steekproeven. Het effect van CtC op sociale vaardigheden bleek niet te schatten in de regressieanalyse die wij uitvoerden op de Nearest Neighbour steekproef.

Tabel 7.8 Effect van CTC op gekozen beschermende factoren via NN

	Hele steek- proef	Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht
	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)
Mogelijkheden voor positieve betrokken- heid	0,008 (,049)	0,197 (,117)	-0,039 (,079)	-0,082 (,109)	0,046 (,124)	-0,002 (,178)
Hechtingssterkte gezin	-0,016 (,036)	-0,095 (,092)	0,003 (,049)	-0,002 (,089)	-0,006 (,108)	-0,003 (,139)
Gezonde opvattingen, duidelijke normen	0,004 (,032)	-0,061 (,078)	0,056 (,052)	-0,036 (,070)	0,055 (,083)	-0,078 (,121)
Sociale vaardigheden	-0,025 (,030)	-0,079 (,072)	0,008 (,044)	-0,052 (,070)		0,083 (,058)
Binding met school	-0,026 (,035)	-0,141 (,087)	-0,053 (,055)	0,122 (,080)	0,087 (,089)	-0,156 (,129)

* = $p < ,05/5$

b = regressiecoëfficiënt

s.f. = standaardfout

Tabel 7.9 Effect van CTC op gekozen beschermende factoren via FM

	Hele steek- proef	Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht
	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)
Mogelijkheden voor posi- tieve betrokkenheid	0,016 (,042)	-0,079 (,097)	0,050 (,071)	-0,041 (,092)	0,154 (,107)	-0,044 (,156)
Hechtingssterkte gezin	-0,060 (,032)	-0,225 (,077)*	-0,081 (,046)	-0,055 (,077)	-0,022 (,092)	0,049 (,127)
Gezonde opvattingen, duidelijke normen	0,003 (,028)	-0,077 (,064)	0,027 (,047)	0,056 (,059)	0,009 (,073)	-0,030 (,102)
Sociale vaardigheden	0,008 (,026)	-0,041 (,062)	0,049 (,038)	-0,004 (,060)		-0,151 (,081)
Binding met school	-0,006 (,031)	-0,128 (,073)	0,026 (,051)	0,041 (,068)	0,078 (,083)	-0,093 (,113)

* = $p < ,05/5$

b = regressiecoëfficiënt

s.f. = standaardfout

Probleemgedragingen

In dit onderzoek is het uiteindelijk van belang om te weten of probleemgedrag van jongeren afneemt wanneer zij opgroeien in wijken waar met CtC wordt gewerkt. In de Tabellen 7.10 (Effect van CtC op probleemgedrag via NN) en 7.11 (Effect van CtC op probleemgedrag via FM) worden de effecten van CtC op verschillende vormen van probleemgedrag gepresenteerd. Niet voor alle steden bleek het

mogelijk om het effect van CtC op alle probleemgedragingen te analyseren; in sommige steden waren niet voldoende jongeren geobserveerd die het probleemgedrag vertoonden om een effect van CtC te kunnen schatten binnen een logistisch regressiemodel. Sommige van deze probleemgedragingen zijn relatief zeldzaam in deze onderzochte leeftijdscategorie (bijvoorbeeld ‘Hash laatste maand’ en ‘Harddrugs ooit’), waardoor een statistische analyse per stad geen betrouwbare resultaten oplevert. Om deze reden zijn bepaalde cellen in onderstaande tabellen leeg gelaten. Ook hier worden geen significante effecten gevonden van CtC, al blijkt dat de regressiecoëfficiënten voor ‘vaak drinken’ en ‘binge drinken’ relatief groot voor Capelle aan den IJssel en Gouda in de door Nearest Neighbour matching geformuleerde steekproef. Deze grootte vinden we niet terug in de analyse die gebaseerd is op de Full matched steekproef. Daarnaast valt op dat in de analyses van de full matched steekproef, relatief grote positieve regressiecoëfficiënten worden gevonden voor ‘vaak drinken’ en ‘binge drinken’ in Spijkenisse.

Tabel 7.10 Effect van CTC op probleemgedrag via NN

	Hele steek- proef	Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht
	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)
Alcohol ooit	-0,132 (,174)	0,259 (,415)	-0,446 (,287)	0,285 (,436)	-0,414 (,466)	0,390 (,577)
Alcohol laatste maand	-0,755 (0,607)	-2,386 (1,450)	-1,108 (1,458)		,542 (1,232)	
Binge drinken	-0,162 (0,517)	-0,138 (1,143)	-1,763 (1,354)	0,683 (1,420)		-2,002 (1,399)
Roken laatste maand	-0,512 (,578)	0,641 (1,015)	0,018 (,856)		-1,588 (1,067)	
Hash laatste maand	-0,021 (1,194)					
Harddrugs ooit	0,240 (1,249)					0,000 (,025)
Antisociaal	0,184 (,358)	1,197 (,803)	0,076 (,754)	0,209 (,817)	-0,740 (1,038)	0,076 (1,021)
Depressief	-0,091 (,193)	0,064 (,462)	-0,426 (,330)	-0,156 (,461)	0,177 (0,434)	0,502 (,715)

* = $p < ,05/8$

b = regressiecoëfficiënt

s.f. = standaardfout

Tabel 7.11 Effect van CTC op probleemgedrag via FM

	Hele steek- proef	Capelle a/d IJssel	Gouda	Middelburg	Spijkensisse	Zwijndrecht
	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)
Alcohol ooit	-0,109 (,154)	0,498 (,360)	-0,488 (,257)	-0,149 (,379)	-0,389 (,425)	1,650 (,543)
Alcohol laatste maand	0,900 (,553)	-0,617 (1,293)	0,349 (1,621)		3,050 (1,327)	
Binge drinken	0,327 (,450)	0,628 (,933)	-0,995 (,938)	0,796 (2,297)	2,313 (1,162)	-2,195 (1,304)
Roken laatste maand	-0,642 (,597)	0,758 (,942)	1,193 (,968)		-2,058 (1,047)	0,275 (1,294)
Hash laatste maand	0,111 (1,051)	0,635 (1,613)			1,918 (1,832)	
Harddrugs ooit	0,818 (1,271)					-0,016 (,023)
Delinquentie	0,471 (0,136)	0,987 (,672)	0,317 (,733)	0,774 (,775)	1,016 (1,066)	0,640 (,836)
Depressief	0,083 (,165)	0,553 (,385)	0,003 (,294)	-0,598 (,383)	0,161 (,376)	1,160 (,721)

* = $p < ,05/8$

b = regressiecoëfficiënt

s.f. = standaardfout

7.9 Discussie

Community interventies die er op gericht zijn om problemen aan te pakken en of het welzijn en de gezonde ontwikkeling te versterken worden vaak uitgevoerd. Ook in Nederland. Hier worden resultaten van verwacht. Maar deze programma's, projecten of interventies worden in ons land zelden onderzocht op communautair niveau. Ons studieontwerp is zo opgezet dat ook daadwerkelijk kan worden vastgesteld of de doelstellingen van het programma worden bereikt. We onderzochten in de effecten op de ontwikkeling van adolescenten.

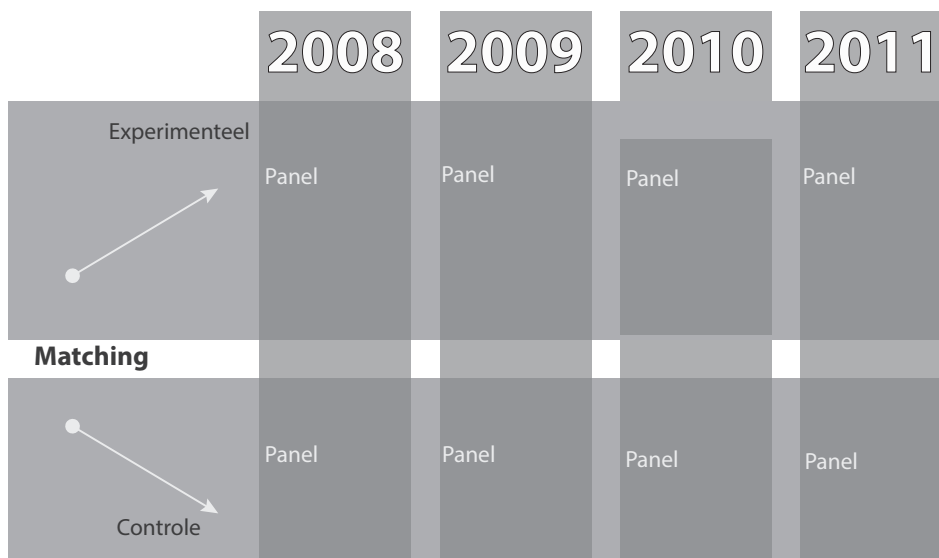
Het doel van deze sociale experimentele studie is het meten van de impact van het communautaire preventieprogramma Communities that Care op de ontwikkeling van jongeren in Nederland. We onderzochten primaire (impact) resultaten, zoals het effect op de prevalentie van alcoholgebruik, roken, drugsgebruik, delinquent en gewelddadig gedrag, aan seksualiteit gerelateerd probleemgedrag en depressie bij adolescenten. We hebben ook de secundaire (impact) resultaten gemeten, de effecten op risico- en beschermende factoren binnen de domeinen van gezin, school, vrienden en omgeving. We veronderstelden dat het gemeenschapsgerichte preventieprogramma CtC een neerwaarts effect zou hebben op probleemgedrag en de onderliggende risicofactoren van adolescenten. Aanvullend veronderstelden wij dat deze strategie een verhogend effect op de beschermende factoren van de adolescenten zou hebben. Maar in dit deel van het onderzoek (effectonderzoek van voor- en nameting) konden we geen enkele invloed vinden van de interventie, noch op de risicofactoren, noch op de beschermende factoren, noch op de probleemgedragingen.

Natuurlijk moeten we hier enkele beperkingen van dit deel van onze studie noemen. De eerste beperking is het geringe aantal gemeenten/wijken (communities) dat aan onze studie heeft meegedaan. Dat heeft invloed op het vinden van resultaten. Het vinden van genoeg communities (wijken in ons geval) om samen te werken met onderzoekers over een langere tijd is ingewikkeld. In 2008 zijn slechts vijf steden in Nederland begonnen met deze interventie. Dit waren tegelijk alle steden die aan onze vierjarige studie wilden meedoen. Dit soort impactonderzoek is duur, zeker wanneer het zoals in deze studie ook gekoppeld wordt aan studieonderdelen die de invoering van het programma onderzoeken. De onderzoeksfinanciën stelden ons in staat vijf gepaarde gemeenschappen te onderzoeken. Maar ook niet meer. Effecten van communityprogramma's moeten op het niveau van de community onderzocht worden. Het aantal eenheden dat op dat niveau meedoet moet dan ook groot genoeg zijn. Onderzoek van vijf om vijf wijken is uiteindelijk te beperkt om resultaten op het hogere niveau vast te stellen. Een andere beperking van onze impactstudie die ook van invloed was op de vergelijking van een voor- en nameting, was dat aan de eis van willekeurige toewijzing van studiewijken (zoals aan het begin van de studie geformuleerd) uiteindelijk niet door alle steden kon worden voldaan. Hoewel we vervolgens om mogelijke vertekening door selectie te verminderen gebruik konden maken van moderne technieken (PSM), bemoeilijkt dit toch het leggen van verbanden.

Deze experimentele studie steunt de gedachte dat met het ontwerpen, uitvoeren én onderzoeken van sociale experimenten kennis te ontwikkelen is waar de praktijk, de politiek en de wetenschappen lessen uit kunnen trekken. Ook al zijn deze studies complex, ze kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het beantwoorden van hardnekkige maatschappelijke vraagstukken. Ook al vallen de resultaten van dit deel van onze impactstudie tegen, experimentele studies als deze zijn veelbelovend en dragen bij aan het vinden van praktische antwoorden op maatschappelijke vraagstukken. In dit geval kunnen probleemgedragingen van jongeren in een vroeg stadium worden voorkomen en bieden de uitgangspunten van het Communities that Care programma hiervoor een oplossing.

8 *De impact van CtC II: Resultaten van een longitudinaal onderzoek*

Panel onderzoek



8.1 *Achtergrond*

Communities that Care (CtC) is een preventieve interventie, ontwikkeld om steden, wijken en gemeenschappen te mobiliseren. Met een wetenschappelijk raamwerk wordt gewerkt aan het terugdringen van gezondheids- en gedragsproblemen van de jongeren die in de omgeving wonen. Tegelijkertijd versterkt het hun gezondheid en ondersteunt het de ontwikkeling van hun gedrag (Hawkins et al., 2009; 2008; 1995; Hawkins, 1999; 1995 ; Jonkman, 2012; Jonkman et al., 2008). De universeel preventieve benadering is gebaseerd op het idee dat het terugdringen van problemen het beste kan worden bewerkstelligd met het identificeren van en het ingrijpen op risicofactoren die aan de gezondheid en het gedrag ten grondslag liggen. Daarbij gaat het om factoren die door jongeren in een bepaalde omgeving zelf worden ervaren. Met een scholierenonderzoek wordt dit in kaart gebracht. Bij het steunen van de ontwikkeling van jongeren en het beschermen tegen maatschappelijke uitval spelen beschermende factoren een voorname rol. Ook de aanwezigheid van deze beschermende factoren in hun omgeving wordt met het onderzoek vastgesteld. Herhaalde metingen onder vergelijkbare groepen in steden,

wijken en gemeenschappen geven niet alleen de hoogte van problemen, kansen en onderliggende factoren op bepaalde momenten weer. Ze vormen ook de basis om de ontwikkeling in een gemeenschap over een langere tijd te volgen en ontwikkelingen te vergelijken (IOM, 2009).

Met CtC wordt geïnvesteerd in problemen en specifieke factoren die in een bepaalde omgeving hoog zijn. Er wordt ook gewerkt aan het opbouwen van de ‘pedagogische capaciteit’ in de steden, wijken en gemeenschappen. Het gaat daarbij om betere samenwerking tussen verschillende partijen, door het meegeven van een preventief raamwerk en het meegeven van gereedschappen waardoor:

- niet meer langs elkaar heen wordt gewerkt;
- geen gaten meer bestaan in het aanbod, zoals dat voor een bepaalde groep nodig is;
- geen overlap meer bestaat in het aanbod van verschillende partijen die hetzelfde programma aanbieden;
- concurrentie tussen instellingen verdwijnt;
- aan duurzaamheid van investeringen wordt gewerkt;

Daarmee is Communities that Care een wetenschappelijke benadering van preventie die aan de professionals in een omgeving wordt meegegeven. Het is als het ware een gereedschap waarmee problemen opgelost worden die vaak te complex zijn om door één partij opgelost te worden (Brown et al., 2011).

Aparte aandacht binnen deze wijkgerichte strategie hebben de preventieve programma’s die worden gebruikt voor en door kinderen en jongeren en hun opvoeders. Communities that Care is niet alleen een programma dat op zichzelf het preventief werken wil versterken maar is daarmee ook als het ware een metaprogramma dat ervoor wil zorgen dat meer gewerkt wordt met geteste en effectieve programma’s (Loeber & Farrington, 2001; 1998; Loeber et al., 2008, 2001).

Het wetenschappelijk raamwerk spreekt bestuurders en professionals aan en wordt ook in verschillende steden toegepast. Maar beïnvloedt deze gemeenschapsgerichte preventiestrategie ook de ontwikkeling van jongeren op langere termijn? Is het ook daadwerkelijk zo dat met het gebruik van de strategie in steden, wijken en gemeenschappen de negatieve ontwikkeling wordt omgebogen en de positieve ontwikkeling wordt versterkt? Om deze vragen te beantwoorden hebben wij de afgelopen jaren jongeren van twaalf tot achttien jaar vier jaar lang gevolgd, de ontwikkelingen van jongeren in experimentele en controlewijken met elkaar vergeleken en deze resultaten geanalyseerd. In dit hoofdstuk doen wij verslag van dit deel van het onderzoek.

8.2 *Methodie*

De studie

Begin 2008 zijn steden gezocht die met CtC wilden gaan werken. Er waren er vijf die dat gedurende de komende jaren van plan waren. Alle vijf steden waren bereid aan het experimentele onderzoek deel te nemen: Capelle aan den IJssel, Gouda, Middelburg, Spijkenisse en Zwijndrecht. Ze liggen in het Zuid-Westen van Nederland (in de provincies Zuid-Holland en Zeeland). De deelnemende steden zijn middelgroot en hebben een gemiddelde populatie van minder dan 65.000 inwoners. De kleinste stad (Zwijndrecht) heeft 44.312 inwoners. De grootste van de vijf (Gouda) heeft 72.521 inwoners (cijfers 2008). Binnen elk van deze vijf steden zijn paren van gemeenschappen (wijken) geselecteerd om deel te nemen aan deze experimentele studie. Dat leverde in totaal vijf experimentele en vijf controlewijken.

ken op. De tien wijken van deze studie hebben een gemiddelde jeugdpopulatie van 765 jongeren in de leeftijd van 12-18 jaar (de grootste heeft 1.183 jongeren en de kleinste 390). De wijken werden in samenwerking met de stad geselecteerd (zie Hoofdstuk 2).

Power analyse

De noodzakelijke steekproefgrootte voor het longitudinale deel van de studie is vastgesteld binnen de software Optimal Design (Raudenbush et al., 2011; Spybrook, 2011). Hierbinnen is gekozen voor een significantieniveau van 5%, een power van 0,80 en een intraklasse correlatiecoëfficiënt van 0,02, wat een realistische grootte is voor dit type onderzoek (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000). Daarnaast is het aantal metingen op vier gezet en is gekozen voor een totaal van tien clusters. Poweranalyses zijn uitgevoerd waarin kleine (0,20), gemiddelde (0,50) en grote (0,80) waarden voor Cohen's D gevarieerd zijn om de vereiste steekproefgrootte te bepalen (Cohen, 1988). Uit deze analyses is gebleken dat gemiddelde en grote interventie-effecten vastgesteld kunnen worden bij steekproefgroottes van 270 en 90. Kleine effecten ($d < 0,30$) kunnen niet vastgesteld worden met dit design.

Procedure

Nadat de besturen van de vijf steden halverwege 2008 toezeiden aan het onderzoek te willen meedoen, is naast de afname van de voormeting van het effectonderzoek (waarover in het vorig hoofdstuk verslag is gedaan) ook het longitudinale onderzoek van start gegaan. Met het longitudinale onderzoek zouden wij de impact van de Communities that Care-preventiestrategie op een aanvullende manier kunnen vaststellen. Ook voor dit deel van het onderzoek moesten we op zoek naar een groep jongeren die aan dit deel van het onderzoek wilden meedoen. Deze jongeren moesten in één van de vijf CtC-wijken of één van de vijf controlewijken wonen, vier keer aan het onderzoek mee willen doen én gedurende de onderzoeksperiode de goede leeftijd (12-18) hebben. Ook voor dit deel van het onderzoek moesten we jongeren op hun huisadres benaderen. In enkele van deze steden (Capelle aan den IJssel, Spijkenisse en Zwijndrecht) gaan de jongeren niet in de stad zelf maar in nabijgelegen grote steden naar school (zoals Rotterdam). Om deze reden was het niet mogelijk het jeugdonderzoek via scholen uitgezet te krijgen. Daarnaast was het ons op basis van ervaringen van de afgelopen jaren duidelijk geworden dat scholen niet graag meer hun jongeren aan dergelijk onderzoek laten deelnemen. Scholen worden op dit gebied, vinden schooldirecties zelf, overvraagd. Dat is de reden dat wij ook voor dit deel van het onderzoek jongeren op huisadres moesten aanschrijven.

Van de afdelingen van deelnemende steden die de burgergegevens verzamelen, ontvingen wij de namen en adressen van de jongeren die in de experimentele of de controlewijken wonen en aan onze leeftijdscriteria voldoen. Deze groep jongeren werd in 2008 op huisadres aangeschreven met de vraag deel te nemen aan het onderzoek. Het doel van dit longitudinale onderzoek (de effecten vaststellen van het preventieprogramma CtC met betrekking tot de ontwikkeling van jongeren over de jaren) werd hen met een brief in eenvoudige woorden uitgelegd. De doelgroep van dit onderzoek waren jongeren die gedurende de uitvoering van het experimentele onderzoek (2008-2011) in de leeftijdsgroep van twaalf tot achttien jaar zitten. Omdat het onderzoek vier jaar bestrijkt (nulmeting en drie metingen) richtte de nulmeting zich op jongeren van twaalf tot en met veertien jaar. Zij zouden bij meting 1 dertien tot en met vijftien jaar zijn, bij meting 2 veertien tot en met zestien jaar en bij de laatste meting (meting 3) vijftien tot en met zeventien jaar zijn. Naast de brief met uitleg aan deze groep jongeren, werd aan de ouders van deze jongeren toestemming gevraagd voor deelname van hun kind aan het onderzoek.

De jongeren die hebben deelgenomen aan de nulmeting zijn de jaren daarna opnieuw op hun huisadres aangeschreven met de vraag tot deelname aan het onderzoek (alleen niet als ze expliciet aangaven niet meer mee te willen doen).

Tabel 8.1 Longitudinaal design

	Meting 0: 12-14 jaar 2008	Meting 1: 13-15 jaar 2009	Meting 2: 14-16 jaar 2010	Meting 3: 15-17 jaar 2011
Experimentele wijk (CtC)	X	X	X	X
Controlewijk (CtC)	X	X	X	X

X = afname vragenlijst

Participanten

Tabel 8.2 Deelnamepercentages

Patroon	Percentage	Cumulatief	Frequentie
xxxx	75,54	75,54	593
xxx.	6,50	82,04	51
x...	5,22	87,26	41
xx..	4,71	91,97	37
x.xx	2,68	94,65	21
xx.x	2,42	97,07	19
x.x.	1,66	98,73	13
x..x	1,27	100	10
totaal	100,00		785

x = deelname

. = geen deelname

In Tabel 8.2 (Deelnamepercentages) valt te zien hoeveel jongeren in de opeenvolgende jaren aan het panelonderzoek hebben deelgenomen. In totaal hebben 785 jongeren meegedaan aan het onderzoek. Iets meer dan drie kwart van de jongeren (593) jongeren heeft vier keer aan het onderzoek meegedaan. Uit Tabel 2 blijkt dat 91 jongeren drie keer hebben meegedaan (11,6%), 60 jongeren twee keer hebben meegedaan en 41 jongeren (5,2%) slechts één keer hebben meegedaan. Er zitten ook, blijkt bij nadere analyse, opmerkelijke deelnamepatronen bij. Zo zijn er dertien jongeren die alleen aan de eerste en de derde meting hebben meegedaan. Tien jongeren hebben alleen aan de eerste en vierde meting meegedaan.

Wanneer we de deelnamepercentages van de experimentele en controlewijken met elkaar vergelijken (Tabel 3) zien we dat meer jongeren uit de experimentele wijken (511) dan uit de controlewijken (274) hebben deelgenomen. De jongeren uit de experimentele en controlewijken zijn wat betreft deelnamepercentages redelijk goed verdeeld over de twee soorten wijken. Van de jongeren uit de experimentele wijken nam 76,3% vier keer deel aan het onderzoek (controlewijken: 74,1%). In totaal nam 11,0% van de jongeren uit de experimentele wijken drie keer deel (controlewijken: 12,8%), 7,4% van hen nam twee keer deel (controlewijken: 8,0%) en 5,3% van de jongeren uit de experimentele wijken participeerde slechts één keer in het onderzoek (controlewijken: 5,1%).

Tabel 8.3 Deelnamepercentages in experimentele en controlewijken

Experimentele wijken

Deelnamepatroon	Percentage	Cumulatief	Frequentie
XXXX	76,32	76,32	390
XXX.	5,68	82,00	29
X...	5,28	87,28	27
XX..	4,11	91,39	21
XX.X	2,94	94,32	15
X.XX	2,35	96,67	12
X.X.	1,76	98,43	9
X..X	1,57	100,00	8
totaal	100,00		511

x = deelname

. = geen deelname

Controlewijken

Deelnamepatroon	Percentage	Cumulatief	Frequentie
XXXX	74,09	74,09	203
XXX.	8,03	82,12	22
XX..	5,84	87,96	16
X...	5,11	93,07	14
X.XX	3,28	96,35	9
X.X.	1,46	97,81	4
XX.X	1,46	99,27	4
X..X	0,73	100,00	2
totaal	100,00		274

x = deelname

. = geen deelname

Metingen

Ook in dit deel van ons experimentele onderzoek zijn het alcohol- en drugsgebruik van jongeren, de delinquentie en andere probleemgedragingen, de risicofactoren en de protectieve factoren onderzocht met het CtC-jeugd vragenlijst (Arthur et al., 2006; Jonkman et al., 2006). Jongeren kunnen dit onderzoeksinstrument binnen 45 minuten invullen. De vragenlijst omvat vragen met betrekking tot de sociaal demografische achtergrond van de jongeren (zoals leeftijd, geslacht, etniciteit, familie samenstelling en Sociaal Economische status van het gezin). Net als in het cross-sectionele onderzoek (Hoofdstuk 6) zijn in dit hoofdstuk primaire (probleemgedragingen) en secundaire uitkomstmaten (risicofactoren, beschermende factoren) onderzocht. Regelmatig gebruik van alcohol wordt onderzocht door het gebruik van alcohol ooit en door het alcoholgebruik van de vorige maand vast te stellen. Ook is het 'aantal glazen alcohol de afgelopen maand geconsumeerd' onderzocht en is 'binge drinken' (gebruik

van vijf of meer glazen alcohol bij een gelegenheid afgelopen twee weken) vastgesteld. Het roken van sigaretten, het gebruik van softdrugs (hasj, marihuana) en harddrugs (cocaine, heroïne, xtc, speed, amfetamines) onderzochten we door te vragen naar het gebruik ooit en het gebruik gedurende de laatste maanden. Als de jongen of het meisje geen alcohol gebruikt, noch sigaretten of welke vorm van drugs ooit ook, worden ze geïdentificeerd als geheelonthouder (abstinent). Delinquentie is onderzocht door aan de jongeren te vragen of zij zich hier het afgelopen jaar schuldig aan hebben gemaakt. De vragen die hen hierover zijn voorgelegd hebben betrekking op geweld (dan gaat het om indicatoren als het dragen van wapens, vechten, slaan en iemand bedreigen) en andere delinquente acties (zoals het beschadigen van eigendommen, politiecontacten, winkeldiefstal, diefstal op school, de verkoop van gestolen goederen). Aan seksualiteit gerelateerd probleemgedrag wordt gemeten door seksuele contacten (ja / nee), seksuele contacten (aantal keren) en het gebruik van condooms. Depressie wordt onderzocht met vier items: het gevoel niets waard te zijn, je nergens goed in voelen, verdriet / depressiviteit hebben ervaren in het afgelopen jaar. Tabel 8.4 (Risicofactoren en beschermende factoren) geeft een overzicht van de risicofactoren en beschermende factoren die met het instrumentarium zijn onderzocht, het aantal items en de betrouwbaarheid van elke schaal en in welke stad zij geprioriteerd zijn.

Tabel 8.4 Risicofactoren en beschermende factoren

Risicofactoren/beschermende factoren	Aantal items	Betrouwbaarheid alpha	Geprioriteerd
Familie			
Geschiedenis van probleemgedrag	4	0,86	Capelle
Problemen met Familiemanagement	8	0,78	Gouda, Spijkenisse, Zwijndrecht
Positieve houding van ouders tov alcohol en drugsgebruik	3	0,73	
Positieve houding van ouders tov antisociaal gedrag	3	0,80	Middelburg, Spijkenisse
Hechtingssterkte gezin	6	0,73	Gouda, Spijkenisse
Mogelijkheden voor prosociale betrokkenheid	3	0,73	
Beloningen voor prosociale betrokkenheid	2	0,83	
School			
Leerachterstanden	2	0,60	Zwijndrecht
Gebrek aan binding met school	6	0,73	Zwijndrecht
Mogelijkheden voor prosociale betrokkenheid	4	0,60	Zwijndrecht
Beloningen voor prosociale betrokkenheid	3	0,62	
Individu/Peers			
Vervreemding en opstandigheid	3	0,65	
Betrokkenheid bij jeugdbende	1	-	
Vroeg begin antisociaal gedrag	4	0,36	Capelle, Zwijndrecht
Vroeg begin alcohol en drugsgebruik	4	0,54	Zwijndrecht
Positieve houding tav drugsgebruik	4	0,77	
Positieve houding tav antisociaal gedrag	5	0,74	

Risicofactoren/beschermende factoren	Aantal items	Betrouwbaarheid alpha	Geprioriteerd
Gezonde opvattingen en duidelijke normen	4	0,77	Middelburg
Omgang met vrienden die probleemgedrag bevorderen	5	0,76	Gouda, Middelburg, Middelburg
Sociale vaardigheden			Gouda
Religie	1	-	
Wijk			
Gebrek aan binding met de wijk	3	0,85	Capelle, Spijkenisse
Desorganisatie in de wijk	6	0,84	Capelle, Spijkenisse
Hoge mate van doorstroming in de wijk	1	-	Capelle
Verkrijgbaarheid van drugs en wapens	2	0,93	Capelle,
Maatschappelijke normen die antisociaal gedrag bevorderen	3	0,63	Capelle,
Mogelijkheden voor prosociale betrokkenheid	2	0,76	Capelle, Gouda, Middelburg, Spijkenisse, Zwijndrecht
Beloningen voor prosociale betrokkenheid	3	0,78	

8.3 Analyse

Propensity score methode

Ook in het longitudinale deel van de studie is gebruik gemaakt van de propensity score methodologie om de experimentele en controle groepen zo vergelijkbaar mogelijk te maken op kenmerken die kunnen samenhangen met toewijzing aan de experimentele conditie en mogelijk ook de uitkomst (Guo & Fraser, 2010; Oakes & Johnson, 2007; Morgan & Winship, 2007; D'Agostino, 1998; Rosenbaum & Rubin, 1983; 1984). In dit geval zijn propensity scores geschat op basis van de individuele kenmerken van jongeren zoals gemeten tijdens de voormeting (t=0). Binnen elke stad is voor alle jongeren hun propensity score bepaald op basis van dezelfde achtergrondvariabelen als eerder gerapporteerd in Hoofdstuk 7. Hiervoor is wederom een logistisch regressiemodel gebruikt waarbij de daadwerkelijk toegewezen conditie als afhankelijke variabele is genomen en de achtergrondkenmerken als onafhankelijke variabelen. De voorspelde waarden zijn vervolgens gebruikt om jongeren binnen steden aan elkaar te matchen.

Matching

In het longitudinale deel hebben wij ons beperkt tot het toepassen van de Full Matching techniek om vergelijkbare jongeren binnen de steden bij elkaar te zoeken. Hiervoor hebben wij twee redenen: in de eerste plaats is het mogelijk om meer jongeren te behouden voor de analyse wanneer deze methode wordt toegepast. In de tweede plaats bepaalt het algoritme voor elke behouden jongere een gewicht. Toepassing van dit gewicht in de uiteindelijke analyses vergroot de precisie in vergelijkbaarheid van de propensity score en achtergrondkenmerken tussen de experimentele en controlegroep.

De jongeren zijn op een dusdanige manier bij elkaar geplaatst in gematchte sets dat na het gebruik van gewichten de meest optimale vergelijkbaarheid kon worden behaald. Hierbij wordt een relatief klein deel van de jongeren verwijderd, omdat zij relatief anders zijn dan de andere jongeren in de

data. Bij Full Matching wordt, zoals eerder gezegd, gesproken van gematchte sets in plaats van paren, omdat het mogelijk is om meerdere jongeren uit de experimentele conditie te koppelen aan meerdere jongeren uit de controleconditie. Deze gematchte sets kunnen ook als een soort strata worden beschouwd waarbinnen jongeren uit dezelfde stad zijn geplaatst die vergelijkbaar zijn op hun propensity scores en achtergrondkenmerken. Door een extra gewicht aan alle observaties binnen deze strata toe te kennen (waarbij de experimentele jongeren altijd gewicht één krijgen en de gewichten van de jongeren uit de controleconditie geschaald worden ten opzichte hiervan) kan de uiteindelijke gematchte steekproef (de combinatie van alle strata) de meest optimale vergelijking tussen de experimentele en controleconditie laten zien.

De matching binnen dit onderzoek vond plaats binnen het statistische softwarepakket *R*. Gespecialiseerde matchingsmodules zijn hierbinnen beschikbaar; wij hebben gebruik gemaakt van het pakket *MatchIt* (Ho et al., 2007). Er is binnen de matchingsprocedure wederom gekozen voor het matchen van jongeren die een propensity score waarde hebben die in het overlappende deel van de range propensity score waarden van de experimentele en controleconditie ligt.

Statistische analyses

De gematchte steekproef is op verschillende manieren geanalyseerd om de impact van CtC te kunnen vaststellen. Hierbij is gebruik gemaakt van multilevel analyses waarbij het ontstaan van probleemgedrag, maar ook de geprioriteerde risico en beschermende factoren en probleemgedrag zijn geanalyseerd (Hox, 2010; Rabe-Hesketh & Skondal, 2008; Gelman & Hill, 2007; Twisk, 2007; Luke, 2004). Daarnaast zijn latente groei modellen gemodelleerd binnen het raamwerk van Structural Equation Modeling (SEM) omdat dit op dit moment als een krachtig en informatieve benadering wordt gezien om longitudinale data te analyseren (Byrne, 2012; Muthén & Muthén, 2010; Duncan, Duncan & Strijcker, 2006).

Multilevel analyses

In de multilevel analyses zijn drie niveaus van clustering gemodelleerd: metingen zijn geclusterd binnen jongeren en de jongeren zijn geclusterd binnen gematchte sets. Uiteraard zijn de jongeren ook binnen stad geclusterd; wij hebben dit echter niet gemodelleerd als groep omdat er slechts vijf steden in onze studie zijn meegenomen. Het gebruik van wijk als niveau van clustering is ook achterwege gebleven, omdat de variantie van wijk niet te scheiden valt van de variantie van de conditietoewijzing. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat de interventie is toegewezen op wijkniveau. Wij gaan er hier echter vanuit dat door het zorgvuldig zoeken van vergelijkbare wijken zeer kleine verschillen in de uitkomstvariabelen zullen optreden tussen wijken. Binnen de analyses zijn alle jongeren meegenomen die tenminste tijdens de eerste meting hebben deelgenomen aan het onderzoek.

In de analyses is telkens een vaste opeenvolging van modellen geschat. Er is begonnen met een leeg model waarin geen onafhankelijke variabelen zijn meegenomen. Het doel van dit model is het scheiden van de variantie op de verschillende clusteringsniveaus (individueel/gematchte set). Vervolgens zijn de controlevariabelen toegevoegd aan dit model. In de analyses zijn de variabelen geslacht (vrouw is de referentiegroep), leeftijd (twaalf is referentiegroep), etniciteit (allochtoon is referentiegroep) en de propensity score meegenomen om te controleren voor de minimale verschillen die na matching zijn achtergebleven. Daarnaast zijn dummievariabelen voor de stad (Capelle aan den IJssel is de referentiegroep) meegenomen, om te kunnen controleren voor de stad waarin een jongere woont. Het daarop volgende model bevat de indicatoren die aangeven welke conditie is toegewezen aan de jongere (controle conditie is referentiegroep) en het tijdstip van de meting. Wij hebben hierbij geke-

ken naar verschillende manieren om dit te modelleren: tijdstip als intervalvariabele of als gedichotomiseerde variabele (met referentiemeting 0). Wij zijn echter van mening dat een lineair verband tussen tijdstip en de uitkomstvariabelen niet voor de hand ligt. Om deze reden is gekozen voor het gebruik van dummies voor de verschillende meetmomenten. De dummy voor het tijdstip van de meting geeft het gemiddelde effect van tijd op de ontwikkeling van de uitkomstvariabelen weer, terwijl de indicator voor conditie de gemiddelde impact van CtC over tijd weergeeft. In het uiteindelijke model is de interactie toegevoegd tussen de indicator voor experimentele conditie en de dummyvariabele voor tijdstip 4 (de laatste meting). De te schatten regressiecoëfficiënt behorende bij deze interactie geeft het effect weer waarin wij geïnteresseerd zijn, namelijk in hoeverre de groep jongeren uit de experimentele conditie op de laatste meting afwijkt op de uitkomstvariabelen ten opzichte van de voormeting.

De eerste analyses die wij hebben uitgevoerd hadden als doel de impact van CtC op het ontstaan van probleemgedrag te onderzoeken. Hierbij waren we geïnteresseerd in het effect van CtC op het tijdstip wanneer antisociaal gedrag ontstaat, men start met drinken, roken en het gebruiken van hasj. Hiervoor zijn nieuwe variabelen aangemaakt voor de vier probleemgedragingen met de waarden 0 (gedrag is niet opgetreden bij deze meting), 1 (gedrag is opgetreden bij deze meting) en 99 (missende waarde, gedrag is op een eerder tijdstip opgetreden). Door deze nieuwe variabelen als uitkomstvariabelen mee te nemen kan voorspeld worden in hoeverre CtC het ontstaan van probleemgedrag verlaagd. Deze analyses zijn uitgevoerd over alle steden; per stad analyseren is onmogelijk vanwege de kleine aantallen jongeren die probleemgedrag per tijdstip ontwikkelden.

Na de analyses van het ontstaan van het probleemgedrag, zijn multilevel analyses uitgevoerd waarin risico- en beschermende factoren en de probleemgedragingen als uitkomstvariabelen zijn genomen. Hierbij is gebruik gemaakt van random slope modellen, waarin de verwachting is dat er verschillen tussen jongeren zijn in de uitkomstvariabelen zoals gemeten tijdens de laatste meting. We kijken vervolgens of deze verschillen tussen personen te verklaren zijn door de experimentele conditie waaraan een jongere is toegewezen.

De analyses zijn uitgevoerd voor alle steden samen en per stad, om op die wijze de effecten op de door de afzonderlijke steden geselecteerde geprioriteerde factoren te kunnen onderzoeken.

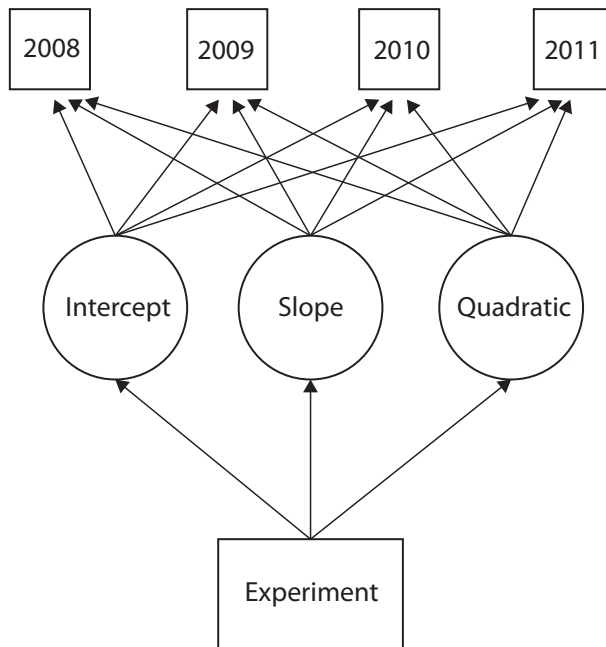
Omdat wij zowel interval- als dichotome uitkomstvariabelen gebruiken, is lineaire en logistische multilevel analyse gebruikt. De analyses zijn binnen R 2.15.0 uitgevoerd. Ook hier hebben Bonferroni correcties plaatsgevonden om rekening te houden met de hoeveelheid significantietoetsen die zijn uitgevoerd (Miller, 1981, zie ook Hoofdstuk 7).

Latente groeicurven

Naast multilevel of hiërarchische modellering is 'Structural Equation Modeling' (SEM) van latente groeicurven een andere moderne manier om longitudinale ontwikkeling in kaart te brengen (Byrne, 2012; Newsom. et al., 2012; Muthèn & Muthèn, 2010; Duncan et al., 2006). Ook met deze vorm van analyse kan de verandering worden beschreven en geanalyseerd, en kan worden vastgesteld hoe de ontwikkeling verloopt (Figuur 8.1 Latente groeicurve grafisch). Deze vorm van analyse hebben wij toegepast op alcoholgebruik van de laatste maand. Wij weten dat een deel van de jongeren in de vroege adolescentie (zo vanaf 12 jaar) met alcoholgebruik begint. In de jaren die erop volgen neemt het alcoholgebruik van de jongeren toe. Maar neemt dit gebruik, zo is een vraag die wij hier stellen, lineair toe of neemt het met de jaren sterker toe? Belangrijker in het kader van dit deel van het onderzoek is het om te weten of het alcoholgebruik in de experimentele groep (in ons geval de groep jongeren die woont in de wijken waar met CtC wordt gewerkt) minder sterk toeneemt dan het gebruik

van alcohol in de controlewijken. Deze drie vragen (neemt het toe, neemt het steeds sterker toe, is er invloed van de interventie op het verloop?) hebben we achtereenvolgens met behulp van het programma Mplus (6.1) (Muthèn & Muthèn, 2010) achter elkaar onderzocht. Hieronder staat het onderzoeksmodel dat wij hebben gebruikt grafisch afgebeeld.

Figuur 8.1 Latente groeicurve grafisch



8.4 Resultaten

Tabel 8.5 (Kenmerken van jongeren voor en na matching) geeft inzicht in de overeenkomsten en verschillen in achtergronden van de paneljongeren van de experimentele en de controlewijken. Net zoals voor het cross-sectionele onderzoek gold (zie Hoofdstuk 7), zien we ook dat bij de matching van het longitudinale bestand de onbalans tussen de experimentele en controlewijk zeer beperkt is tussen beide groepen bij aanvang van het onderzoek. De matchingsprocedure werd uitgevoerd op de gegevens van de nulmeting, zoals deze in 2008 is afgenomen. Op basis van het onderzoek in dat jaar zijn er een groot aantal achtergrondvariabelen van jongeren van twaalf tot en met veertien jaar van de controlewijken (274 jongeren) en experimentele wijken (511 jongeren) vastgesteld. Slechts op een beperkt aantal achtergrondvariabelen zijn er significante verschillen waar te nemen. Zo zijn er in de controlewijken meer jongeren met een andere Taalachtergrond anders dan in de experimentele wijken (6% ten opzichte van 3%). In de experimentele wijken, daarentegen, is het percentage vaders dat werkt hoger, evenals het percentage moeders dat werkt en (uiteeraard) het aantal beide ouders dat werkt. Ook zitten de paneljongeren van de experimentele wijken twee keer zoveel op de havo (14%) dan de jongeren van de controlewijk (7%). Er zijn geen deelnemende jongeren die mbo of hbo volgen. Maar *overall* is de vertekening tussen de controlewijken en de experimentele wijken in ons onderzoek vooraf zeer beperkt.

Na de matching is de totale groepsgrootte uiteraard kleiner geworden. Jongeren die niet met elkaar zijn te vergelijken zijn uit het databestand gehaald. Daarmee wordt de aandacht verplaatst naar de bijdrage die de interventie heeft op de primaire en secundaire uitkomsten. De controlegroep bestaat na matching uit 230 jongeren van de controlewijken en 400 jongeren van de experimentele wijken (N=630). Op de achtergrondvariabelen zijn de toch al beperkte verschillen verder afgenomen. Er bestaan tussen de controle- en experimentele wijken alleen nog verschillen tussen moeders die al dan niet werken en tussen ouders die beiden werken (het percentage werkenden is in beide gevallen in de controlewijken lager). Verder valt op dat in de uiteindelijke steekproef geen jongeren zitten die in Turkije zijn geboren.

Tabel 8.5a Kenmerken van de jongeren voor matching

Kenmerken jongeren	Controlewijk Gemiddelde (standaardfout)	Experimentele wijk Gemiddelde (standaardfout)	T-waarde	P-waarde
Geslacht	0,55 (0,03)	0,55 (0,03)	0,182	0,86
Leeftijd	1,00 (0,5)	1,05 (0,04)	-0,799	0,4
Geboorteland	0,04 (0,01)	0,04 (0,01)	0,453	0,65
Geboorteland vader	0,18 (0,02)	0,14 (0,02)	1,349	0,18
Geboorteland moeder	0,16 (0,02)	0,13 (0,01)	1,344	0,18
Surinaams	0,05 (0,01)	0,03 (0,01)	1,222	0,22
Antilliaans	0,02 (0,01)	0,01 (0,01)	0,857	0,39
Turks	0,01 (0,01)	0,02 (0,01)	-0,534	0,59
Marokkaans	0,02 (0,01)	0,01 (0,01)	0,857	0,39
Indonesisch	0,01 (0,01)	0,01 (0,01)	0,34	0,73
Anders allochtoon	0,12 (0,02)	0,11 (0,01)	0,523	0,60
Geen broers of zussen	0,93 (0,01)	0,92 (0,01)	0,733	0,46
Twee-ouder gezin	0,92 (0,01)	0,93 (0,01)	-0,528	0,6
Één-ouder gezin	0,97 (0,01)	0,96 (0,01)	0,312	0,76
Taalachtergrond anders	0,06 (0,01)	0,03 (0,01)	2,114	0,03*
Vader werkt	0,93 (0,02)	0,97 (0,01)	-2,356	0,02*
Moeder werkt	0,74 (0,03)	0,82 (0,01)	-2,591	0,01**
Beide ouders werken	0,66 (0,03)	0,78 (0,02)	-3,709	0,00***
Basisonderwijs	0,11 (0,02)	0,12 (0,01)	0,073	0,91
Basisvorming - VO	0,30 (0,03)	0,25 (0,02)	1,917	0,13
VMBO	0,27 (0,00)	0,21 (0,02)	1,889	0,06
HAVO	0,07 (0,02)	0,14 (0,01)	-3,02	0,00***
VWO	0,20 (0,02)	0,24 (0,02)	-1,488	0,14
MBO	0	0	-	-
Speciaal onderwijs	0,01 (0,01)	0,01 (0,00)	0,16	0,87
HBO	0	0	-	-
Ander onderwijs	0,04 (0,01)	0,04 (0,01)	0,358	0,72
Aantal	274	511		

Tabel 8.5b Kenmerken van de jongeren na matching

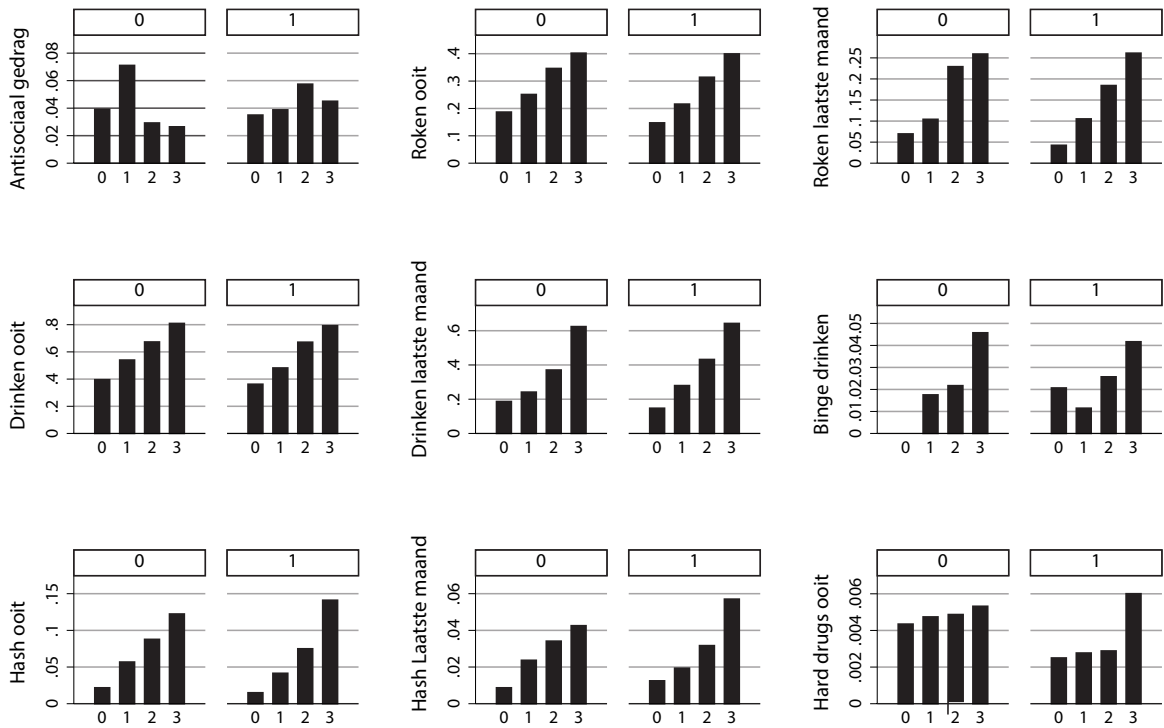
Kenmerken jongeren	Controlewijk Gemiddelde (standaardfout)	Experimentele wijk Gemiddelde (standaardfout)	T-waarde	P-waarde
Geslacht	0,54 (0,03)	0,54 (0,02)	0,084	0,93
Leeftijd	0,99 (0,05)	1,03 (0,04)	-0,497	0,62
Geboorteland	0,02 (0,01)	0,01 (0,01)	0,893	0,37
Geboorteland vader	0,13 (0,02)	0,08 (0,01)	1,934	0,05
Geboorteland moeder	0,12 (0,04)	0,08 (0,01)	1,436	0,15
Surinaams	0,04(0,01)	0,02(0,01)	1,206	0,23
Antilliaans	0,02 (0,01)	0,02 (0,01)	0,231	0,82
Turks	0	0	-	-
Marokkaans	0,01(0,01)	0,01 (0,01)	0,562	0,58
Indonesisch	0,01 (0,01)	0,01 (0,00)	0,689	0,49
Anders allochtoon	0,09(0,02)	0,08 (0,01)	0,418	0,68
Geen broers of zussen	0,93(0,02)	0,96 (0,01)	-1,468	0,14
Twee-ouder gezin	0,94 (0,02)	0,94 (0,01)	0,051	0,96
Één-ouder gezin	0,97 (0,01)	0,97 (0,09)	-0,031	0,98
Taalachtergrond anders	0,03 (0,01)	0,02 (0,01)	1,623	0,11
Vader werkt	0,96 (0,01)	0,97 (0,08)	-0,801	0,42
Moeder werkt	0,76 (0,03)	0,83 (0,02)	-2,31	0,02*
Beide ouders werken	0,73 (0,03)	0,81 (0,02)	-2,373	0,02*
Basisonderwijs	0,1 (0,02)	0,1 (0,01)	0,204	0,84
BASISVORMING	0,32 (0,03)	0,28 (0,02)	1,11	0,27
VMBO	0,26 (0,03)	0,23 (0,02)	1,02	0,31
HAVO	0,07 (0,01)	0,08 (0,01)	-0,364	0,72
VWO	0,21 (0,03)	0,29 (0,03)	-1,989	0,05
MBO	0	0	-	-
Speciaal onderwijs	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,364	0,72
HBO	0	0	-	-
Ander onderwijs	0,03 (0,01)	0,04 (0,01)	-0,31	0,76
Aantal	230	400		

Vier metingen

In Figuren 8.2 (Probleemgedragingen jongeren in experimentele en controlewijken) zijn onder andere de gemiddelde scores (proporties) op alcoholgebruik ooit, alcoholgebruik laatste maand en binge drinken tijdens de verschillende metingen weergegeven. Zo zien we dat binge drinken in de controlewijk bij de eerste meting niet voorkomt en we zien dat alcoholgebruik laatste maand en ooit bij de eerste meting in de experimentele wijken net iets lager ligt. Maar we zien ook dat verschillen tussen de experimentele en controlewijk zeer beperkt zijn. Opvallend is ook dat de algemene ontwikkelingstrend sterk vergelijkbaar is. Hetzelfde geldt voor andere probleemgedragingen zoals antisociaal gedrag, roken, hashgebruik en harddruggebruik. De trend is vergelijkbaar maar de hoogte van de

prevalenties verschilt uiteraard. Zo komt in het algemeen alcoholgebruik relatief vaak voor. Het harddrugsgebruik is gering. Iets anders dat hier opvalt is dat alcohol en drugsgebruik met de jaren toeneemt. Voor antisociaal gedrag (hier gemeten over het laatste jaar) geldt dat niet. We zien hier de hoogste score in de controlewijken voor 13-15 jarigen en in de experimentele wijken voor 14-16 jarigen. Maar daarna neemt dit af.

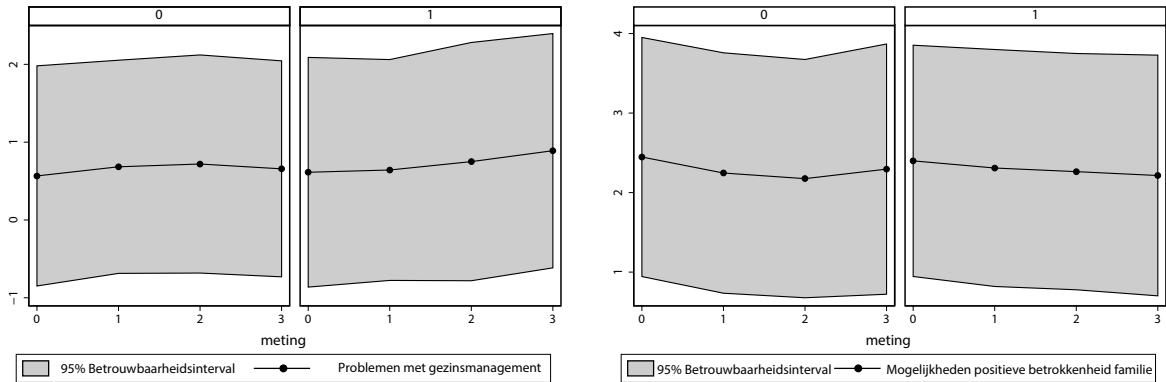
Figuur 8.2 Proporties probleemgedrag van jongeren in experimentele en controlewijken
(0 = controlewijken, 1 = CtC wijken)



Ontwikkeling risicofactoren en beschermende factoren over de jaren

Ook de risicofactoren en beschermende factoren die jongeren laten zien over een vierjarige periode in de experimentele en controlewijken laten vergelijkbare ontwikkelingspatronen zien. Figuren 8.3 (Ontwikkeling risicofactoren en beschermende factoren) laat hier twee voorbeelden van zien. De ontwikkeling van de risicofactor Problemen met gezinsmanagement en de ontwikkeling van de beschermende factor Mogelijkheden van Positieve Betrokkenheid thuis (FP2) worden afgebeeld.

Figuren 8.3 Ontwikkeling van risicofactoren en beschermende factoren (0 = controlewijken, 1 = CtC wijken)



8.5 Effectschattingen

Multilevel analyses

In de eerste analyses die wij hebben uitgevoerd op het panelbestand hebben we bekeken in hoeverre CtC het ontstaan van verschillende vormen van probleemgedrag vertraagd of verminderd. We waren hierbij geïnteresseerd in het moment waarop jongeren beginnen met drinken, roken, hasj te gebruiken en antisociaal gedrag ontwikkelen (survivalanalyse). Uit beschrijvende statistieken bleek echter al dat in sommige steden (en het totaal over steden) te weinig jongeren geobserveerd waren die op de verschillende meetmomenten nieuw probleemgedrag rapporteerden. Hierdoor konden de analyses voor twee probleemgedragingen niet uitgevoerd worden. Het gaat om het ontstaan van antisociaal gedrag en hasjgebruik.

Daarnaast is gebleken dat het gebruik van de gewichten die met de full matchingsprocedure aangemaakt zijn relatief weinig precisie toevoegden. Tegelijkertijd bemoeilijkte het gebruik van deze gewichten het schatten van de logistisch multilevel modellen ernstig. Om deze reden hebben we besloten om voor de analyses van het probleemgedrag de gewichten niet mee te nemen in de modellen.

In de tabellen 8.6 en 8.7 worden de multilevel analyses van de timing wanneer een jongere begint met drinken en roken gepresenteerd. Uit de analyses blijkt dat er geen significant effect van CtC op het beginnen met drinken en roken kan worden vastgesteld. Wel valt te zien dat leeftijd een belangrijke voorspeller is voor timing waarop men start met alcohol en drinken: hoe ouder een jongere is, hoe groter de kans op het ontstaan van dit probleemgedrag. Ook is zichtbaar dat het meetmoment negatief gerelateerd is aan het voor het eerst drinken en roken. Dit effect neemt echter niet toe bij opeenvolgende metingen.

Tabel 8.6 Multilevel analyse van de timing wanneer een jongere begint met drinken

(n (observaties) = 1360, n (individuen) = 629, n (gematchte sets) = 178)

	Model 0: alleen intercept	Model 1: covariaten	Model 2: meting en conditie	Model 3: Interactie
	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)
Constante	-0,511 (,061)***	-0,704 (,331)*	-0,742 (,315)*	-0,730 (,316)*
Stad 2: Gouda		-0,190 (,180)	-0,131 (,168)	-0,131 (,168)
Stad 3: Middelburg		-0,109 (,188)	-0,097 (,177)	-0,094 (,177)
Stad 4: Spijkenisse		0,004 (,222)	-0,009 (,210)	-0,010 (,211)
Stad 5: Zwijndrecht		-0,147 (,279)	-0,334 (,268)	-0,332 (,268)
Geslacht: ref=Man		0,272 (,051)	-0,080 (,120)	-0,082 (,120)
Leeftijd		0,272 (,051)***	0,589 (,077)***	0,591 (,077)***
Etniciteit: ref=Allochtoon		-0,050 (,037)	-0,061 (,036)	-0,061 (,036)
Propensity score		-0,224 (,444)	-0,280 (,436)	-0,278 (,436)
Meting 2			-0,354 (,197)*	-0,354 (,169)*
Meting 3			-1,285 (,197)***	-1,288 (,197)***
Meting 4			-1,132 (,261)***	-1,264 (,360)***
Conditie (referentie=con- trole)			-0,068 (,129)	-0,092 (,136)
Conditie x meting 4				0,204 (,377)
Variatiecomponenten				
Individu	,000	,135	,000	,000
Paar	,068	,065	,026	,027

* = p<,05 , ** = p<,01 en *** = p<,001

b = regressiecoëfficiënt

s.f. = standaardfout

Tabel 8.7. Multilevel analyse van de timing wanneer een jongere begint met drinken

(n (observaties) = 1884, n (individueen) = 630, n (gematchte sets) = 178)

	Model 0: alleen intercept	Model 1: covariaten	Model 2: meting en conditie	Model 3: Interactie
	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)
Constante	-1,877 (,078)***	-2,106 (,436)***	-2,168 (,451)***	-2,140 (,452)***
Stad 2: Gouda		-0,052 (,250)	-0,024 (,256)	-0,023 (,256)
Stad 3: Middelburg		0,412 (,253)	0,425 (,259)	0,429 (,259)
Stad 4: Spijkenisse		0,452 (,293)	0,418 (,301)	0,419 (,301)
Stad 5: Zwijndrecht		0,394 (,362)	0,279 (,373)	0,285 (,373)
Man		-0,070 (,172)	-0,075 (,178)	-0,076 (,176)
Leeftijd		0,142 (,061)*	0,386 (,108)***	0,383 (,108)***
Etniciteit (referentie=allochtoon)		-0,001 (,051)	-0,007 (,052)	-0,007 (,052)
Propensity score		-0,524 (,577)	-0,721 (,608)	-0,713 (,609)
Meting 2			-0,085 (,217)	-0,083 (,217)
Meting 3			-0,969 (,281)***	-0,964 (,281)***
Meting 4			-0,675 (,352)	-0,849 (,437)
Conditie (referentie=controle)			0,025 (,190)	-0,028 (,205)
Conditie x meting 4				0,277 (,404)
Variantiecomponenten				
Individu	,056	1,081	1,203	1,205
Paar	,029	,000	,000	,000

* = p<,05 , ** = p<,01 en *** = p<,001

b = regressiecoëfficiënt

s.f. = standaardfout

Probleemgedragingen

Daarnaast hebben we ook gekeken naar het effect van CtC op de probleemgedragingen. In Tabel 8.8 (Effect van CtC op probleemgedragingen) zijn de regressiecoëfficiënten behorende bij de interactie tussen conditie en meting 4 weergegeven. Deze coëfficiënten geven het contrast weer tussen de CtC-wijken op tijdstip 4 ten opzichte van de hoofdeffecten van conditie en tijdstip. Voor de losse steden kon dit effect niet worden vastgesteld omdat te weinig jongeren met probleemgedragingen tijdens de verschillende metingen waren geobserveerd. De effecten van CtC op het vaak gebruiken van hasj (ja/nee) en het gebruik van harddrugs (ja/nee) kon zelfs over de steden heen niet geschat worden omdat te weinig jongeren dit gedrag vertoonden. Dit is niet verbazingwekkend, omdat hier de leeftijdscategorie 12-18 jaar wordt onderzocht en deze gedragingen zich vaak op latere leeftijd pas ontwikkelen. Over de steden heen valt te zien dat ook andere gedragingen niet veel zijn geobserveerd; deze cellen laten hele grote standaardfouten zien. Ook uit deze analyses blijkt dat er geen impact van CtC op de probleemgedragingen gevonden kan worden.

Tabel 8.8 Effect van CTC op probleemgedragingen

	Hele steekproef b (s.f.)
Alcohol ooit	0,077 (,391)
Alcohol laatste maand	-0,444 (60,860)
Binge drinken	-0,287 (5,830)
Roken laatste maand	-0,817 (19,382)
Hash laatste maand	
Harddrugs ooit	
Delinquentie	0,816 (4,157)
Depressief	0,297 (10,087)

* = $p < 0,05/8$

b = regressiecoëfficiënt

s.f. = standaardfout

Risico- en beschermende factoren

Een van de belangrijke vragen van dit longitudinale onderzoek is: kunnen de, door de steden geselecteerde, risicofactoren verlaagd worden door jongeren bloot te stellen aan de CtC strategie danwel kunnen de beschermende factoren worden verhoogd? In de Tabellen 8.9 en 8.10 staan de regressiecoëfficiënten en bijbehorende standaardfouten gepresenteerd. Net als in het vorige hoofdstuk valt waar te nemen dat er geen enkel effect van CtC gevonden kan worden op de geprioriteerde risico- en beschermende factoren. Hier komt hetzelfde beeld naar voren: de effecten zijn over het algemeen heel klein en niet altijd in de richting waarvan men ze zou verwachten.

Tabel 8.9 Effect van CTC op gekozen risicofactoren

	Hele steekproef	Capelle	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht
	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)
Problemen met gezinsmanagement	0,051 (,031)	0,116 (,075)	-0,047 (,053)	0,079 (,067)	-0,006 (,082)	0,079 (,093)
Conflicten in het gezin	0,009 (,045)	-0,004 (,094)	0,013 (,090)	0,053 (,080)	-0,047 (,128)	0,194 (,139)
Ouders die probleemgedrag bevorderen door hun houding	0,029 (,035)	0,127 (,068)	0,097 (,074)	-0,165 (,066)	0,038 (,101)	0,033 (,108)
Vroeg begin van het antisociaal gedrag	0,050 (,083)	0,101 (,139)	0,073 (,134)	-0,476 (,188)	0,420 (,285)	0,133 (,215)
Vroeg begin alcohol en drugsgebruik	0,134 (,072)	-0,052 (,158)	0,147 (,132)	0,268 (,154)	0,106 (,188)	0,067 (,203)
Omgang met vrienden die probleemgedrag bevorderen	0,012 (,033)	-0,058 (,071)	0,067 (,048)	0,073 (,083)	0,060 (,115)	-0,079 (,109)
Gebrek aan binding met de wijk	-0,035 (,051)	-0,026 (,102)	0,058 (,087)	0,011 (,103)	-0,134 (,166)	-0,206 (,173)
Gebrek aan organisatie in de wijk	-0,050 (,041)	-0,018 (,091)	0,068 (,070)	-0,320 (,092)	0,111 (,087)	-0,155 (,125)
Hoge mate van doorstroming	0,025 (,033)	-0,063 (,067)	0,076 (,057)	0,088 (,079)	0,101 (,098)	-0,087 (,108)
Verkrijgbaarheid van drugs en wapens	0,059 (,109)	0,185 (,212)	0,339 (,219)	-0,437 (,232)	0,423 (,302)	-0,492 (,342)
Maatschappelijke normen die antisociaal gedrag bevorderen	-0,013 (,046)	0,174 (,099)	0,034 (,074)	-0,098 (,090)	-0,090 (,121)	-0,063 (,159)
Leerachterstanden	0,070 (,048)	0,105 (,097)	0,235 (,087)	-0,028 (,084)	-0,028 (,160)	0,016 (,165)
Gebrek aan binding	0,049 (,037)	0,146 (,077)	0,028 (,068)	0,091 (,068)	-0,018 (,099)	0,032 (,157)

* = $p < 0,05/13$

b = regressiecoëfficiënt

s.f. = standaardfout

Tabel 8.10 Effect van CTC op gekozen beschermende factoren

	Hele steek- proef	Capelle	Gouda	Middelburg	Spijkenisse	Zwijndrecht
	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)	b (s.f.)
Mogelijkheden voor positieve betrokkenheid	-0,039 (,058)	-0,093 (,119)	-0,074 (,105)	-0,026 (,107)	-0,161 (,160)	0,186 (,212)
Sociale vaardigheden	0,005 (,040)	-0,125 (,079)	0,109 (,066)	-0,127 (,091)	0,082 (,117)	0,152 (,122)
Hechtingssterkte gezin	-0,049 (,034)	-0,188 (,073)	-0,015 (,058)	-0,020 (,063)	0,093 (,097)	-0,078 (,102)
Gezonde opvattingen, duidelijke normen	-0,057 (,036)	-0,056 (,062)	-0,140 (,068)	-0,147 (,084)	0,074 (,116)	0,104 (,109)
Binding met school	-0,073 (,040)	-0,193 (,077)	-0,001 (,068)	-0,230 (,099)	0,106 (,112)	0,177 (,116)

* = $p < 0,05/5$

b = regressiecoëfficiënt

s.f. = standaardfout

Latente groeicurve

In 2008 heeft 16,1% van de jongeren de afgelopen maand alcohol gebruikt (de uitkomstmaat die we hier deze andere onderzoekstechniek onderzoeken). Een jaar later is dat 27,1%, in 2010 is dat 40,7% en bij de laatste meting (2011) geeft 62,1% van de jongeren aan de laatste maand alcohol gedronken te hebben.

In model 1 hebben wij eerst het intercept slope-model onderzocht. De intercept (ook wel constante genoemd) is waar de ontwikkeling begint bij de eerste meting. In ons geval is het de beginscore zoals wij die wij hebben vastgesteld in 2008 onder de 12-14 jarige jongeren bij de nulmeting. De variantie bij deze beginmeting is betrekkelijk groot (11,66, $p=0,00$). We zien ook dat het alcoholgebruik ieder jaar toeneemt met 1,64 ($p=0,00$). Niet alleen de trend is betekenisvol maar ook de variantie op deze trend is significant (1,01, $p=0,00$). Dat betekent dat er individuele verschillen zijn in de ontwikkelingspatronen van alcoholgebruik. We zien dat het hier geschatte model niet afwijkt van geobserveerde data ($p=0,2983$).

In model 2 hebben we vervolgens gekeken of het gebruik van alcohol mogelijk met de jaren sterker toeneemt. Dat hebben we onderzocht door in het SEM-model een quadratische functie toe te voegen. Zowel de slope (1,172, $p=0,054$) als de quadratische functie (0,143, $p=0,38$) zijn nu niet significant. Tegelijk zien we ook dat het totale model nu afwijkt van de geobserveerde data (loglikelihood ratio test=0,04). Zowel de AIC als de BIC komen in model 2 hoger uit dan in het eerste model. Om deze reden halen wij nu de kwadratische functie weer uit het model. We gaan uit van een lineaire ontwikkeling van alcoholgebruik van jongeren.

Tot slot hebben wij in model 3 getest of er ook een verschil is tussen experimentele en controle-wijk en het intercept en slope model opnieuw getest. We stellen vast dat er geen E-C-verskil is in de beginscore van alcoholgebruik (-0,108, $p=0,78$) maar, en dat is voor ons onderzoek belangrijker, ook geen verschil in de trendscore (0,156, $p=0,342$). We kunnen dus op basis van dit onderzoek niet vast-

stellen dat met de inzet van Communities that Care het gebruik van alcohol in de experimentele wijk meer afneemt (maar ook niet toeneemt). Daarmee bevestigt ook deze analyse wat we eerder met beschrijvende en multilevel analyses hebben vastgesteld: de wijkgerichte interventie CtC brengt het alcoholgebruik van jongeren gedurende deze onderzoeksperiode niet omlaag. We hebben dit ook voor de andere probleemgedragingen geprobeerd en daaruit kunnen we dezelfde conclusie trekken: geen effect op de ontwikkeling van probleemgedragingen.

Tabel 8.11. Resultaten van de latente groeicurve analyse

	Model 1	Model 2	Model 3
H0	-1405.679	-1404.372	-1912.843
AIC	2821.358	2826.743	3841.685
BIC	2844.686	2868.734	3879.011
loglikelihood ratio test	0.283	0.04	
Intercept	0	0	0
Slope	1.64 (0.00)	1.172 (0.054)	1.542 (0.00)
Quadratic		0.143 (0.38)	
Experiment on I			-0.108 (0.78)
Experiment on S			0.156 (0.342)

8.6 Conclusie

Het doel van dit hoofdstuk was om de effecten van Communities that Care vast te stellen op de ontwikkeling van jongeren. Wij hebben in dit longitudinale onderzoek onderzocht of deze preventieve interventie de ontwikkeling van probleemgedragingen van jongeren verminderd. Tegelijkertijd hebben wij ook onderzocht of er een effect vast te stellen is op de ontwikkeling van onderliggende factoren. Deze onderliggende factoren (risicofactoren, beschermende factoren) kunnen worden beschouwd als intermediaire factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van probleemgedragingen. Dat is wat in verschillende onderzoeken naar voren is gekomen (zie introductie hoofdstuk). Het zijn deze intermediaire factoren die met deze preventieve strategie aangepakt worden. Hier hebben wij de vraag gesteld of het zo is dat de geprioriteerde risicofactoren in de wijken die met CtC werken afnemen. Is het zo dat de geprioriteerde beschermende factoren er in de experimentele wijken op vooruitgaan?

Door de ontwikkeling van jongeren over de jaren te volgen en ontwikkelingspatronen van jongeren in experimentele (CtC) wijken te vergelijken met die van jongeren uit controlewijken met vergelijkbare achtergronden, zouden wij de invloed moeten kunnen vast stellen.



De resultaten van ons onderzoek zijn teleurstellend. Wanneer de prevalenties van de probleemgedragingen, risicofactoren en beschermende factoren over de jaren van de jongeren in de twee groepen naast elkaar worden gezet zien wij geen verschil. Wij zien nauwelijks verschil in de sterkte, noch in de ontwikkeling. Wanneer wij gebruik maken van moderne analysetechnieken (multilevel analyse, structural equation modeling) die vandaag de dag worden gebruikt voor de analyse van dergelijke vraagstukken en corrigeren voor verschillende factoren die de ontwikkeling zouden kunnen beïnvloeden zien wij nog steeds geen betekenisvolle verschillen tussen beide groepen. Net als het cross-sectionele onderzoek moeten we ook op basis van dit panelonderzoek vaststellen dat de preventieve interventiestrate-

gie Communities that Care geen enkele invloed heeft op het tegengaan van probleemgedragingen, noch op het terugdringen van risicofactoren, noch op het versterken van beschermende factoren.

Ook in dit deel van de studie spelen enkele beperkingen een rol die van invloed zouden kunnen zijn geweest op de uitkomsten. Allereerst zijn wij er niet in geslaagd om de groepen te randomiseren. Om deze reden hebben wij gebruik gemaakt van de propensity score matching. Wij hebben in het onderzoek ruim aandacht besteed aan de achtergrondkenmerken van de jongeren. We zagen al dat er bij aanvang van de studie grote overeenkomst bestond tussen beide groepen. De kleine verschillen die er nog bestonden zijn met de toepassing van de matchingsprocedure nog meer recht getrokken. Hierbij konden we gebruik maken van een groot aantal kenmerken waarvan we weten dat ze invloed hebben op de ontwikkeling van het onderwerp dat hier wordt bestudeerd. Uiteindelijk kunnen er nog enkele achtergrondkenmerken een rol hebben gespeeld waar wij in onze analyse geen rekening mee hebben gehouden. Maar de kans daarop achten wij gering omdat wij, zover wij de theorie overzien, rekening hebben gehouden met belangrijke achtergrondvariabelen. Met de onderzoeksgroep waarvan wij de gegevens konden gebruiken kunnen grote en middelmatige effecten worden vastgesteld. Maar hiermee kunnen geen kleine effecten worden vastgesteld. Uiteindelijk kan het zijn dat CtC in Nederland wel effecten bereikt, maar kleine. Maar dat resultaat kunnen wij niet vaststellen. In eerdere hoofdstukken hebben wij laten zien dat CtC niet overal even sterk en niet lang genoeg is ingevoerd. En wij hebben ook vastgesteld dat er onvoldoende is gewerkt met effectieve programma's. Daarop zullen wij verder ingaan in het laatste hoofdstuk, waarin we de conclusies van het onderzoek met elkaar verbinden.

9 Conclusie: CtC als sturinginstrument voor preventie

Het onderzoeksdesign

	2008	2009	2010	2011
<p>Experimenteel</p> 	<p>Voormeting Crosssect Panel</p> <p>Preventieteam M&B Sleutelfiguren Programma's</p>	<p>Panel</p> <p>Preventieteam M&B Sleutelfiguren Programma's</p>	<p>Panel</p> <p>Preventieteam M&B Sleutelfiguren Programma's</p>	<p>Nameting Crosssect Panel</p> <p>Preventieteam M&B Sleutelfiguren Programma's</p>
Matching				
<p>Controle</p> 	<p>Voormeting Crosssect Panel</p> <p>Sleutelfiguren Programma's</p>	<p>Panel</p>	<p>Panel</p>	<p>Nameting Crosssect Panel</p> <p>Sleutelfiguren Programma's</p>

9.1 Inleiding

Eind 1989 werd Communities that Care in Nederland geïntroduceerd. Inmiddels wordt het door ongeveer twintig steden gebruikt als preventieve aanpak van probleemgedrag van kinderen en jongeren. Achterliggende gedachte is dat het wenselijk is dat kinderen opgroeien in veilige wijken waarin zij zich op een gezonde wijze kunnen ontwikkelen. In deze studie wilden wij de impact van het CtC-programma onderzoeken. Het doel van deze impactstudie is onderzoeken wat de effecten en resultaten zijn van de preventiestrategie CtC in Nederland met betrekking tot het terugbrengen van het probleemgedrag van jongeren. Wij vergelijken trends in experimentele en controlewijken met betrekking tot het terugdringen van gedrags- en ontwikkelingsproblemen van jonge mensen over een vier jaar lange tijdsperiode. We zijn geïnteresseerd in initiatie, frequentie en stabiliteit van alcoholgebruik, roken, drugsgebruik, antisociaal gedrag, seksualiteit gerelateerd probleemgedrag alsmede depressie van jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. Naast deze primaire uitkomsten zijn wij ook geïnteresseerd in secundaire uitkomsten. Daarbij gaat het dan om trends in experimentele en controlewijken met betrekking tot risicofactoren en protectieve factoren in het gezin, de school, de vriendengroep en de buurt. Ook de ontwikkeling van deze factoren wordt onderzocht in de vierjarige periode.

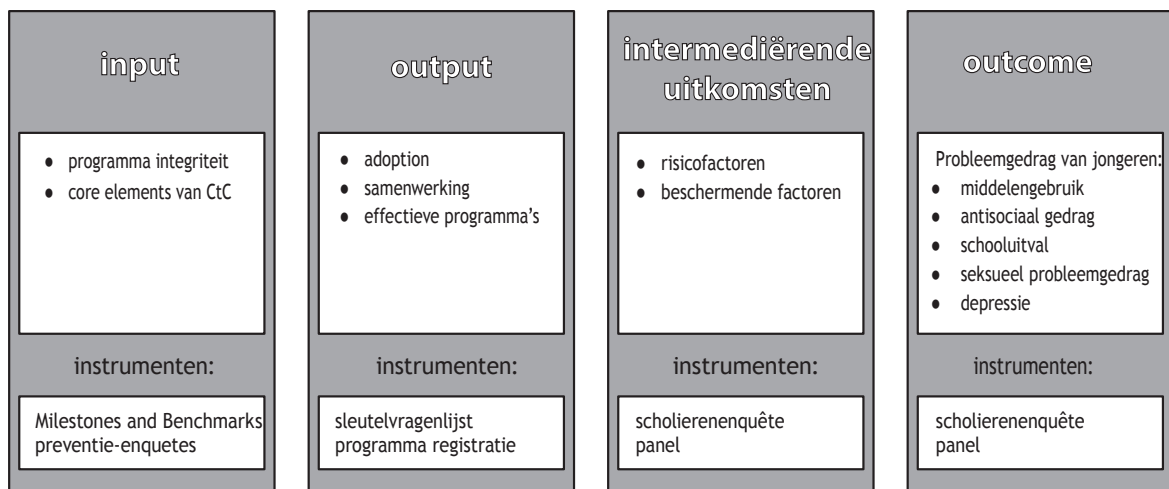
Daarnaast besteden we in het onderzoek aandacht aan de wijze waarop in de buurten met het programma wordt gewerkt, hoe samenwerkingscoalities worden gevormd en hoe preventie in experimentele en controlewijken vorm krijgt. We zijn nagegaan hoe de implementatie van het programma in de experimentele wijken is verlopen (wordt het ingevoerd zoals bedoeld is) en hoe binnen de experimentele wijken met het programma wordt gewerkt. Zijn er knelpunten of belemmeringen bij de implementatie die maken dat het programma aangepast zou moeten worden op de lokale situatie? Ten slotte is onderzocht of het wijkgerichte preventieprogramma CtC de werkwijze in de wijken ook daadwerkelijke verandert (impact evaluatie).

Om deze vragen te beantwoorden is een vierjarig onderzoek opgezet waarbij wij de volgende doelstellingen voor ogen hebben:

1. het onderzoeken van de effecten en resultaten van de preventiestrategie CtC in het reduceren van het niveau van alcohol- en drugsgebruik en andere probleemgedragingen van jonge adolescenten en het niveau van risico's en in het versterken van protectieve factoren;
2. het onderzoeken van de effecten van CtC op het niveau van samenwerking tussen instituten, organisaties en groepen in steden en wijken van Nederland;
3. het onderzoeken van de effecten van CtC op de wijze waarop met preventie wordt omgegaan (gerichte preventie, gebruik van risicofactoren en beschermende factoren, het gebruik van effectieve en veelbelovende programma's).

CtC is een uitgeschreven preventiesysteem voor de ontwikkeling en transformatie van het lokaal preventieve werk in steden en wijken waarmee probleemgedrag van jongeren kan worden gereduceerd. CtC mobiliseert en versterkt samenwerking van verschillende partijen door het vaststellen van problemen, planning en activiteiten om een op wetenschappen gebaseerd preventiesysteem op te bouwen. Het reduceren van de prevalentie van probleemgedragingen wordt nagestreefd door te interveniëren op risicofactoren die hoog en beschermende factoren die laag worden ervaren door de jongeren in gemeenschappen en door het inzetten van effectieve en geteste programma's.

Figuur 9.1 Uitkomstmaten van het onderzoek en gehanteerde instrumentarium



9.2 *Input*

Programmaintegriteit

Een van de kernelementen van CtC is dat de implementatie volgens eenzelfde wijze gebeurt, aan de hand van trainingen, coaching, waarbij gebruik wordt gemaakt van dezelfde instrumenten zoals het bronnenboek, de CtC-gids en dergelijke. Hiertoe zijn volgens de CtC-strategie in elke fase een aantal doelen ('Milestones') benoemd om een zo optimaal mogelijke implementatie van CtC te realiseren. Met een op de Amerikaanse 'Milestones & Benchmarks Rating Tool' gebaseerd Nederlands instrument is voor de CtC-locaties geïnventariseerd welke doelen en subdoelen er volgens de projectleiders op elke locatie gerealiseerd zijn. Hiermee is de programma-integriteit gemeten. Nagegaan is of CtC overal volgens plan is uitgevoerd en waar zich knelpunten voordeden.

Men kan concluderen dat er sprake is van programma integriteit, de onderdelen van CtC zijn uitgevoerd zoals bedoeld. In alle steden zijn de fasen een tot en met vier uitgevoerd. Dat wil zeggen dat 1) het opstarten CtC, 2) het introduceren van CtC, 3) het maken van een wijkprofiel en 4) het daarop gebaseerde preventieplan gerealiseerd zijn. Wel kan men vaststellen dat men nog volop bezig is met de laatste fase van de implementatie namelijk 5) de uitvoering van het preventieplan. Onderdeel van deze fase is dat de uitkomsten van de scholierenenquête gebruikt worden om de aanpak te evalueren en waar nodig bij te stellen of aan te passen. De laatste meting viel tegelijkertijd met de scholierenenquête zodat er nog geen resultaten waren. In Spijkenisse is aangegeven dat men niet verder gaat met CtC, maar het preventieplan wil integreren in de wijkgerichte aanpak waarmee in andere wijken al gewerkt wordt.

CtC is niet een aanpak die men makkelijk kan uitvoeren in stad, wijk of regio. Het vergt nogal wat investering in de vorm van trainingen en coaching. Door de jaren heen worden er dan ook allerlei uitdagingen of belemmeringen genoemd bij het realiseren van de verschillende doelstellingen. Belangrijkste is dat er verwacht wordt dat de aanpak gebaseerd is op een grondige analyse van de bestaande situatie. Aangegeven wordt dat het verzamelen van die gegevens niet eenvoudig is. Met name het overzicht krijgen van wat er al gebeurt in de wijk aan interventies, programma's, preventieve aanpakken en het in kaart brengen van netwerken wordt als een zware klus ervaren. Ook aanvullende informatie over risico- en beschermende factoren is lastig te verkrijgen. In alle CtC-locaties is zowel een stuurgroep als een preventieteam samengesteld. Het is gelukt om een brede samenstelling van organisaties in de buurt te betrekken bij de strategie. Minder gemakkelijk is het om bewoners(organisaties) erbij betrokken te krijgen. Men kan concluderen dat CtC in Nederland een aangelegenheid is van professionals, in mindere mate worden de bewoners bij de uitvoering ervan betrokken. De gemeenschapsbrede aanpak van CtC is in alle steden gericht op professionals en dat is een typisch Nederlands (of misschien wel beter Europees) kenmerk van de aanpak.

Het preventieteam

Het preventieteam is te zien als het uitvoeringsorgaan van CtC. In het preventieteam zitten vertegenwoordigers van instellingen die (preventie)programma's en projecten voor jeugdigen uitvoeren. Het preventieteam stelt het wijkprofiel op, prioriteert risico- en beschermende factoren, maakt het preventieplan en zorgt ervoor dat dit plan wordt uitgevoerd en de resultaten in kaart worden gebracht waarna de cyclus vervolgens wordt herhaald. In het onderzoek is nagegaan hoe dit preventieteam functioneert en hoe de onderlinge samenwerking eruit ziet en de werkwijze verandert met de introductie van het programma.

Men kan concluderen dat het op alle locaties is gelukt om een sectoroverschrijdende samenwerking te realiseren. Wat betreft de samenwerking zien we dat men streeft naar een zo breed mogelijke vertegenwoordiging van organisaties in het preventieteam. In alle teams zijn de gemeenten, de jeugdgezondheidszorg, het jongerenwerk, het onderwijs en het opbouwwerk vertegenwoordigd. De organisaties wiens kerntaak niet preventie is, nemen in mindere mate deel aan het preventieteam. Het betreft de Bureaus Jeugdzorg, woningcorporaties of de thuiszorg. De samenwerking in het preventieteam wordt zeer gewaardeerd. De samenwerking wordt als efficiënt, duurzaam, daadkrachtig en effectief beschouwd. De betrokkenheid van de mensen in het preventieteam is over het algemeen goed. De stabiliteit van de preventie wisselt. Er is sprake van veel wisselingen in de samenstelling van de teams. Ook de projectleiders zijn nogal eens gewisseld wat maakt dat het inwerken van nieuwe leden niet altijd zorgvuldig is gebeurd.

Men schat de impact van CtC dan ook hoog in. De leden zijn ook van mening dat CtC veranderingen teweeg brengt in de preventieaanpak van problemen bij de jeugd. De leden zijn van mening dat CtC invloed heeft op de kwaliteit van de aanpak, de samenwerking en op het aanbod dat beter aansluit op de behoefte en problemen van jongeren. Hierdoor worden de problemen eerder gesignaleerd, beter verwezen en vallen minder jongeren tussen het wal en het schip. Op de meeste schalen scoren de gemeenten in de verschillende jaren bovengemiddeld. Daarnaast heeft CtC ook invloed gehad op de werkwijze van professionals en instellingen. Wel zijn de preventieteams van mening dat deze invloed aan het begin sterker was dan na drie jaar.

In alle gemeenten is er draagvlak voor CtC. In de meeste gemeenten wordt de hoeveelheid ondersteuning als positief ervaren. Na anderhalf jaar (eerder dan de bedoeling is) wordt de coaching afgerond. Dit is ook te merken in de scores over tevredenheid die dan afnemen. Daarnaast geeft meer dan de helft van de preventieteamleden aan dat de CtC-aanpak makkelijk te gebruiken is. Er is ook voldoende draagvlak binnen de organisaties voor CtC. Wel zijn er grote verschillen tussen de locaties als het gaat om de ervaringen van de leden van het preventieteam. Met name gebrek aan tijd en menskracht en de vele wisselingen in de bezetting van het team maken dat preventieleden in sommige locaties het moeilijk vinden om de uitvoering van het programma te combineren met hun reguliere werk en het een zware investering vinden.

9.3 *Output*

Het preventiedenken geadopteerd

We kunnen constateren dat er veel gebeurt op het gebied van preventieve aanpak van problemen bij jongeren. Alle wijken in dit onderzoek (zowel controle- als experimentwijken) hebben te maken met ernstige problemen als het gaat om jongeren en overlast, criminaliteit en gezinsmanagement. Hierop zijn verschillende preventiestrategieën ingezet waarbij sprake is van netwerken of samenwerkingsvormen. CtC wordt daarop aanvullend ingezet naast bestaande initiatieven op het terrein van preventie, zoals de CJG's, de ZAT en de lokale wijknetwerken. Ondanks deze overvloed van netwerken waarin de meeste instellingen en werkers elkaar tegenkomen is de invloed van CtC in de experimentele wijken duidelijk zichtbaar.

De meeste sleutelfiguren in de experimentele wijken geven aan dat CtC verandering te weeg heeft gebracht in de werkwijze en samenwerking tussen de instellingen. De uitkomsten van ons onderzoek

laten inderdaad zien dat er een verschil vast te stellen is in de wijze van preventief werken in CtC-wijken ten opzichte van de controlewijken. Als we kijken naar de werkwijze dan zien dat de preventieve aanpak in de CtC-wijken meer gebaseerd is op wetenschappelijke gegevens over de onderliggende oorzaken van probleemgedrag. Dit betekent dat er in de praktijk gericht en meer systematisch middelen en initiatieven worden ingezet. Wij stellen vast dat de sleutelfiguren in de CTC-wijken 'een hoger niveau van preventiewerken hebben geadopteerd'. Toch is het denken in beschermende en risicofactoren en het gebruiken van veelbelovende of effectieve interventies ook in de controlewijken een geaccepteerd onderdeel van de preventieaanpak.

Een tweede element waarop CtC succes boekt is de samenwerking tussen verschillende partijen en belanghebbenden in de wijk. De CtC-aanpak gaat ervan uit dat preventie aangepakt wordt door een zo breed mogelijk spectrum van betrokkenen in de buurt. Door het uitwisselen van informatie en het gebruik van verschillende instrumenten, wordt door het samenwerken een daadkrachtiger aanpak van preventie van probleemgedrag van jongeren gerealiseerd. We stellen vast dat er in Nederland sprake is van een intensieve samenwerking tussen veel verschillende partners, variërend van scholen, politie, welzijnswerkers tot buurtverenigingen en woningcoöperaties. Daarin is geen verschil vast te stellen tussen de experimentele en controlewijken. Echter, er is wel een verschil als het gaat om het oordeel over de samenwerking. Dan blijken sleutelfiguren in de experimentele wijken meer tevreden te zijn over de samenwerking op het terrein van preventie dan in de controlewijken. De ondersteuning van de preventieaanpak door de wijk, gemeente en organisaties is hoger in de CtC-wijken dan in de controlewijken. Ook de financiën worden meer ingezet ten behoeve van preventie (*en behandeling*) dan in de controlewijken. Sleutelfiguren in beide soorten wijken zijn kritisch over het effect van hun preventieve aanpak. Dit zal onder meer veroorzaakt worden door de economische crisis van de afgelopen jaren, waarin er minder financiële middelen en menskracht ter beschikking zijn, ook voor preventie. In de experimentele wijken blijkt de personele factor een rol te spelen, zoals het verlies aan centrale figuren en het gebrek aan menskracht.

Ondanks de kritische verwachtingen ten aanzien van de impact van hun preventieaanpak zien we een verschil tussen de controle- en experimentele wijk als gaat om de normen en houding van de gemeenschap ten aanzien van gezonde opvoeding. We zien een tendens dat er in de experimentele wijken een gezonder opvoedingsklimaat is in vergelijking met de controlewijken. Zowel wat betreft de houding van ouders ten opzichte van hasj, als van volwassenen ten opzichte van alcohol is er een significant verschil tussen de experimentele en controlewijk. Men kan concluderen dat er in de CtC-wijken op die punten een betere opvatting is ten aanzien van probleemgedrag van jongeren.

Effectieve programma's

We kunnen concluderen dat er meer programma's ingezet worden in de experimentele wijken dan in de controlewijken. Dit was al aan het begin van de start van CtC en is nog steeds zo aan het einde van het traject. Wat betreft de achterstand op dit terrein is in de controlewijken de afgelopen drie jaar veel geïnvesteerd. Hoewel in absolute aantallen het aanbod van preventieprogramma's in de controlewijken achterblijft ten opzichte van de experimentele wijken, blijkt dat de toename van programma's hoger is.

Een verklaring is dat de programma's die ingezet worden in het kader van CtC een breder gebied omvatten dan alleen de experimentele wijk. In de controlewijken wordt men geconfronteerd met een vergelijkbare (en soms zwaardere) problematiek en wil men niet werkloos toekijken. Dit heeft ertoe geleid dat in de controlewijken van een tweetal gemeenten (Spijkenisse en Zwijndrecht) precies hetzelfde aanbod is ontwikkeld in 2011 als in de experimentele wijken. In Middelburg is uit de scholie-

renenquête gebleken dat de problematiek in de controlewijk eigenlijk groter was dan in de experimentele wijk. Daarom is men daar (anders dan met de gemeente was afgesproken) op 'CtC-achtige' wijze hetzelfde aanbod gaan inzetten. Hoewel er dus in absolute zin meer programma's ingezet worden in de CtC-wijken, kan men concluderen dat er ook in de controlewijken veel geïnvesteerd is en dat deze wijken meeprofiteren van CtC.

Een andere verwachting was dat de introductie van CtC mogelijk tot gevolg kon hebben dat er 1) meer gerichtere inzet van programma's zou plaatsvinden en 2) niet effectieve of veelbelovende programma's of interventies zouden stoppen. Van stroomlijning van het preventieve aanbod - hetgeen af te lezen zou zijn aan een vermindering van het totale aantal ingezette niet effectieve interventies en programma's - lijkt over het totaal van de vijf experimentele wijken geen sprake te zijn. Dit zou erop kunnen duiden dat, wanneer programma's eenmaal zijn ingezet, het in de praktijk moeilijk blijkt om deze weer af te bouwen en/of er mee te stoppen. Ook in de experimentele wijk, ondanks dat hier sterk de nadruk op lag.

Een andere conclusie is dat, hoewel er met de inzet van het programma CtC getracht wordt om meer effectieve of veelbelovende programma's in te zetten, deze tendens minder sterk is dan verwacht. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er te weinig interventies in Nederland beschikbaar zijn dan op gemeenschapsniveau gewenst (met de Databank Effectieve interventies van het Nederlands Jeugdinstituut als referentiepunt). De meeste effectieve interventies en programma's worden ingezet op het domein Gezin. Het lijkt erop dat de meeste van de erkende interventies in de Databank die in steden en wijken in te zetten zijn ook te vinden zijn in dit domein. Daarentegen worden geen erkende interventies op buurtniveau ingezet ondanks dat geprioriteerde risicofactoren van de experimentele wijken binnen dit domein worden gezocht. Een inventarisatie binnen de Databank laat zien dat er op dit moment maar twee erkende interventies zijn die gericht zijn op het domein Buurt. Deze programma's zijn vervolgens ook nog op zeer specifieke doelgroepen gericht, namelijk 'Marokkaanse buurtvaders' en 'Armoede en gezondheid van kinderen'. Voor de meeste risicofactoren op buurtniveau (zoals bijvoorbeeld *Verkrijgbaarheid van drugs of wapens*) zijn er dus überhaupt (nog) geen effectieve interventies.

Zowel in de experimentele wijken als in de controlewijken zien we een sterke groei van het totale aantal erkende interventies. Dat zal samenhangen met het feit dat in Nederland sowieso de tendens merkbaar is dat er steeds meer gestuurd wordt op het inzetten van bewezen effectieve programma's. Lokale organisaties en instellingen worden daar steeds meer op afgerekend. Dit kan ook de groei van het aantal erkende interventies in de controlewijken verklaren.

Een andere conclusie is dat de programma's die CtC-gebieden inzetten gericht worden op risico en beschermende factoren die geselecteerd zijn op basis van het CtC-jeugdonderzoek. Op verschillende risicofactoren zijn er nauwelijks programma's voorhanden waar experimentele wijken gebruik van kunnen maken. Met name als het gaat om factoren binnen het domein buurt.

Ten slotte blijkt dat, zoals al eerder uit evaluatieonderzoeken naar CtC naar voren is gekomen, er nauwelijks geregistreerd wordt hoe het bereik van de inzet van de programma's is. Er zijn nauwelijks gegevens voorhanden over hoeveel mensen gebruik maken van deze preventieprogramma's, hoeveel jongeren en hun ouders worden bereikt, hoe lang ze aan de programma's mee doen et cetera. Het was voor de onderzoekers niet mogelijk daar een goed beeld van te krijgen ondanks dat dit geprobeerd is. Ook dit gebrek aan inzicht heeft eraan bijgedragen dat het moeilijk is om een inschatting te maken van het gebruik en de mogelijke toename van het gebruik door de inzet CtC.

9.4 *Intermediërende uitkomsten output*

Community-interventies die er op gericht zijn om problemen aan te pakken en of het welzijn en de gezonde ontwikkeling te versterken worden vaak uitgevoerd. Ook in Nederland. Hier worden resultaten van verwacht, maar de uitkomsten van programma's, projecten of interventies worden in ons land zelden onderzocht op communautair niveau. Ons studieontwerp is zo opgezet dat ook daadwerkelijk kan worden vastgesteld of de doelstellingen van het programma worden bereikt. We onderzochten de effecten op de ontwikkeling van adolescenten.

Het doel van deze sociale experimentele studie is het meten van de impact van het wijkgerichte preventieprogramma CtC op de ontwikkeling van jongeren in Nederland. We hebben de primaire (impact) resultaten onderzocht, zoals het effect op de prevalentie van alcoholgebruik, roken, drugsgebruik, delinquent en gewelddadig gedrag, aan seksualiteit gerelateerd probleemgedrag en depressie bij adolescenten. Op basis van theoretische vooronderstellingen en empirisch onderzoek elders gingen we ervan uit dat de preventiestrategie een breed spectrum van sociale uitkomstmaten zou beïnvloeden. We hebben ook secundaire (impact) resultaten gemeten zoals de effecten op risico- en beschermende factoren op het gebied van gezin, school, vrienden en omgeving. We veronderstelden dat het gemeenschapsgerichte preventieprogramma CtC een neerwaarts effect zou hebben op probleemgedrag en de risicofactoren van adolescenten. Aanvullend veronderstelden wij dat deze strategie een verhogend effect op de beschermende factoren van de adolescenten zou hebben. Maar uit onderzoek naar de jongeren in de controle- en experimentele wijken (onderzoek van voor- en nameting) konden we geen enkele invloed vinden van de interventie, noch op de risicofactoren, noch op de beschermende factoren als intermediërende uitkomstmaten. Uiteindelijk konden wij geen invloed vinden op een of meerdere probleemgedragingen. Er is geen zichtbaar effect van CtC op het alcohol of middelengebruik. Maar ook niet op criminaliteit, seksueel probleemgedrag of depressie/angsten.

Naast de cross-sectionele onderzoeken met z'n voor (2008) en nameting (2011), waarmee we in het algemeen de effecten hebben onderzocht, hebben we ook onderzocht of CtC effect heeft op de ontwikkeling van jongeren. Daarvoor hebben we een longitudinaal design gebruikt. En ook hiermee hebben wij onderzocht of deze preventieve interventie de ontwikkeling van probleemgedragingen van jongeren vermindert en of er een effect vast te stellen is op de ontwikkeling van onderliggende factoren. De onderliggende factoren (risicofactoren, beschermende factoren) hebben wij als intermediaire factoren gedefinieerd die van invloed zijn op de uiteindelijke ontwikkeling van probleemgedragingen. Met het beïnvloeden van deze intermediaire factoren wordt de preventieve winst behaald, zoals we dat in de Theorie van Verandering hebben verondersteld. Dat was in verschillende internationale en nationale onderzoeken naar voren gekomen (zie Hoofdstuk 1: Introductie). Het zijn deze intermediaire factoren die met deze preventieve strategie aangepakt worden. In dit deel van ons onderzoek hebben wij ook de vraag gesteld of het zo is dat de geprioriteerde risicofactoren in de wijken die met CtC werken afnemen. En is het zo dat de geprioriteerde beschermende factoren er in de experimentele wijken op vooruitgaan? Door de ontwikkeling van jongeren over de jaren te volgen en ontwikkelingspatronen van jongeren in experimentele (CtC) wijken te vergelijken met die van jongeren uit controlewijken met vergelijkbare achtergronden, zouden wij de invloed moeten kunnen vaststellen.

De resultaten van dit deel van ons onderzoek zijn teleurstellend. Wanneer de prevalenties van de probleemgedragingen, de risicofactoren en de beschermende factoren over de jaren van de jongeren van de twee groepen naast elkaar worden gezet, zien wij ook in het panelonderzoek geen verschil. Wij

zien nauwelijks verschil in de sterkte, noch in de ontwikkeling. Wanneer wij gebruik maken van moderne analysetechnieken (multilevel analyse, structural equation modeling) die vandaag de dag worden gebruikt voor de analyse van dergelijke vraagstukken, en corrigeren voor verschillende factoren die de ontwikkeling zouden kunnen beïnvloeden, zien wij nog steeds geen betekenisvolle verschillen tussen beide groepen. Net zoals we voor het cross-sectionele onderzoek vaststelden moeten we ook op basis van dit panelonderzoek vaststellen dat de preventieve interventiestrategie Communities that Care geen enkele invloed heeft op het tegengaan van probleemgedragingen, noch op het terugdringen van risicofactoren, noch op het versterken van beschermende factoren.

Ook in dit deel van de studie spelen enkele beperkingen een rol die van invloed kunnen zijn geweest op de uitkomsten. Allereerst zijn wij er niet in geslaagd om de groepen te randomiseren. Om deze reden hebben wij gebruik gemaakt van de propensity score matching. Wij hebben in het onderzoek ruim aandacht besteed aan de achtergrondkenmerken van de jongeren. We zagen al bij aanvang van de studie dat er grote overeenkomst bestond tussen beide groepen. De kleine verschillen die er nog bestonden zijn met de toepassing van de matchingsprocedure nog meer recht getrokken. Hierbij konden gebruik maken van een groot aantal kenmerken waarvan we weten dat ze invloed hebben op de ontwikkeling van het onderwerp dat hier wordt bestudeerd. Uiteindelijk kunnen er nog enkele achtergrondkenmerken een rol hebben gespeeld waar wij in onze analyse geen rekening mee hebben gehouden. Maar de kans daarop achten wij gering omdat wij, zover wij de theorie overzien, rekening hebben gehouden met belangrijke achtergrondvariabelen. Met de onderzoeksgroep waarvan wij de gegevens konden gebruiken kunnen grote en middelmatige effecten worden vastgesteld. Maar hiermee kunnen geen kleine effecten worden vastgesteld. Uiteindelijk kan het zijn dat CtC in Nederland wel effecten bereikt, maar kleine. Maar dat resultaat kunnen wij niet vaststellen.

Samenvattende conclusie

Het effectonderzoek bevestigt de eerdere resultaten van de evaluatieonderzoeken: CtC heeft inderdaad effect op de werkwijze en samenwerking van instellingen en instituten als het gaat om preventie van probleemgedrag van jongeren. Ook vanuit dit onderzoek kunnen wij de belangrijke conclusie trekken dat alle partijen in de experimentele CtC wijken het met elkaar eens zijn dat er met de inzet van het programma inderdaad meer samenwerking is tussen de verschillende sectoren. Maar er is niet alleen meer samenwerking. De samenwerking die er hier is wordt ook als heel positief beoordeeld. De samenwerking in de experimentele preventieteams wordt als efficiënt, effectief en daadkrachtig beoordeeld. De vergelijking tussen de controle- en experimentele wijk toont aan dat vooral de kwaliteit van de samenwerking verbetert als gevolg van CtC. Er is een significant verschil tussen de sleutelfiguren in de experimentele en controlewijken wat betreft de tijd en energie die men in preventie steekt en het integraal werken. Dit is mede het gevolg van het gezamenlijk opbouwen van een visie, het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal ten aanzien van preventie en het werken met een samenhangende planningsstructuur welke met CtC wordt ingezet.

Daarnaast is er een duidelijk verschil tussen de experimentele en controlewijken in het hanteren van een preventieaanpak die wetenschappelijk onderbouwd is. De experimentele wijken zijn verder in het gebruik van nieuwe preventieve inzichten. Het inzetten van preventieve programma's en het evalueren van de aanpak om deze eventueel bij te stellen zijn de afgelopen jaren uitgangspunten geworden van de experimentele wijken. In de controlewijk is hier nog nauwelijks sprake van. Wel kan men constateren dat de bewustwording van risico- en beschermende factoren en gebruik van effectieve programma's in Nederland een gemeengoed is. Daar wordt in experimentele en in controlewijken mee gewerkt. Maar dit om te zetten naar andere normen van ouders en een andere houding van

volwassenen in de wijk, is veel lastiger te organiseren. Men kan concluderen dat ondanks dat er zowel in de experimentele als in de controlewijk veel gebeurt op het gebied van preventie, men in de experimentele wijken in staat is een gezondere en veilige leefomgeving voor jongeren te realiseren.

Ten slotte heeft deze aanpak tot gevolg dat er bewustwording wordt gecreëerd over de programma's die zich richten op de geprioriteerde risico- en beschermende factoren in de wijk. Hoewel men in experimentele wijken tracht om ook daadwerkelijk effectieve programma's in te zetten zijn er in Nederland nog onvoldoende bewezen interventies die op de geselecteerde factoren ook daadwerkelijk ingezet kunnen worden.

Ondanks deze positieve uitkomsten op preventieve werkwijzen is het allemaal nog niet zichtbaar op het niveau van de jongeren zelf. Zowel in het cross sectionele onderzoek waar groepen jongeren in een leeftijdsgroep van twaalf tot achttien jaar zijn onderzocht, als in het panelonderzoek waar jongeren van twaalf tot veertien jaar (2008) gedurende vier jaar in hun ontwikkeling gevolgd zijn, is er geen effect te zien als het gaat om intermediërende factoren of om de uitkomstmaten (vermindere van het probleemgedragingen van jongeren).

Beperkingen en sterke kanten van het onderzoek

Natuurlijk moeten we hier ook enkele beperkingen van onze studie noemen. De eerste beperking is het geringe aantal gemeenten/wijken (communities) dat aan onze studie heeft meegedaan. Dat kan invloed hebben gehad op het vinden van resultaten. Het vinden van genoeg communities om samen te werken met onderzoekers over een langere tijd is ingewikkeld. In 2008 zijn slechts vijf steden in Nederland begonnen met deze interventie. Alle steden die op dat moment begonnen wilden aan onze vierjarige studie meedoen. Dit soort impactonderzoek is duur, zeker wanneer het - zoals in deze studie - ook gekoppeld wordt aan studieonderdelen die de invoering van het programma onderzoeken. De onderzoeksfinanciën stelden ons in staat vijf gepaarde gemeenschappen te onderzoeken, maar ook niet meer. Effecten van communityprogramma's moeten op het niveau van de community onderzocht worden. Het aantal eenheden dat op dat niveau meedoet moet dan ook groot genoeg zijn. Onderzoek van vijf om vijf wijken is uiteindelijk te beperkt om resultaten op het hogere niveau vast te stellen. Een andere beperking van onze impactstudie die ook van invloed was op de vergelijking van een voor- en nameting, was dat aan de eis van willekeurige toewijzing van studiewijken (zoals aan het begin van onze studie geformuleerd) uiteindelijk niet door alle steden kon worden voldaan. Hoewel we vervolgens gebruik konden maken van moderne technieken (PSM) om mogelijke vertekening door selectie te verminderen, bemoeilijkt dit toch het leggen van verbanden.

Daarnaast is er in het design voor gekozen om twee wijken in dezelfde stad te kiezen (gepaarde wijken). Dat leverde wat voordelen op omdat we de scholierenenquête op gemeentelijk niveau konden uitzetten. Omdat de meeste scholieren niet automatisch naar het voortgezet onderwijs in de eigen gemeente gaan, kon er geen scholierenonderzoek worden uitgezet. De enquête moest op huisadres worden uitgezet. Het is mogelijk dat de jongeren met de meeste problemen niet hebben deelgenomen aan het onderzoek, dus dat er sprake is van een bepaalde selectie van jongeren. Maar het onderzoek is wel in alle wijken op dezelfde manier uitgezet. Een gevaar waar door andere onderzoekers vaak op is gewezen, is de kans dat de implementatie zich niet beperkt tot het gekozen CtC-gebied (contaminatie). Dat blijkt in deze studie ook het geval te zijn geweest. Middelburg is daar een voorbeeld van. In Middelburg heeft men in de laatste fase van het onderzoek er expliciet voor gekozen om de systematiek van CtC ook in de controlewijk toe te passen. Men constateerde daar achteraf dat de jeugdproblemen in de controlewijk groter waren dan in de experimentele wijk. Men wilden niet wachten met ingrijpen en men had in de gemeente geleerd van de preventieve strategie CtC. Hoewel lang niet alle

elementen van CtC in de controlewijk zijn ingevoerd (er kwam geen preventieteam, er werden geen trainingen gegeven, er was geen CtC-coach), heeft men hier wel gebruik gemaakt van de uitkomsten van de scholierenenquête en van het preventieplan van de experimentele wijk. Dit kan de uitkomsten van ons design uiteindelijk hebben beïnvloed. In twee andere steden heeft men er eveneens in een laatste fase voor gekozen om de interventies voor de CtC-wijk in de controlewijk in te zetten. In een andere CtC-wijk heeft men ervoor gekozen om na de uitvoeringsfase aan te sluiten bij een ander preventieprogramma. Kortom, in maar één stad is er daadwerkelijk geen vermenging geweest tussen de aanpak in de controle- en experimentele wijk. Ondanks dat afspraken hierover met de gemeenten zijn gemaakt, waren wij niet in staat dit te voorkomen. In de meeste gevallen kwamen wij hier ook pas later achter. Een complicerende factor die hierin meespeelde is dat veel preventieve programma's niet alleen wijkgericht ingezet worden. Kiezen voor een bepaalde effectief bewezen interventie betekent vaak dat die stadsbreed wordt ingezet. Wanneer de gepaarde wijken dan binnen één gemeente liggen kan dit niet voorkomen worden.

De kracht van dit soort experimenteel onderzoek is dat het daadwerkelijk onderzoekt of een wijkgerichte aanpak werkt en hoe het werkt. Het onderzoek richt zich op de vraag of deze wijkgerichte preventie werkt voor de gehele groep jongeren in deze wijk. Anders dan in Amerika waar - ook na langere tijd - wel effecten zijn gevonden, is dat er in deze CtC-gebieden al veel interventies aanwezig zijn op het moment van de start en gedurende het onderzoek. Het onderwijs en de gezondheidszorg is in Nederland op een hoog niveau voor alle jongeren, waar ze ook wonen. Er zijn nieuwe samenwerkingsverbanden in de vorm Centra Jeugd en Gezin in alle steden gerealiseerd en er zijn andere netwerken actief gericht op preventie van probleemgedrag. Dat is bijvoorbeeld anders dan in Amerika, waar de leefomstandigheden in bepaalde gebieden voor bepaalde groepen duidelijk minder is.

Ook deze experimentele studie steunt de gedachte dat met het ontwerpen, uitvoeren én onderzoeken van sociale experimenten kennis te ontwikkelen is waar de praktijk, de politiek en de wetenschappen lessen uit kunnen trekken. Ook al zijn deze studies complex, ze kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het beantwoorden van hardnekkige maatschappelijke vraagstukken. Ook al vallen de uitkomstresultaten van een deel van onze quasi-experimentele studie tegen, studies als dit zijn veelbelovend en kunnen bijdragen aan het vinden van praktische antwoorden op maatschappelijke vraagstukken: in dit geval het aanpakken van probleemgedragingen van jongeren in een vroeg stadium waarvoor de uitgangspunten van het Communities that Care programma een oplossing bieden.

Er is maar een beperkt aantal programma's effectief gebleken als het gaat om preventie, met name op de domeinen wijk en vrienden. Maar aan de andere kant is er ook de aarzeling in steden en wijken om met geteste effectieve programma's te werken. Enerzijds vanwege de kosten, maar anderzijds ook vanwege de opgelegde structuur van programma's en de ondermijning van professionaliteit zoals men die voelt. Men heeft de neiging - zo blijkt ook uit de implementatie van CtC- om naar eigen inzicht programma's zelf in te vullen of eigen lokale varianten te ontwikkelen.

Ten slotte is CtC is een langetermijnaanpak. De resultaten, ook die van eerdere evaluatieonderzoeken, laten zien dat als er niet snel resultaten zichtbaar zijn, de animo wegzakt en men zelfs een beetje teleurgesteld wordt in de aanpak. Mogelijk dat ook voor het effect voor jongeren zelf meer tijd nodig is voordat de preventieaanpak zichtbaar wordt. In Amerika zelf zag men ook pas na vier/vijf jaar resultaten. En anders dan in Amerika investeert men hier veel op het domein van het gezin en met name op de ontwikkeling van jonge kinderen. In de verschillende staten van de US wordt veel geïnvesteerd op scholen, waardoor men direct de jongeren bereikt. Nu is het een van de vele initiatieven op

het terrein van preventie en aanpak van probleemjeugd waardoor het moeilijk is om de enige effecten te vinden ten opzichte van de care as usual.

Implicaties voor beleid

Preventief jeugdbeleid moet gebaseerd zijn op bestaande gegevens over de problemen van jongeren en de sociale determinanten die daaraan ten grondslag liggen zoals dat bijvoorbeeld in CtC is uitgewerkt. CtC biedt een sturingsinstrument voor gemeenten om een preventief jeugdbeleid te voeren in samenwerking met de betrokken organisaties. Door uit te gaan van bestaande data kan er een gedegen analyse worden gemaakt van de daadwerkelijke problemen die in een wijk spelen. Anders dan vage noties of instellingsbelangen worden de keuzes voor een preventief beleid gemaakt op basis van een gemeenschappelijk gedragen analyse van de wijk of gebied.

CtC biedt ook handvatten om systematisch informatie te verkrijgen over de sociaal demografische achtergronden van kinderen en jongeren. Hun omgeving (gezin, school andere kinderen en jongeren en de wijk), hun ontwikkeling (over langere tijd) en de onderliggende factoren (risico en beschermende factoren). Het is niet voor niets dat een aantal gemeenten die met CtC werken de scholierenenquête tot standaard onderdeel hebben gemaakt van de jeugdmonitor van de GGD.

In tijden van keuzen waar men de beperkte middelen wil inzetten, biedt CtC niet alleen de mogelijkheid om prioriteiten te leggen bij die kinderen en jongeren die het het meest nodig hebben, maar ook om daar in een vroeg stadium op te interveniëren. Daarnaast maakt de inzet van de strategie duidelijk dat het mogelijk is om meer afstemming te krijgen tussen de instellingen of een gezamenlijk aanbod te ontwikkelen. Lokale preventie werkt beter als de aanpak goed georganiseerd is en er sprake is van een efficiënte samenwerking tussen de instellingen.

Het biedt ook de mogelijkheden tot de-implementatie: daar waar er duidelijk overlap bestaat in het preventieve aanbod zou men kunnen afbouwen. De verwachting aan het begin van onze studie was dat de-implementatie ook een van de mogelijke uitkomsten van CtC zou kunnen zijn. Maar de praktijk blijkt hardnekkiger. CtC blijkt (op één stad na) geen veranderingen te weeg te brengen in het bestaande preventieve aanbod. Lopende programma's zijn nauwelijks gestopt of afgebouwd.

Een van de moeilijkste zaken in Nederland is een geïntegreerd aanbod te ontwikkelen waarbij men evalueert of deze geïntegreerde aanpak ook het beste is voor de problemen die er spelen. In de preventieplannen worden resultaatafspraken gemaakt die te toetsen zijn. Dit biedt de mogelijkheid om instellingen aan te sturen op basis van duidelijke en meetbare resultaten. De scholierenenquête biedt de mogelijkheid om te toetsen of de aanpak daadwerkelijk werkt.

Een duidelijk verbeterpunt voor gemeenten is het ontbreken van bereik van de interventies die momenteel worden ingezet. Waar zijn de programma's precies op gericht, hoeveel jongeren worden bereikt en hoeveel nemen ze deel aan de programma's die in de gemeenten worden aangeboden. Een belangrijke doelstelling van CtC is het vergroten van het bereik van jongeren en gezinnen door programma's dicht in de buurt aan te bieden. Nu is het niet mogelijk om na te gaan wie er deelnemen omdat er voor de preventieve activiteiten geen registratiegegevens bekend zijn en onduidelijk is hoeveel ouders en of jongeren hebben deelgenomen aan de interventies. Terwijl dit belangrijke (essentiële) managementinformatie is om vast te kunnen stellen of de aanpak werkt.

Implicaties voor onderzoek

Soms zijn problemen beter aan te pakken op algemeen dan op individueel niveau en daarom wordt door politici, academic en praktijkmensen veel verwacht van community-interventies en het onder-

zoek ernaar. Maar over hoe onderzoek naar de effecten van community-interventies moet worden opgezet en uitgevoerd is veel onduidelijk.

Community-interventies omvatten vaak verschillende componenten tegelijkertijd. Van eenduidigheid en overdraagbaarheid van deze componenten is vaak geen sprake. Dat leidt ertoe dat in de ene gemeenschap de interventie zo wordt uitgevoerd, terwijl in de andere gemeenschap op een ander aspect de nadruk ligt. In ons onderzoek zijn wij uitgegaan van kernelementen van het programma Communities that Care (zie Hoofdstuk 1 Inleiding). In de uitvoering in de vijf wijken moest hier in ieder geval sprake van zijn. Het waren deze kernelementen die het verschil zouden maken tussen experimentele en controlewijken en die de basis vormen van het veranderingsproces dat in de wijken in gang wordt gezet. Dit procesdeel (output) en de vraag wat er in gemeenschap gebeurt en wat het op gang brengt, hebben wij in ons onderzoek serieus genomen. Het is ook dit onderzoeksaspect (black box) dat in de toekomst aandacht vraagt als gemeenschapsprogramma's op effecten worden onderzocht. Wij hebben in de toekomst onderzoek nodig dat de uitvoering van deze basiselementen in lokale settings tot kern van het onderzoek maakt. Inzicht in wat er gebeurt en verandert in gemeenschappen geeft ons ook inzicht in de eventuele successen en mislukkingen van deze interventies.

Een tweede aspect dat in de toekomst ook in de uitvoering van community-interventies veel aandacht zal vragen zijn de uiteindelijke uitkomsten. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat uitkomstmaten in het onderzoek van community-interventies expliciete aandacht hebben. Het probleem bij het onderzoeken van de effecten op ontwikkelingen van individuen in steden, wijken en gemeenschappen is dat het vaak lang duurt voordat je werkelijk effecten op dit hogere niveau kunt vaststellen. Ook om deze reden is het goed dat, zoals wij in dit onderzoek hebben gedaan, intermediaire uitkomstmaten worden opgenomen die eerder in de tijd worden bereikt. Maar dit onderwerp van uitkomstmaten en het onderzoekmatig vaststellen hiervan zal in de toekomst aandacht vragen. In ieder geval is het onze overtuiging dat hier expliciet aandacht aan moet worden besteed. Uitwisseling van kennis over de uitvoering van verschillende experimentele studies die de beïnvloeding van uitkomsten op hoger niveau meenemen, kan aan de ontwikkeling van inzichten bijdragen.

Een derde en laatste aspect waarnaar in onderzoek naar community-interventies zal moeten worden gekeken is de kosten-batenanalyse. Dit onderwerp maakte geen deel uit van ons onderzoeksdesign. Hier gaat het om vragen als: wat kosten deze interventies? en wat krijgen wij er voor terug? Ook dit aspect, dat in Nederland op het niveau van gemeenschappen nog heel weinig is ontwikkeld, zal verder moeten worden uitgewerkt. Wanneer we veel verwachten van community-interventies zullen wij ook moeten weten wat we ervoor terugkrijgen.

10 *Literatuur*

- Angold, A., & Costello, E. J. (2001). The epidemiology of depression in children and adolescents. In I. Goodyer (Ed.), *The depressed child and adolescent: Developmental and clinical perspectives*. (2nd ed., pp. 143-178). New York: Cambridge University Press.
- Arthur, M. W., Briney, J. S., Hawkins, J. D., Abbott, R. D., Brooke-Weiss, B. L., & Catalano, R. F. (2007). Measuring risk and protection in communities using the communities that care youth survey. *Evaluation and Program Planning*, *30*, 197-211.
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., & Baglioni, A. J. J. (2002) Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The communities that care youth survey. *Evaluation Review*, *26*, 575-601.
- Beumer, M., & Vergeer, M. (2002). *CtC-handboek*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Beumer, M., & Vergeer, M. (2003). *Lokaal implementatieplan CtC. Doelen en stappen per fase voor de invoering van Communities that Care in een wijk*. . Utrecht: NIZW Jeugd.
- Bickel, R. (2006). *Multilevel analysis for applied research. it's just regression!*. New York: Guilford Press.
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Briney, J. S., & Fagan, A. A. (2011). Prevention service system transformation using communities that care. *Journal of Community Psychology*, *39*(2), 183-201.
- Browning, C. R. (2002). The span of collective efficacy: Extending social disorganization theory to partner violence. *Journal of Marriage and Family*, *64*, 833-850.
- Brugmans, E., Goedhart, H., Vogels, T., & van Zessen, G. (1995). *Jeugd en seks '95. resultaten van het nationale scholierenonderzoek*. Utrecht: SWP.
- Byrne, B. M. (2012). *Structural equation modeling with mplus*. New York/Hove: Routledge.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2004). Positive youth development in the united states: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *31*, 98-124.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., et al. (1993). The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, *48*, 1013-1022.

- D'Agostino, R. B. (1998). Propensity score methods for bias reduction in the comparison of a treatment to a non-randomized control group. *Statistical Medicine*, *17*, 2265-2281.
- De Graaf, H., Meyer, S., Poelman, I., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25ste. seksuele gezondheid van jongeren anno 2005*. Amsterdam: Rutgers Nisso Groep/Soa Aids Nederland.
- Dijk, B. v., Flight, S., Geldrop, M., & Tulner, H. (2004). *Eindrapportage vier pilotprojecten CTC*. Amsterdam: DSP-Groep.
- Duncan, T. E., Duncan, S. C., & Strycker, L. A. (2006). *An introduction to latent variable growth curve modeling. concepts, issues and applications*. (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Elliott, D.S.(ed) (1997). *Blueprints for violence prevention. vol. 1-11*. Boulder: Centre for the Study of Prevention of Violence, Institute of Behavioural Science, University of Colorado.
- Fagan, A., Hanson, K., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. Bridging science to practice: Achieving prevention program fidelity in the community youth development study. *American Journal of Community Psychology*, *48*, 235-249.
- Fagan, A. A., Van Horn, M. L., Hawkins, D., & Arthur, M. W. (2007). Gender similarities and differences in the association between risk and protective factors and self-reported serious delinquency. *Prevention Science*, *8*, 115-124.
- Fagan, A.A., Hanson, K., Hawkins, D. & Arthur, M.W. Translational research in action: implementation of the communities that Care Prevention System in 12 communities. In: *Journal of Community Psychology*. Vol 37, n07, 809-829.
- Farrington, D.P. (2003). Key results from the first forty years of the Cambridge study in delinquent development. In T. T. Thornberry, & M. D. Krohn (Eds.), *Taking stock of delinquency. an overview of findings from contemporary longitudinal studies*. (pp. 137-185). Plenum: Kluwer Academic Publ.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*, 1149-1160.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*, 175-191.
- Feinberg, M.E., Greenberg, M. T., & Osgood, D. (2004). Readiness, functioning, and perceived effectiveness in community prevention coalitions: A study of communities that care. *American Journal of Community Psychology*, *33*, 163-176.
- Feinberg, M.E., Greenberg, M. T., & Osgood, D. (2004). Technical assistance in prevention programs: Correlates of perceived need in communities that care. *Evaluation and Program Planning*, *27*, 263-274.
- Feinberg, M.E., Riggs, N. R., & Greenberg, M. T. (2005). Social networks and community prevention coalitions. *Journal of Primary Prevention*, *26*, 279-298.
- France, A., & Crow, I. (2001). *CtC. the story so far*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- France, A., & Crow, I. (2005). Using the 'risk factor paradigm' in prevention: Lessons from the evaluation of communities that care. *Children & Society*, *19*, 172-184.

- Franken, F. (2003). *Jongeren drinken vooral in het weekend*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Gelman, A., & Hill, J. (2007). *Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GGD Zuidhollandse eilanden. (2009). *Veilig opgroeien in spijkennis. jongerenrapportage 2009*. Spijkenisse: GGD Zuidhollandse eilanden.
- Glaser, R.R., Van Horn, M.L., Arthur, M.W., Hawkins, J.D., & Catalano, R.F. (2005). Measurement properties of the communities that care youth survey across demographic groups. *Journal of Quantitative Criminology*, 21(1), 73-102.
- Guo, S., & Fraser, M. W. (2010). *Propensity score analysis. statistical methods and applications*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications.
- Hawkins, J. D. (1995). Preventing serious, violent and chronic juvenile offending: A review of selected strategies in childhood, adolescence and the community. In J. C. Howell, & B. Krisberg (Eds.), *Serious, violent and chronic juvenile offenders: A sourcebook* (pp. 61-141). Thousand Oaks: Sage.
- Hawkins, J. D., Arthur, M. W., & Catalano, R. F. (1995). Preventing substance abuse. In M. Tonry, & D. Farrington (Eds.), *Crime and justice. building a safer society: Strategic approaches to crime prevention* (). Chicago: University of Chicago Press.
- Hawkins, J.D., Arthur, M. W., & Catalano, R.F. (1995). Preventing substance abuse. *Building a safer society; strategic approaches to crime prevention, crime and justice. A review of research*. (Vol 19 ed., pp. 343-427). Chicago: University of Chicago Press.
- Hawkins, J.D., & Catalano, R. F. (1992). *Communities that care: Action for drug abuse prevention*. San Francisco: Jossey-Bas Publishers.
- Hawkins, J.D., Catalano, R. F., Arthur, M. W., Egam, E., Brown, E.C., Abbott, R. D., et al. (2008). Testing communities that care: The rationale, design and behavioral baseline equivalence of the community youth development study. *Journal of Prevention Science*,
- Hawkins, J.D., Oesterle, S., Brown, E.C., Arthur, M. W., Abbott, R.D., Fagan, A.A., et al. (2009). Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of communities that care. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 163(9), 789-798.
- Hawkins, J. D. (1999). Preventing crime and violence through communities that care. *European Journal on Criminal Policy and Research = ISSN 0928-1371*, 7(4), 443-458.
- Ho, D., Imai, K., King, G., & Stuart, E. (2007). Matching as nonparametric preprocessing for reducing model dependence in parametric causal inference. *Political Analysis*, 15, 199-236.
- Hox, J. (2010). *Multilevel analysis: Techniques and applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ince, D., Beumer, M., Jonkman, H., & Vergeer, M. (2005; 2005). *Veelbelovend en effectief : Overzicht van preventieprojecten en -programma's in de domeinen gezin, school, kinderen en jongeren, wijk* (3e licht gew. dr ed.). Amsterdam: SWP.
- IOM. (2009). *Report on preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*Institute of Medicine.

- Jasuja, G. K., Chou, C. P., Bernstein, K., Wang, E., McClure, M., & Pentz, M. A. (2005). Using structural characteristics of community coalitions to predict progress in adopting evidence-based prevention programs. *Evaluation and Program Planning*, 28(2), 173-184.
- Jonkman, H., Boers, R., Dijk, B. v., & Rietveld, M. (2006). *Wijken gewogen. gedrag van jongeren in kaart gebracht*. Utrecht/Amsterdam: NIZW/SWP.
- Jonkman, H., & Braam, H. (2009). *Veilig opgroeien. jongerenonderzoek middelburg*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Jonkman, H., & Braam, H. (2009). *Veilig opgroeien. jongerenrapportage capelle aan den IJssel*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Jonkman, H., Haggerty, K., Steketee, M., Fagan, A., Hanson, K., & Hawkins, J. D. (2008). Communities that care, core elements and context: Research of implementation in two countries. *Social Development Issues*, 30(3), 42-58.
- Jonkman, H., & Schnijders, J. (2005). *Probleemgedrag van jongeren*. Utrecht: NIZW.
- Jonkman, H., Steketee, M., Toumbourou, J. W., Williams, J., & Cini, K. (2012, in revision). Cross-national comparison of community variation in adolescent heavy alcohol use in australia and the netherlands.
- Jonkman, H., Zanden, R. v. d., Kroes, W., & Aussems, C. (2012). *Veilig en gezond opgroeien. jongeren onderzoek gouda*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Jonkman, H., Zanden, R. v. d., Kroes, W., & Aussems, C. (2012). *Veilig en gezond opgroeien. jongerenonderzoek capelle aan den IJssel*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut.
- Jonkman, H., Zanden, R. v. d., Kroes, W., & Aussems, C. (2012). *Veilig en gezond opgroeien. jongerenonderzoek spijkensisse*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Jonkman, H., Zanden, R. v. d., Kroes, W., & Aussems, C. (2012). *Veilig en gezond opgroeien. jongerenonderzoek zwijndrecht*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Junger-Tas, J., Steketee, M., & Moll, M. (2008). *Achtergronden van jeugddelinquentie en middelengebruik*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Khandker, S. R., Koolwal, G. B., & Hussain, S. A. (2010). *Handbook on impactevaluation. quantitative methods and practices*. Washington, D.C.: The Worldbank.
- Laan, P. v. d. (2003). Dwang en drang in de hulpverlening. *Justiële Verkenningen*, 4, 5-16.
- Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2000). The Neighbourhoods they live in: The effects of neighbourhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 126, 209-336.
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (Eds.). (1998). *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and succesful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (Eds.). (2001). *Child delinquents: Development, intervention and service needs*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Loeber, R., Slot, N. W., Laan, P. v. d., & Hoeve, M. (Eds.). (2008). *Tomorrow's criminals. the development of child delinquency and effective interventions*. Burlington: Ashgate.

- Loeber, R., Slot, N. W., & Sergeant, J. A. (2001). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. omvang, oorzaken en interventies*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Luke, D. (2004). *Multilevel modeling*. Thousand Oaks: Sage.
- Mak, J., Huygen, A., Steketee, M., & Jonkman, H. (2010). *Opgroeien in veilige wijken. evaluatie van gemeenschappen die zorg in maatschappij, hoogvliet en leiden-stevenshof*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Menger, R., & Berger, M. (2002). *Op weg naar veelbelovende en effectieve programma's voor risicojongeren*. Utrecht: NIZW.
- Miller, R.P. (1981). *Simultaneous statistical inference*. (2nd ed.). New York: Springer Verlag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (1994). *Regie in de jeugdzorg. standpunten van de ministers van welzijn, volksgezondheid en cultuur en justitie*. Ministerie van WVC/Ministerie van Justitie.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2007). *Hoofdpijnenbrief alcoholbeleid*. Den Haag: VWS.
- Mitchell, H. K. (2010). *Evaluating clinical and public health interventions. A practical guide to study design and statistics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Monshouwer, K. S., van Dorsselaer, S., Gorter, A., Verdurmen, J., & Vollebergh, W. (Eds.). (2004). *Jeugd en riskant gedrag: Kerngegevens uit het peilstationonderzoek 2003. roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht, the Netherlands: Trimbos Institute.
- Morgan, S.L., & Winship, C. (2007). *Counterfactuals and causal inference. methods and principles for social research*. New York: Cambridge University Press.
- Muthén, L.K., & Muthén, B. (2010). *Mplus. statistical analysis with latent variables. user's guide* (Version 6 ed.). Los Angeles, CA: Mplus.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K.L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., et al. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58(6/7), 449-457.
- Newsom, J.T., Jones, R.N., & Hofer, S.M. (Eds.). (2012). *Longitudinal data analysis. A practical guide for researchers in aging, health, and social sciences*. New York/Hove: Routledge.
- Oakes, J.M., & Johnson, P.J. (2007). Propensity score matching for social epidemiology. In J. M. Oakes, & J. S. Kaufman (Eds.), *Methods in social epidemiology* (pp. 370-392). San Francisco: Jossey-Bass.
- Oesterlee, S., Hawkins, J.D., Steketee, M., Jonkman, H., Brown, E.C., Moll, M., et al. (2012, accepted). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent drug use and delinquency in the United States and the Netherlands.
- OJJPP. (1997). *1996 report to congress: Title V incentive grants for local delinquency prevention programs*. Rockville: Juvenile Justice Clearing House/NCJRS.
- Quinby, R.K., Fagan, A. A., Hanson, K., & Brooke-Weiss, B.C. (2008). Installing the community that care prevention system: Implementation progress and fidelity in a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 36(3), 313-332.

- Rabash, J., Steele, F., Browne, W., & Prossner, B. (2005). *A user's guide to MLWin, version 2.0*. Bristol: Centre for Multilevel Modeling, University of Bristol.
- Rabe-Hesketh, S., & Skondal, A. (2008). *Multilevel and longitudinal modeling using stata*. (2nd ed.). Station College, TX: Stata Corporation.
- Raudenbush, S.W., Spybrook, J., Congdon, R., Liu, X., Martinez, A. (2011). Optimal design software for multi-level and longitudinal research.
- Roorda, W. (2008). *Jongerenrapportage communities that care gemeente zwijndrecht*. Utrecht: DSP-Group.
- Roorda, W., & Aalst, M. van. (2008). *Jongerenrapportage communities that care gemeente gouda*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Rosenbaum, P.R., & Rubin, D.B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70, 41-55.
- Rosenbaum, P.R., & Rubin, D.B. (1984). Reducing bias in observational studies using subclassification on the propensity score. *Journal of the American Statistical Association*, 79, 516-524.
- Singer, J., & Willett, J.B. (2003). *Applied longitudinal data analysis. modeling change and event occurrence*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Snijders, T., & Bosker, R. (1999). *Multilevel analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Spoth, R., Greenberg, M., & Turrisi, R. (2009). Overview of preventive interventions addressing underage drinking state of the evidence and steps toward public health impact. *Alcohol Research & Health*, 32(1), 53-66.
- Spoth, R.L., & Greenberg, M. T. (2005). Toward a comprehensive strategy for effective practitioner-scientist partnerships and larger-scale community benefits. *American Journal of Community Psychology*, 35(3/4), 107-126.
- Spybrook, J., Raudenbush, S.W., Congdon, R., & Martinez, A. (2011). Optimal design for longitudinal and multilevel research: Documentation for the optimal design software version 2.01.
- Steketee, M., & Jonkman, H. (2008). *Communities that care: Effectiveness of a community intervention strategy for the prevention of alcohol and drug use and other problem behavior of youngsters in the netherlands*
- Steketee, M., Mak, J., & Huijgen, A. (2006). *Opgroeien in veilige wijken. communities that care als instrument voor lokaal preventief jeugdbeleid*. Assen: Verwey-Jonker Instituut/Van Gorkum.
- Tracy, P.E., Wolfgang, M.W., & Figlio, R.M. (1990). *Delinquency careers in two birth cohorts*. New York: Plenum.
- Trimbos Institute. (2009). *Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. addendum depressie bij jeugdigen*. Utrecht: Trimbos Institute.
- Twisk, J. W. R. (2006). *Applied multilevel analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- van Laar, M., & Ooyen-Houben, M. M. J. (Eds.). (2009). *Evaluatie van het nederlandse drugsbeleid (evaluation of dutch drug policy)*. Utrecht/Den Haag: Trimbos/WODC.

Vandenbroucke, M., Steketee, M. & Jonkman, H. (2011). *Alcoholuse and substance use among adults and juveniles in the Netherlands: Facts, policy and attitudes, internal paper*, Verwey-Jonker Institute: Utrecht

Veerman, J.W., & Yperen, T. van. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for establishment of evidence-based youth care. *Journal of Evaluation and Program Planning*, 30, 212-221.

Weissberg, R.P., & Kumpfer, K.L. (2003). Prevention that works for children and youth. special issues. *American Psychologist*, 58(6/7)

Yperen, T. van., & Bakker, K. (2008). *Ontwikkeling en borging jeugdinterventies*. Utrecht: NIZW.

Yperen, T. van., Booy, Y., & Veldt, M.C. v. d. (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectieve jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

Communities that Care in Dutch cities

Results of a four-year experimental study

Communities that Care is a preventive approach to deal with problematic behaviour (risk behaviour) of young people (adolescents) at the urban and district levels. The systematics originates from the United States and has already been applied for some time in a number of different Dutch cities. The approach has a solid scientific base and makes use of knowledge about the risk- and protecting factors at the root of problem behaviour, an implementation plan to strengthen the cooperation between parties, effective prevention programmes and insight into results.

In this study, we have examined the impact of CtC in the Netherlands. We have systematically studied both the method of working of CtC and the programme's effects on the adolescents themselves. Our research shows that CtC is primarily a strategic, directive instrument that contributes to the effective and efficient cooperation of organizations from different sectors in the field of prevention.

CtC orchestrates an accurate problem analysis; it promotes cooperation and concretely gets the preventive approach moving in the right direction. In the Netherlands, however, this systematics has not been successful in working with effective programmes more systematically or in influencing adolescents' behaviour. Although it shows clear results with regard to cooperation and method of working, prevention focusing on the causes of the youth problematic proves to be a matter of perseverance.

Colophon

Commissioned/financed by: ZonMw (project number: 120610017)

Authors: Dr M. Steketee, H. Jonkman MA, J. Mak MA, C. Aussems MA, A. Huygen MA, W. Roeleveld MA.
with the participation of Dr S.L. Ketner

Colofon

Financier	ZonMw Programma Preventie
Auteurs	Dr. M.J. Steketee Drs. H.B. Jonkman Drs. D. J. Mak Drs. M.E. Aussems Drs. A. Huygen W.S. Roeleveld MSc, MA
Met medewerking van	Dr. S.L. Ketner
Foto omslag	Nationale Beeldbank, Dick Visser
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E secr@verwey-jonker.nl I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website.

ISBN 978-90-5830-528-2

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2012.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.

Communities that Care is een preventieve aanpak om probleemgedrag (risicogedrag) van jongeren (adolescenten) op stedelijk en wijkniveau aan te pakken. De systematiek komt uit de Verenigde Staten en wordt al langere tijd toegepast in verschillende Nederlandse steden. De aanpak is wetenschappelijk onderbouwd en werkt met kennis over de risico- en beschermende factoren die aan het probleemgedrag ten grondslag liggen, een implementatieplan om samenwerking tussen partijen te versterken, effectieve preventieprogramma's en inzichten in resultaten.

Onderzocht is wat de impact van CtC in Nederland is. Zowel de werkwijze van CtC als de effecten van het programma op de jongeren zelf zijn systematisch onderzocht. Hieruit blijkt dat CtC vooral een strategisch sturingsinstrument is dat ertoe bijdraagt dat instellingen uit de verschillende sectoren op het terrein van preventie effectief en efficiënt samenwerken. CtC instrumenteert een nauwkeurige probleemanalyse; het bevordert de samenwerking en het geeft concreet richting aan een preventieve aanpak. In Nederland slaagt de systematiek er echter niet in om meer stelselmatig te werken met effectieve programma's en het gedrag van jongeren te beïnvloeden. Hoewel er duidelijke resultaten zijn in de samenwerking en werkwijze blijkt dat preventie gericht op de oorzaken van jeugdproblematiek een kwestie van een lange adem is.

