

# Doelgroepenanalyse Rubicon Jeugdzorg

Een analyse van de huidige cliënten  
binnen het cluster Verblijf

Nederlands  
**Jeugd**  
instituut



© 2012 Nederlands Jeugdinstituut

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Het Nederlands Jeugdinstituut verrichtte deze doelgroepenanalyse in opdracht van Rubicon Jeugdzorg, aanbieder van Jeugd & Opvoedhulp in Noord en Midden Limburg.



Utrecht, juli 2012

**Auteur(s)**

Mariska van der Steege

Ilona Meuwissen

**Betrokken medewerkers Rubicon Jeugdzorg**

Miriam Theunissen, Mariëlle van Doorn, Lisette Keller, Frank Willemse, Chantal Cornelissen, Joyce Sprenger, Bregje Kleijnen en Jenny Bonten.

**Nederlands Jeugdinstituut**

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

Website [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Infolijn (030) 230 65 64, e-mail [info@nji.nl](mailto:info@nji.nl)

Zoek voor meer informatie contact met Mariska van der Steege, Nederlands Jeugdinstituut via [m.vandersteege@nji.nl](mailto:m.vandersteege@nji.nl) of (030) 230 68 65.

# Inhoudsopgave

**Inleiding 4**

**1. Gehanteerde werkwijze 5**

**2. Schets totale populatie 7**

**3. De vijf doelgroepen 11**

**4. De relevante kennis over wat werkt kort samengevat 23**

**5. Conclusies en aanbevelingen 26**

**6. Literatuur 28**

**Bijlage 1: Problemen jeugdigen en hun ouders/gezin (N=72) 29**

**Bijlage 2: Overzicht relevante kennis per onderwerp 32**



## Inleiding

Rubicon Jeugdzorg is een aanbieder van Jeugd & Opvoedhulp in Noord en Midden Limburg, er werken in totaal zo'n 200 medewerkers. De organisatie biedt ambulante hulp, acute zorg, pleegzorg, trainingen, hulp na seksueel misbruik en verschillende vormen van verblijf. Deze laatste zijn opgenomen in het cluster Verblijf en omvatten behandelgroepen voor jongere en oudere jeugd, acute zorg, zelfstandigheidstraining en gezinshuizen. In oktober 2011 startte de organisatie een werkgroep om alle verblijfsfuncties onder de loep te nemen. Aanleiding hiervoor was de relatief hoge niet-reguliere uitstroom, de problemen in de buurten waar de groepen gehuisvest zijn in combinatie met de problemen die de medewerkers ervaren bij het toepassen van de huidige methodiek op de jeugdigen die instromen. Deze werkgroep kreeg de opdracht te kijken naar de doelgroep van de verblijfsfuncties en hoe deze af te bakenen (op basis van welke criteria), welke methodiek vervolgens passend is en de personele consequenties vast te stellen. Het Nederlands Jeugdinstituut werd ingeschakeld om met de werkgroep en de gedragswetenschappers van het cluster Verblijf een doelgroepenanalyse uit te voeren.

Om te kunnen vaststellen welke veranderingen nodig zijn in de huidige behandelgroepen, acute zorg, zelfstandigheidstraining en gezinshuizen is het van belang te weten op welke doelgroep(en) deze hulp van Rubicon Jeugdzorg zich richt. Het bepalen van de beoogde doelgroep start bij een analyse van de huidige cliëntenpopulatie. Welke jeugdigen 'bezetten' in april 2012 een bed bij Rubicon Jeugdzorg? Welke kenmerken en problemen hebben deze jeugdigen en hun gezin, welke hulp kregen ze eerder, welke mogelijkheden hebben ze en met welk perspectief kwam ze binnen? Op basis van de huidige populatie kunnen dan doelgroepen worden onderscheiden: groepen cliënten met een soortgelijke zorgbehoefte. De zorgbehoefte is het resultaat van een professioneel oordeel over de behoefte aan zorg op basis van kenmerken, problemen en mogelijkheden van de jeugdige en het gezin, eerdere hulp en het perspectief (Eijgenraam & Van der Steege, 2012).

Dit rapport doet verslag van deze analyse van de huidige populatie cliënten binnen het Cluster Verblijf van Rubicon Jeugdzorg die van april tot en met juni 2012 is uitgevoerd. In het eerste hoofdstuk komt de gehanteerde werkwijze aan de orde, het tweede hoofdstuk geeft een beeld van de totale populatie jeugdigen en hun ouders die in april 2012 gebruik maakten van cluster verblijf. In hoofdstuk drie staan de onderscheiden doelgroepen op een rij. De beschikbare kennis over wat wel en niet werkt bij deze doelgroepen zetten we op een rij in hoofdstuk vier. Het vijfde hoofdstuk tot slot bevat enkele conclusies en aanbevelingen.

De onderscheiden doelgroepen en de beschikbare kennis over wat wel en niet werkt bij deze doelgroepen vormen de input voor de herinrichting van het aanbod Verblijf binnen Rubicon. Samen met de analyse die de eerder genoemde werkgroep maakte, gaat Rubicon aan de slag met vragen als: Op welke doelgroepen gaan we ons richten? Welke hulp voorziet in de zorgbehoeften van deze beoogde doelgroepen? Welk bestaand aanbod valt daarmee samen en welk niet? En welke aanpassingen in het aanbod zijn nodig?

## 1. Gehanteerde werkwijze

In deze doelgroepenanalyse is een analyse gemaakt van de huidige populatie jeugdigen en hun gezin die in april 2012 gebruik maakte van het aanbod binnen het cluster Verblijf (residentieel aanbod). Bij deze analyse stonden de volgende vragen centraal:

- 1) Wat zijn de kenmerken, problemen en zorgbehoeften van de populatie cliënten (jeugdigen en het gezin van herkomst)?
- 2) Welke doelgroepen zijn hierbinnen te onderscheiden?
- 3) Wat werkt wel en niet bij de onderscheiden doelgroepen op basis van de beschikbare kennis?
- 4) Welke conclusies en aanbevelingen zijn op basis van de gemaakte analyse te trekken?

In de analyse is de populatie jeugdigen en hun gezin meegenomen die in april 2012 gebruik maakte van een van de behandelgroepen, acute zorg, zelfstandigheidstraining of gezinshuizen. Door de omvang was het niet nodig een steekproef te trekken en konden alle 72 jeugdigen die op dat moment in zorg waren geanalyseerd worden. De verdeling van de onderzochte groep over de verschillende onderdelen van het cluster Verblijf zag er als volgt uit.

**Tabel 1: Verdeling onderzochte jeugdigen over onderdelen verblijf (N=72)**

Afdeling	Aantal
Behandelgroep jongere jeugd	11 (15%)
Behandelgroep oudere jeugd	21 (29%)
Gezinshuizen	27 (38%)
Acute zorg	9 (12%)
Zelfstandigheidstraining	4 (6%)

Van deze 72 jeugdigen is allerlei informatie verzameld die door de gedragswetenschappers van Rubicon in een online formulier in Formdesk is vastgelegd. Dit deden ze op basis van het dossier en de kennis die ze zelf over de jeugdigen hadden. Het formulier bevatte vragen over de kenmerken van de jeugdigen (zoals leeftijd, etniciteit, vorm van onderwijs), het aantal plaatsen waar de jeugdige woonde en een aantal items over perspectief, motivatie, leerstijl en beschermende factoren van de jeugdige en het gezin. De problemen van de jeugdigen, het gezin van herkomst en de omgeving werden gecodeerd met behulp van het Classificatiesysteem Aard Problematiek – Jeugd (zie [www.nji.nl/capj](http://www.nji.nl/capj); Konijn, Bruinsma e.a., 2009). Dit systeem omvat vijf assen (A. Psychosociaal functioneren jeugdige, B. Lichamelijke gezondheid en aan lichaam gebonden functioneren jeugdige, C. Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige, D. Gezin en opvoeding en E. Jeugdige en omgeving). Onder deze assen zijn de mogelijke problemen gerubriceerd en beschreven. CAP-J zorgt ervoor dat de problemen van de onderzochte jeugdigen op eenzelfde wijze getypeerd worden. De gedragswetenschappers ontvingen een instructie in het gebruik van CAP-J voordat ze begonnen te coderen. Om de ernst van de problematiek te kunnen typeren is voor de jeugdigen een Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP) ingevuld, dit is een korte vragenlijst die de hulpverlener invult (Van Yperen, Eijgenraam e.a., 2010).

De 72 ingevulde cases zijn onder leiding van het Nederlands Jeugdinstituut in een dag ‘gesorteerd’ in doelgroepen. Gekeken is welke jeugdigen overeenkomstige zorgbehoeften hadden op basis van kenmerken, eerdere hulp, problemen, mogelijkheden en perspectief. De bedoeling van deze

sorteerronde is om tendensen zichtbaar te maken in de zorgbehoeften van de huidige cliëntenpopulatie en subgroepen (doelgroepen) te onderscheiden. Het sorteren gaat in twee rondes. Eerst worden alle cases ingedeeld in doelgroepen, daarna werd bij alle cases opnieuw gecheckt of ze in de juiste doelgroep zaten, of de indeling in doelgroepen overeind bleef of dat er groepen gesplitst of samengevoegd moesten worden. Dit leidde uiteindelijk tot vijf doelgroepen. Voor deze vijf doelgroepen is de kennis over wat wel en niet werkt op een rij gezet. Hiervoor is gebruik gemaakt van de relevante kennis over wat werkt bij specifieke problemen en werksoorten die het Nederlands Jeugdinstituut verzamelt en beheert in zogenoemde kennisdossiers (zie [www.nji.nl](http://www.nji.nl)). De onderscheiden doelgroepen en de beschikbare kennis zijn gepresenteerd tijdens een interne werkbijeenkomst op 21 juni 2012 voor alle betrokkenen. Ook presenteerde de werkgroep 'toekomstbestendig maken behandelgroepen van Rubicon Jeugdzorg' tijdens deze bijeenkomst haar bevindingen. De gemaakte analyses werden door de deelnemers bediscussieerd, ook werden ideeën verzameld over de consequenties van de analyses voor het bestaande aanbod.

In het volgende hoofdstuk geven we eerst een schets van de totale populatie jeugdigen en hun gezin die is geanalyseerd. Daarna volgt in hoofdstuk drie een beschrijving van de vijf onderscheiden doelgroepen.

## 2. Schets totale populatie

In dit hoofdstuk geven we een schets van de totale populatie jeugdigen en hun gezin die is geanalyseerd (N=72). Achtereenvolgens beschrijven we de kenmerken van de populatie (leeftijd, sekse, gezin van herkomst etc), de situatie voorafgaand aan het aanbod binnen cluster Verblijf, de problemen naar aard en ernst, de mogelijkheden van de jeugdige en de ouders (leerbaarheid, motivatie etc), het perspectief bij aanvang en de uiteindelijke geplande vervolglek.

*Kenmerken:* De totale populatie bestaat uit 38 meisjes (53%) en 34 jongens (47%). De gemiddelde leeftijd is 12,4 jaar (variërend tussen 4 en 18 jaar). Ruim 40% is ouder dan 12 jaar en bijna 60% is jonger dan 12 jaar. Achtenvijftig van de 72 jeugdigen (bijna 81%) hebben de Nederlandse etniciteit. 87,5% van de jeugdigen ontvangt hulp binnen een juridisch kader waarvan 62,5% een (voorlopige) OTS heeft, 19% een (voorlopige voogdij) en 6% een jeugdreclasseringsmaatregel. 44% volgt regulier onderwijs, waaronder voortgezet onderwijs, basisonderwijs en middelbaar beroepsonderwijs. 39% volgt speciaal onderwijs, 8% heeft geen dagbesteding, 4% heeft een vervangende dagbesteding en 4% scoorde 'anders' (werkend, NT2 etc.).

*Situatie voorafgaand:* 33% van de jeugdigen woonde, als laatste verblijfplaats, thuis, 22% in de acute zorg, 17% in pleegzorg en 12,5% in een behandelgroep (jongere of oudere jeugd). 3% woonde of in een gezinshuis, in de gesloten jeugdzorg, binnen de psychiatrie of in een leefgroep. De laatste gezinsvorm waarin de jeugdige verbleef was voor 39% een eenoudergezin en bij 31% een kerngezin met een vader, moeder en een of meerdere jeugdigen. 18% van de jeugdigen is afkomstig uit een samengesteld gezin, 4% uit een pleeggezin en 3% uit een gezinshuis. Bij 50% van de jeugdigen zijn er al brusjes uithuisgeplaatst. 36% van de jeugdigen wonen al vier jaar of langer niet meer thuis. 13% heeft op één plek gewoond, 46% tussen twee en vier plekken en 42% op vijf of meer plekken. In totaal hebben 29 jeugdigen (40%) al in een of meerdere pleeggezinnen gewoond. 54% van de jeugdigen ontvangt al meer dan vier jaar professionele hulp, 96% langer dan een jaar. Het gaat dan om de volgende (combinaties van) hulp: crisishulp (69%), ambulante hulp thuis (62,5%), diagnostiek (57%) training/ therapie (53%), ambulante hulp (50%), residentiële hulp (47%), pleegzorg (42%), daghulp (14%) en een gezinshuis (7%).

**Tabel 2: Kenmerken en situatie voorafgaand totale populatie (N=72)**

Kenmerken	Aantal
Sekse	53% meisjes 47% jongens
Leeftijd	Gemiddeld 12,4 jaar (variërend 4 en 18 jaar)
Etniciteit	81% Nederlands
Juridisch kader	63% (voorlopige) OTS 19% (voorlopige) voogdij 6% jeugdreclassering
Onderwijs	44% regulier (voortgezet, basis, ROC) 39% speciaal (19% cluster 4) 8% geen dagbesteding 4% vervangende dagbesteding



Laatste gezinsvorm	39% eenoudergezin 31% kerngezin 18% samengesteld gezin 4% pleeggezin 3% gezinshuis
Laatste verblijfplaats	33% thuis 22% acute zorg 17% pleeggezin 13% behandelgroep
Brusjes uithuisgeplaatst	50% jeugdigen
Aantal woonplekken voorafgaand	42% 5 of meer plekken 46% 2 tot 4 plekken 13% 1 plek
Hoe lang uit huis	36% langer dan 4 jaar 38% langer dan 1 jaar

*Problemen:* Van de 72 jeugdigen hebben 36 jeugdigen een of meerdere stoornissen (50%), waarbij 25% een stoornis heeft, bijna 17% twee stoornissen en ruim 8% drie stoornissen. Ruim 26% van de jeugdigen heeft een hechtingsstoornis. Bij 31 jeugdigen is (daarnaast) sprake van een vermoeden van een of twee stoornissen (ruim 43%).

Van 56 van de 72 jeugdigen zijn STEP gegevens bekend (bijna 78%), de ernst van de problematiek wordt daarbij getypeerd op vier schalen: functioneren jeugdigen, kwaliteit omgeving, zorgzwaarte en urgentie zorg. De ernst varieert daarbij van redelijk, matig, aanzienlijk tot zeer hoog/extreem. De onderzochte jeugdigen scoren redelijk tot en met aanzienlijke problemen op het functioneren van de jeugdige, waarbij 14% redelijk, 59% matig en 27% aanzienlijk scoort. De kwaliteit van de omgeving is in 4% van de gevallen goed en laat bij 16% redelijke, 55% matige, 25% aanzienlijke problemen zien. De zorgzwaarte is matig tot hoog: 13% matige, 20% aanzienlijke en 67% een hoge ernst van de problematiek. De urgentie van de benodigde zorg varieert van geen tot en met zeer hoge/extreme, waarbij 16% geen, 9% weinig, 20% matig, 14,5% aanzienlijk en 40% een zeer hoge urgentie van zorg benodigd is.

67% van de jeugdigen scoort op vier assen of op vijf assen binnen de CAP-J, 29% scoort op drie verschillende assen. Bijna alle jeugdigen hebben een of meerdere problemen op as A, psychosociaal functioneren, 64% laat opstandig en/of antisociaal gedrag zien, 47% druk en impulsief gedrag, 40% heeft stemmingsproblemen en/of problemen met de competentiebeleving en 35% van de jeugdigen heeft problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen.

49% van de jeugdigen heeft een of meerdere problemen op as B, lichamelijke gezondheid. Geen enkel probleem op deze as scoort echter hoger dan 25%.

Op as C, vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige, heeft 69% van de jeugdigen een of meerdere problemen, waarvan 39% aandachtsproblemen, 38% sociale vaardigheidsproblemen en 33% problemen met het sociaal aanpassingsvermogen.

Bij alle jeugdigen is sprake van een of meerdere problemen op as D, gezin en opvoeding, waarbij in 74% van de gezinnen sprake is van ontoereikende opvoedingsvaardigheden bij de ouders, er bij 63% problemen zijn met de ondersteuning, verzorging en bescherming van de jeugdigen, bij 43% problemen in de hechting van jeugdige aan ouder en bij 39% een ouder psychische/ psychiatrische problematiek heeft. 39% van de jeugdigen is mishandeld, verwaarloosd en/of misbruikt. Bij 28% van





de gezinnen is er sprake van een problematische gezinscommunicatie, een problematische relatie tussen de ouders en/of problemen in de loyaliteit van jeugdige aan ouder.

Op as E, jeugdige en omgeving, heeft 79% van alle jeugdigen een of meerdere problemen. 39% van de jeugdigen heeft een gebrekkig sociaal netwerk en/of een problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden. 38% van de jeugdigen heeft motivatieproblemen op school of werk.

**Tabel 3: Overzicht belangrijkste problemen totale populatie (N=72)**

Classificatie Aard Problematiek –Jeugd (CAP-J)	Aantal
<i>As A. Psychosociaal functioneren jeugdige</i>	70 (97,2%)
Opstandig en/of antisociaal gedrag	46 (64%)
Druk en impulsief gedrag	34 (47%)
Stemmingsproblemen	29 (40%)
Problemen in de competentiebeleving	29 (40%)
Problemen verwerking ingrijpende gebeurtenissen	25 (34,7%)
<i>As B. Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige</i>	35 (49%)
<i>As C. Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige</i>	50 (69%)
Aandachtsproblemen	28 (39%)
Sociale vaardigheidsproblemen	27 (38%)
Problemen met sociaal aanpassingsvermogen	24 (33%)
<i>As D. Gezin en opvoeding</i>	72 (100%)
Ontoereikende opvoedingsvaardigheden	53 (74%)
Problemen in ondersteuning, verzorging en bescherming jeugdige	45 (63%)
Problemen in de hechting van jeugdige aan ouder	31 (43%)
Jeugdige verwaarloosd, mishandeld, misbruikt	28 (39%)
Psychische/psychiatrische problematiek ouder	28 (39%)
Problematische gezinscommunicatie	20 (28%)
Problematische relatie tussen ouders	20 (28%)
Problemen in de loyaliteit van jeugdige aan ouder	20 (28%)
<i>As E. Jeugdige en omgeving</i>	57 (79%)
Gebrekkig sociaal netwerk jeugdige	28 (39%)
Problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden	28 (39%)
Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen)	27 (38%)

In de tabel in bijlage 1 staan de percentages voor alle problemen die zijn gescoord op een rij.

*Mogelijkheden:* 82% van de jeugdigen heeft een of meer beschermende factoren, daarbij heeft 26% een beschermde factor en 26% twee beschermende factoren zoals normale intelligentie, veerkracht, humor en/of een aantrekkelijke verschijning. Bijna 56% van de ouders /gezinnen biedt de jeugdige een of meer beschermende factoren, zoals een goede relatie met een van de ouders en/of steun van brusjes. Bij ruim 54% omvat de omgeving van de jeugdige een of meer beschermende factoren zoals toegang hebben tot zorgzame volwassenen buiten het gezin.

65% van de moeders is niet leerbaar, waarvan 49% onvoldoende in staat is nieuw gedrag te leren en 17% niet in beeld is. Bij de vaders is 64% niet leerbaar, waarvan 33% niet in staat is nieuw gedrag te leren en 31% niet in beeld is. Daarentegen is 88% van de jeugdigen redelijk of goed in staat nieuw gedrag te leren. 54% van de moeders zien het nut van verandering, echter 38% is nog niet bereid te veranderen. 57% van de vaders zien het nut van verandering, echter 28% is nog niet bereid te

veranderen. 82% van de jeugdigen zien het nut van verandering, daarvan is ruim 26% nog niet bereid te veranderen. 78% van de gezinnen zijn uit balans, waarbij de draaglast te hoog is voor de draagkracht. 60% heeft steun vanuit het formele netwerk, waarbij 44% ook vanuit het informele. 56% ontvangt steun vanuit het informele netwerk, waarbij ruim 44% ook vanuit het formele.

*Perspectief:* Bij aanvang van de hulp is bij 34% het perspectief voor de jeugdige dat hij/zij in een gezinshuis gaat of blijft wonen, 22% gaat weer thuis wonen en voor 14% van de jeugdigen is het perspectief nog niet bepaald. Uiteindelijk is de geplande vervolgplek voor 7% een gezinshuis, 15% gaat daadwerkelijk weer thuis wonen en voor 14% blijft het onbekend waar de jeugdige naartoe gaat. Bij aanvang van de hulp is bij 10% van de jeugdige het perspectief dat hij/ zij een kamertraining gaat volgen/ begeleid wonen en 10% zelfstandig gaat wonen. Uiteindelijk is de geplande vervolgplek voor 33% het volgen van kamertraining/ begeleid wonen en gaat 10% zelfstandig wonen. Bij aanvang van de hulp gaat of blijft 6% in een pleeggezin wonen en 4% gaat of blijft in een residentiële voorziening voor langdurend verblijf wonen. Uiteindelijk is de geplande vervolgplek voor bijna 6% een pleeggezin, waarvan bij 3% een combinatie met residentieel verblijf is gemaakt. 4% gaat daadwerkelijk naar een residentiële voorziening voor langdurend verblijf. De rest gaat richting GGZ (6%), de gesloten jeugdzorg of een verslavingskliniek.

### 3. De vijf doelgroepen

Na de sorteerronde en een nadere analyse van de doelgroepen werden de volgende vijf onderscheiden:

- 1) De opvoeders hebben opvoedingsondersteuning nodig en/of langdurige structurele ontlasting. De jeugdige heeft continue en langdurige ondersteuning nodig bij sociaal- emotionele problematiek.
- 2) De jeugdige heeft een verblijfsplek nodig waar hij kan opgroeien met een gestructureerd pedagogisch leef/schoolklimaat en behandeling van psychiatrische /psychische problematiek.
- 3) De jeugdige heeft continuering van de huidige woonplek nodig gericht op langdurig opgroeien (gezinshuis) en ondersteuning of behandeling bij het leren van gedragsmatige en sociaal- emotionele vaardigheden.
- 4) De jeugdige heeft ondersteuning nodig tot zelfstandig wonen en/of ontwikkelen van een eigen identiteit en/of verwerven/vasthouden dagbesteding en/of versterking van het eigen netwerk en/of behandeling/ondersteuning bij sociaal-emotionele -, gedrags- en/of verslavingsproblematiek.
- 5) De ouders hebben (langdurige) intensieve hulp nodig bij de (terug)plaatsing van de jeugdige thuis, ondersteuning bij de sociaal emotionele- / gedragsproblematiek van de jeugdige en het vinden van een passende school.

In tabel 4 is te zien welk percentage de vijf groepen van het totaal uitmaken.

**Tabel 4: Onderscheid naar doelgroepen met overeenkomstige zorgbehoefte (N=72)**

	Doelgroep	Aantal	%
1.	Ontlasting en opvoedingsondersteuning opvoeders + langdurige ondersteuning jeugdige bij sociaal-emotionele problematiek	6	8%
2.	Woonplek met pedagogisch gestructureerd leef/schoolklimaat + behandeling psychiatrische/psychische problematiek	20	28%
3.	Continuëren huidige verblijfsplek (gezinshuis) + ondersteuning of behandeling bij gedragsmatige en sociale-emotionele problemen	21	29%
4.	Begeleide woonplek naar zelfstandigheid en/of ondersteuning bij identiteitsontwikkeling, dagbesteding – versterking eigen netwerk, behandeling of ondersteuning bij sociaal-emotionele-/gedrags-/verslavingsproblematiek	12	17%
5.	Intensieve (langdurige) hulp aan gezin gericht op jeugdige terug naar huis + ondersteuning bij sociaal emotionele- / gedragsproblematiek + vinden passende school	13	18%

In tabel 5 zijn per doelgroep een aantal kenmerken samengevat. Daarna volgt per doelgroep een typering van de jeugdigen en gezinnen die deel uitmaken van de groep. Net als bij de totale populatie zijn hier per doelgroep de kenmerken van de jeugdigen, de situatie voorafgaand aan de huidige plaatsing, de problemen van jeugdige en gezin, de mogelijkheden van de jeugdige en de ouders en het perspectief zoals dat bij aanvang bekend was. De beschrijving van iedere doelgroep begint met een korte typering waarin de belangrijkste onderscheidende kenmerken op een rij staan.

**Tabel 5: Overzicht van de belangrijkste kenmerken en problemen van de jeugdigen in de verschillende doelgroepen (N=72)**

<i>Kenmerk</i>	<i>Totaal (n=72)</i>	<i>Groep 1 (n=6)</i>	<i>Groep 2 (n=20)</i>	<i>Groep 3 (n=21)</i>	<i>Groep 4 (n=12)</i>	<i>Groep 5 (n=13)</i>
% Jongens	47%	17%	50%	48%	33%	9%
Gemiddelde leeftijd	12,4	8,3	12,2	11,4	16,3	12,5
% Allochtone jeugdigen	19%	17%	25%	14%	25%	16%
% Vrijwillige hulp	13%	0%	15%	5%	25%	15%
% Jeugdigen op speciaal onderwijs	39%	34%	65%	38%	0%	46%
% Jeugdigen geen of vervangende dagbesteding	12%	0%	5%	0%	42%	23%
% Brusjes uit huisgeplaatst	50%	50%	35%	81%	25%	46%
% > 4 jaar uit huis	36%	83%	45%	38%	17%	15%
% > 5 Woonplekken	42%	50%	65%	38%	25%	23%
% > 4 Professionele hulp	54%	80%	55%	62%	42%	38,5%
% > 1 Stoorissen	50%	83%	70%	43%	17%	46%
% Vermoeden van > 1 stoorissen	43%	50%	80%	29%	8%	38,5%
% Jeugdigen met problemen 4 à 5 assen	67%	83%	85%	38%	67%	77%
% Moeders onvoldoende leerbaar/niet in beeld	65%	50%	70%	71%	83%	38%
% > 1 beschermende factoren jeugdige	82%	67%	90%	67%	92%	85%
% > 1 beschermende factoren ouders/gezin	56%	67%	55%	43%	42%	85%
% > 1 beschermende factoren omgeving	54%	50%	45%	57%	59%	62%

## **1. Ontlasting en opvoedingsondersteuning opvoeders en langdurige ondersteuning jeugdige bij sociaal-emotionele problematiek (8%; N=6)**

*Typering:* Bij zes van de 72 jeugdigen (8%) hebben de opvoeders (veelal pleegouders of gezinshuisouders) vanwege de problematiek van deze jeugdigen opvoedingsondersteuning nodig en/of langdurig structurele gedeeltelijke ontlasting, waarnaast de jeugdige continue langdurige ondersteuning behoeft bij zijn/haar sociaal emotionele problematiek. Het gaat in deze groep om jonge kinderen met ernstige problematiek (bijna allemaal een of meer stoornissen), allemaal vertonen ze opstandig en/of antisociaal gedrag. Deze jeugdigen wonen al geruime tijd niet meer bij hun ouders, de helft woont op vijf of meer plekken. Het perspectief is veelal in een gezinshuis of pleeggezin (blijven) wonen.

*Kenmerken:* Deze groep betreft vijf meisjes (83%) en één jongen (17%). De gemiddelde leeftijd is 8,3 jaar (variërend tussen 4 en 13 jaar). Bijna alle jeugdigen zijn van Nederlandse afkomst (83%). Alle jeugdigen ontvangen hulp in een juridisch kader, waarvan ruim 83% een (voorlopige) voogdij en bijna 17% een (voorlopige) OTS. De jeugdigen verblijven in de behandelgroep jongere jeugd en in de gezinshuizen (ieder 50%). Tweederde van de jeugdigen volgt regulier basisonderwijs, 17% volgt speciaal basisonderwijs en 17% speciaal onderwijs cluster 4.

*Situatie voorafgaand:* 50% van de jeugdigen woont voorafgaand aan de plaatsing in een pleeggezin, 17% binnen de acute zorg, 17% in een behandelgroep jongere jeugd en 17% in een observatiegroep binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. De laatste gezinsvorm waarin het jeugdige verbleef was in de helft van de gevallen een kerngezin met een vader, moeder en een of meerdere jeugdigen, soms was er sprake van een samengesteld gezin of een pleeggezin. Van de helft van de jeugdigen zijn ook brusjes uithuisgeplaatst. Het merendeel (ruim 83%) van de jeugdigen woont vier jaar niet meer thuis. De helft heeft op vijf of meer plekken gewoond, vijf jeugdigen hebben in een of meerdere pleeggezinnen gewoond. De jeugdigen (en zijn/haar gezin) hebben reeds de volgende vormen van hulp ontvangen: diagnostiek (100%), crisishulp (83%), pleegzorg (83%), training/therapie (67%), ambulante hulp thuis (67%), ambulante hulp (50%), residentiële hulp (17%) en/of een gezinshuis (17%). Ruim 80% ontvangt al meer dan vier jaar professionele hulp.

*Problemen:* Van de zes jeugdigen heeft de helft een stoornis en eenderde drie stoornissen, met name hechtingsstoornissen werden genoemd. Bij drie jeugdigen is (daarnaast) sprake van een vermoeden van een of twee stoornissen (50%). Van alle jeugdigen zijn STEP-gegevens bekend. Alle jeugdigen scoren matige problemen in het eigen functioneren, redelijk tot en met aanzienlijke problemen in de kwaliteit van de omgeving (50% redelijk), matige tot en met zeer hoge zorgzwaarte (tweederde een hoge zorgzwaarte). Tweederde scoort geen tot en met matige urgentie van de zorg en ruim 33% scoort zeer hoge urgentie van zorg.

83% van de jeugdige heeft problemen op vijf assen van de CAP-J. Alle jeugdigen hebben een of meerdere problemen op psychosociaal functioneren (as A). Alle jeugdigen laten opstandig en/of antisociaal gedrag zien. Tweederde heeft last van problemen in de competentiebeleving en de helft van de jeugdigen heeft last van angstproblemen, druk en impulsief gedrag en/of problemen in gewetensvorming / morele ontwikkeling. 83% van de jeugdigen heeft een of meerdere lichamelijke problemen (as B), waaronder een spraakaan-doening of voedings- / eetproblemen. Op as C, vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige, heeft 83% van de jeugdige een of meerdere

problemen, waarvan tweederde sociale vaardigheidsproblemen en de helft van de jeugdigen aandachtsproblemen en/of problemen met het sociaal aanpassingsvermogen. Bij alle jeugdigen is sprake van een of meerdere problemen op as D, gezin en opvoeding. Bij 83% van de gezinnen waar de jeugdige vandaan komt, is sprake van problemen met de ondersteuning, verzorging en bescherming van de jeugdige. Bij bijna tweederde is sprake van ontoereikende opvoedingsvaardigheden. In de helft van de gezinnen is de jeugdigen slachtoffer verwaarlozing, zijn er financiële problemen en/of problemen met huisvesting en bij eenderde van de gezinnen gebruikt de ouder middelen/is verslaafd, is er sprake van overmatige stress bij de ouder en/of psychische/psychiatrische problematiek bij een ander gezinslid. Op as E, jeugdige en omgeving, hebben ook alle jeugdigen een of meerdere problemen. 83% van de jeugdigen heeft een problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden en bij 33% van de jeugdigen is sprake van motivatieproblemen op school of werk.

*Mogelijkheden:* Tweederde van de jeugdigen heeft een of meerdere beschermende factoren zoals een normale intelligentie, veerkracht en/of aantrekkelijke verschijning. Tweederde van de ouders / gezinnen waar de jeugdige verbleef bieden een of meer beschermende factoren, waarbij een derde vier beschermende factoren heeft. Het gaat om factoren als een goede relatie met een van de ouders, responsieve en sensitieve ouder(s), steun van brussjes en/of een stabiele financiële situatie. Bij 50% omvat de omgeving van de jeugdige een of meer beschermende factoren waarbij de helft twee beschermende factoren heeft, zoals sociale steun en/of toegang tot zorgzame volwassenen buiten het gezin. De helft van de moeders is onvoldoende in staat nieuw gedrag te leren of niet in beeld. Bij de vaders geeft dit hetzelfde beeld. Daarentegen is 83% van de jeugdigen redelijk in staat nieuw gedrag te leren. Bijna tweederde van de moeders ziet het nut van verandering, echter 17% is nog niet bereid om te veranderen, 17% ziet het nut niet van verandering en bij 17% is de moeder niet in beeld / niet van toepassing. Bij de vaders geeft dit hetzelfde beeld. Ruim 83% van de jeugdigen ziet het nut van verandering. Bij 50% is de gezinsbalans kwetsbaar en bij nog een derde uit balans, waarbij de draaglast te hoog is voor de draagkracht. 67% heeft steun vanuit het informele netwerk, waarbij 50% ook vanuit het formele. 67% heeft steun vanuit het formele netwerk, waarbij 50% ook vanuit het informele.

*Perspectief:* Bij aanvang is bij de helft van de jeugdigen het perspectief dat hij/zij in een gezinshuis gaat/blijft wonen en een derde gaat/ blijft in een pleeggezin wonen. De uiteindelijk geplande vervolgplek blijkt vervolgens bij eenderde een combinatie van pleegzorg en residentiële hulp, om de plaatsing in het pleeggezin te kunnen waarborgen. Daarnaast gaat de helft van de jeugdigen naar kamertraining / begeleid wonen en bij 17% is de geplande vervolgplek onbekend.

## **2. Woonplek met pedagogisch gestructureerd leef/schoolklimaat en behandeling psychiatrische/psychische problematiek (28%; N=20)**

*Typering:* Bij twintig van de 72 jeugdigen (28%) heeft de jeugdige een plek nodig waar hij kan opgroeien met een gestructureerd pedagogisch leef/schoolklimaat, tevens heeft de jeugdige behandeling nodig bij zijn psychiatrische en/of psychische problematiek. Gemiddeld zijn deze jeugdigen ruim 12 jaar, de hulp wordt veelal verleend binnen een juridisch kader en tweederde volgt speciaal onderwijs. De jeugdigen wonen al geruime tijd niet meer thuis en vertonen veel en ernstige problemen (70% een of meer stoornissen), ook op school. Tweederde van de ouders is onvoldoende

leerbaar of niet meer in beeld. Van eenderde van deze jeugdigen lukt het ook na enige tijd nog niet het perspectief helder te krijgen.

*Kenmerken:* Deze groep bestaat uit 10 meisjes (50%) en 10 jongens (50%). De gemiddelde leeftijd is 12,2 jaar (variërend tussen 4 en 17 jaar). Twaalf jeugdigen zijn 14 jaar of ouder. Vijftien van de twintig jeugdigen (75%) hebben de Nederlandse etniciteit. 85% ontvangt hulp binnen een juridisch kader, waarvan 70% een (voorlopige) OTS, 10% een jeugdreclasseringsmaatregel en 5% een (voorlopige) voogdij heeft. 40% van de jeugdigen verblijft binnen de acute zorg, 25% in behandelgroep jongere jeugd, 25% in behandelgroep oudere jeugd en 10% in de gezinshuizen. 65% van de jeugdigen volgt speciaal onderwijs, waarvan 40% cluster 4 en 25% speciaal voortgezet onderwijs. 25% volgt het reguliere onderwijs, waarvan 15% voortgezet onderwijs, 5% ROC en 5% basisonderwijs. 5% heeft een vervangende dagbesteding en 5% is werkend.

*Situatie voorafgaand:* 45% van de jeugdigen woonde, als laatste verblijfplaats voorafgaand aan de onderzochte plaatsing, thuis, 20% in een pleeggezin, 15% in een behandelgroep voor jongere of oudere jeugd en 10% in een gezinshuis. De laatste gezinsvorm waarin de jeugdige verbleef was voor 40% een kerngezin met een vader, moeder en een of meerdere jeugdigen, 30% een eenoudergezin, 10% een samengesteld gezin en 10% woonde bij gezinshuisouders. Bij 35% van de jeugdigen zijn er brusjes uithuisgeplaatst. 45% van de jeugdigen woont meer dan vier jaar niet meer thuis. 20% heeft op een plek gewoond, 15% tussen de twee en vier plekken en 65% op vijf of meer plekken. Bij 10 jeugdigen (50%) zaten bij deze woonplekken een of meerdere pleeggezinnen. De jeugdigen (en zijn/haar gezin) hebben reeds de volgende vormen van hulp ontvangen: crisishulp (80%), residentiele hulp (70%), ambulante hulp thuis (70%), diagnostiek (50%), training/ therapie (60%) en/of pleegzorg (50%). 55% ontvangt al meer dan vier jaar professionele hulp.

*Problemen:* Van de twintig jeugdigen hebben 14 jeugdigen een of meerdere een stoornissen (70%), waarbij 30% een stoornis heeft, 30% twee stoornissen en 10% drie stoornissen. Met name ADHD en een hechtingsstoornis worden genoemd. Bij 16 jeugdigen is (daarnaast) sprake van een vermoeden van een of twee stoornissen (80%).

Van 16 van de 20 jeugdigen zijn STEP-gegevens bekend (80%). Deze jeugdigen scoren matige tot zware/extreme problemen in het functioneren van de jeugdige, redelijk tot en met aanzienlijke problemen in de kwaliteit van de omgeving, aanzienlijke tot en met zeer hoge zorgzwaarte en geen tot en met zeer hoge/ extreme urgentie van zorg, waarbij 20% van deze jeugdigen geen tot en met weinig en 80% matig tot en met zeer hoge urgentie van zorg scoort.

85% van de jeugdigen heeft problemen op vier assen (40%) of op vijf assen (45%) van de CAP-J. Alle jeugdigen hebben een of meerdere problemen binnen as A, psychosociaal functioneren jeugdige, waarbinnen een groot aantal problemen gescoord worden. 80% laat druk en impulsief gedrag zien en 70% heeft last van stemmingsproblemen. 65% laat opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag zien en 45% heeft problemen met de competentiebeleving. Bij 35% is er sprake van problemen in de gewetensvorming/ morele ontwikkeling en bij 35% van problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen. 30% heeft identiteitsproblemen en 25% angstproblemen. 55% van de jeugdigen heeft een of meerdere problemen op as B, lichamelijke gezondheid jeugdige. 90% heeft een of meer problemen op as C, vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige. 80% heeft aandachtsproblemen, 70% problemen met het sociaal aanpassingsvermogen, 30% problemen met schoolprestaties/ leerproblemen en 30% sociale vaardigheidsproblemen. Bij alle jeugdigen is sprake van een of meerdere problemen binnen het gezin en de opvoeding (as D). Bij 85% van de gezinnen is

sprake van ontoereikende opvoedingsvaardigheden, bij 80% van problemen met de ondersteuning, verzorging en bescherming van de jeugdige, bij 55% problemen in de hechting van jeugdige aan de ouder en bij 50% van de ouders is sprake van psychische/ psychiatrische problematiek. Bij 40% is er sprake van een problematische gezinscommunicatie. Bij een kwart is sprake van parentificatie, is de jeugdige slachtoffer van mishandeling, is sprake van een problematische relatie tussen ouders en/of heeft de ouder een negatieve jeugdervaring/ traumatische ervaring. Binnen as E, jeugdige en omgeving, heeft 85% van de jeugdigen een of meerdere problemen. 55% van de jeugdigen heeft een gebrekkig sociaal netwerk, 55% motivatieproblemen op school of werk en 50% een problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden. 30% heeft een risicovolle vriendenkring, 25% heeft problemen met de vrijetijdsbesteding en/of 25% heeft een problematische relatie met leerkracht, werkgever of leidinggevende/ problemen met hiërarchische relaties.

*Mogelijkheden:* 90% van de jeugdigen heeft een of meer beschermende factoren. 40% heeft een beschermende factor en 25% twee, zoals de jeugdige heeft een normale intelligentie, de jeugdige heeft speciale talenten, de jeugdige is veerkrachtig, heeft humor en/of de jeugdige heeft een aantrekkelijke verschijning. 55% van de ouders / gezinnen biedt de jeugdige een of meer beschermende factoren, waarbij 40% een beschermende factor heeft, zoals een goede relatie met een van de ouders. Bij 45% omvat de omgeving van de jeugdige een of meer beschermende factoren, waarbij 35% een beschermende factor heeft zoals de jeugdige heeft toegang tot zorgzame volwassenen buiten het gezin. 70% van de moeders zijn niet leerbaar, waarvan 55% onvoldoende in staat is nieuw gedrag te leren en 15% niet in beeld/ niet van toepassing is. Bij de vaders is dit 65%, waarbij 45% niet in staat is nieuw gedrag te leren en 20% niet in beeld/ niet van toepassing. Daarentegen is 80% van de jeugdigen redelijk tot goed in staat nieuw gedrag te leren. 80% van de moeders ziet het nut van verandering, echter 50% hiervan is nog niet bereid te veranderen. 60% van de vaders ziet het nut van veranderen, echter 35% hiervan is nog niet bereid te veranderen. 85% van de jeugdigen ziet het nut van veranderen, echter 40% hiervan is nog niet bereid te veranderen. 80% van de gezinnen is uit balans (draaglast te hoog voor de draagkracht) en bij 20% is de balans kwetsbaar. Bij 65% is er steun vanuit het formele netwerk, waarbij 45% ook vanuit het informele. Bij 60% is er steun vanuit het informele netwerk, waarbij 45% ook in het formele.

*Perspectief:* Bij aanvang van de hulp is bij 35% het perspectief voor de jeugdige nog niet bepaald, waarvan bij de uiteindelijk geplande vervolgplek dit bij 30% van de jeugdigen nog steeds onbekend blijft. 25% gaat richting een psychiatrische setting, de rest naar kamertraining, een gezinshuis, een residentiële voorziening voor langdurig verblijf of naar de gesloten jeugdzorg.

### **3. Continueren huidige verblijfsplek (gezinshuis) en ondersteuning of behandeling gedrag/sociaal-emotionele problemen (29%; N=21)**

*Typering:* Bij eenentwintig van de 72 jeugdigen (29%) dient de huidige woonplek van langdurig opgroeien gecontinueerd te worden (gezinshuis) en dient de jeugdige ondersteund of behandeld te worden bij gedragsmatige en sociaal- emotionele problemen. Deze jeugdigen zijn gemiddeld ruim 11 jaar en ontvangen hulp in een juridisch kader. Ze hebben problemen in het psychosociaal functioneren (40% een of meer stoornissen), ook op school, zijn langer dan vier jaar uit huis en het merendeel heeft op vijf of meer plekken gewoond. Driekwart van de ouders is onvoldoende leerbaar of niet in beeld, voor de meeste jeugdigen is het perspectief bij aanvang gaan/ blijven wonen in een gezinshuis.



*Kenmerken:* Deze groep bevat 11 meisjes (52%) en 10 jongens (48%). De gemiddelde leeftijd is 11,4 jaar (tussen 8 en 15 jaar), waarbij 8, 9, 14 en 15 jaar het meeste voorkomen. 18 van de 21 jeugdigen hebben de Nederlandse etniciteit (bijna 86%). 95% ontvangt hulp binnen een juridisch kader, waarvan 62% een (voorlopige) OTS en 33% (voorlopige) voogdij. 95% van de jeugdigen verblijft in een gezinshuis en 5% in een behandelgroep oudere jeugd. 62% van de jeugdigen volgt het reguliere onderwijs, waarvan 43% voortgezet onderwijs, 14% basisonderwijs en 5% ROC. 38% volgt speciaal onderwijs waarvan 24% basisonderwijs, 10% voortgezet onderwijs en 5% cluster 4.

*Situatie voorafgaand:* Eenderde van de jeugdigen woonde, als laatste verblijfplaats, binnen de acute zorg. Bijna 24% woonde thuis, bijna 24% woonde in een behandelgroep jongere of oudere jeugd, ruim 14% woonde in een pleeggezin en bijna 5% woonde in een logeershuis. De laatste gezinsvorm waarin de jeugdige verbleef was voor ruim 52% een eenoudergezin, 19% een kerngezin met een vader, moeder en een of meerdere jeugdigen en 19% een samengesteld gezin. Bij 81% van de jeugdigen zijn er brusjes uithuisgeplaatst. Ruim 38% van de jeugdigen woont al langer dan vier jaar niet meer thuis, bijna 29% woont niet meer thuis sinds enkele maanden. 57% woonde op twee tot vier plekken en 38% op vijf of meer plekken. 10 jeugdigen (48%) woonde van deze plekken in een of meerdere pleeggezinnen. De jeugdigen (en zijn/haar gezin) hebben reeds de volgende vormen van hulp ontvangen: ambulante hulp thuis (67%), diagnostiek (57%), crisishulp (57%), pleegzorg (57%), training/therapie (57%), residentiële hulp (43%) en/of ambulante hulp (29%). Bijna 62% van de jeugdigen ontvangt al meer dan vier jaar professionele hulp.

*Problemen:* Van de 21 jeugdigen hebben negen jeugdigen een of meerdere stoornissen (43%), waarbij ruim 14% een stoornis heeft, 19% twee stoornissen en 10% drie stoornissen, met name een hechtingsstoornis wordt genoemd. Bij zes jeugdigen is (daarnaast) sprake van een vermoeden van een stoornis (bijna 29%) en bij 5% van de jeugdigen is een vermoeden van verwaarlozing. Van 18 jeugdigen zijn STEP-gegevens bekend (86%). De jeugdigen scoren redelijke tot en met matige problemen in het functioneren van de jeugdige. Er zijn matige tot en met aanzienlijke problemen in de kwaliteit van de omgeving. Bijna alle jeugdigen scoren een zeer hoge zorgzwaarte, een jeugdige scoort matig en twee jeugdigen scoren aanzienlijke zorgzwaarte. Bijna alle jeugdigen scoren een zeer hoge tot extreme urgentie van zorg. 38% van de jeugdigen scoort op vier assen (bijna 24%) of op vijf assen (ruim 14%) van de CAP-J. Op twee jeugdige na (91%) hebben alle jeugdigen een of meerdere problemen binnen as A, psychosociaal functioneren. 57% van de jeugdigen vertoont opstandig en/of antisociaal gedrag en 33% heeft problemen met de competentiebeleving. Eenderde van de jeugdigen heeft een of meerdere problemen in de lichamelijke gezondheid (as B). Binnen as C, vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige, heeft 62% van de jeugdigen een of meerdere problemen waarvan 48% sociale vaardigheidsproblemen heeft. Bij alle jeugdigen is sprake van een of meerdere problemen binnen as D, gezin en opvoeding, waarbij bij 62% van de gezinnen waar de jeugdige vandaan komt sprake is van ontoereikende opvoedingsvaardigheden, 71% problemen met de ondersteuning, verzorging en bescherming van de jeugdige heeft en 43% problemen heeft in de hechting van de jeugdige aan ouder. Bij 38% heeft de ouder gezondheidsproblemen of een handicap/invaliditeit, bij 29% is sprake van parentificatie, 29% heeft problemen in de loyaliteit van jeugdige aan ouder, bij 29% is sprake van een problematische relatie tussen de ouders en bij 33% heeft de ouder psychische/ psychiatrische problematiek. Binnen as E, jeugdige en omgeving, heeft 52% van de jeugdigen een of meerdere problemen.

*Mogelijkheden:* 67% van de jeugdigen heeft een of meer beschermende factoren, waarbij 38% een beschermende factor heeft zoals een normale intelligentie. 43% van de ouders / gezinnen waar de jeugdige verbleef bieden een of meer beschermende factoren, waarbij 38% van het totaal een beschermde factor heeft en 5% drie beschermende factoren, zoals een goede relatie hebben met een van de ouders. Bij 57% biedt de omgeving de jeugdige een beschermende factor, zoals toegang hebben tot zorgzame volwassenen buiten het gezin. 71% van de moeders is niet leerbaar, waarvan 57% onvoldoende in staat is nieuw gedrag te leren en 14% van de moeders niet in beeld is. Bij de vaders is dit ook 71%, waarbij 33% niet in staat is nieuw gedrag te leren en 38% niet in beeld is. Daarentegen is 91% van de jeugdigen wel in staat nieuw gedrag te leren. 33% van de moeders ziet het nut van verandering, maar is nog niet bereid te veranderen. 29% ziet het nut niet van verandering. 24% van de vaders ziet het nut van verandering niet, 14% ziet het nut van verandering maar is nog niet bereid te veranderen. 48% van de jeugdigen is gemotiveerd voor verandering, van 33% is de motivatie niet te beoordelen op basis van het dossier en 19% ziet het nut van verandering, maar is nog niet bereid te veranderen. 86% van de gezinnen is uit balans, waarbij de draaglast te hoog is voor de draagkracht. 62% heeft steun vanuit het formele netwerk, waarbij 33% ook vanuit het informele. 38% heeft steun vanuit het informele netwerk, waarbij 33% ook vanuit het formele.

*Perspectief:* Het perspectief bij aanvang van de hulp is bij 86% dat de jeugdige in een gezinshuis gaat/blijft wonen. De rest, allen 5%, gaat zelfstandig wonen, gaat/ blijft in een pleeggezin wonen of gaat/ blijft in een residentiele voorziening voor langdurend verblijf wonen. Uiteindelijk is bij 62% de geplande vervolgplek kamertraining / begeleid wonen, 10% gaat zelfstandig wonen en 10% gaat in een gezinshuis wonen. De rest van de jeugdigen gaat in een pleeggezin wonen, in een residentiele voorziening voor langdurend verblijf of het is (nog) onbekend waar de jeugdige naartoe gaat.

#### **4. Begeleide woonplek naar zelfstandigheid en/of ondersteuning bij identiteitsontwikkeling, dagbesteding, versterking eigen netwerk, behandeling of ondersteuning bij sociaal-emotionele-, gedrags- en/of verslavingsproblematiek(17%; N=12)**

*Typering:* Bij 12 van de 72 jeugdigen (17%) heeft de jeugdige ondersteuning nodig tot zelfstandig wonen, daarnaast ook hulp bij de eigen identiteitsontwikkeling en/of dagbesteding en/of versterking van het eigen netwerk en/of behandeling/ ondersteuning bij sociaal-emotionele-, gedrags- en/of verslavingsproblematiek. De gemiddelde leeftijd in deze groep is 16 jaar, driekwart ontvangt hulp in een juridisch kader (onder andere een maatregel voor jeugdreclassering). De helft van de jeugdigen volgt regulier onderwijs, de andere helft heeft geen dagbesteding of een vervangende dagbesteding. Tweederde van de jeugdigen heeft problemen met de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen gepaard gaand met internaliserende problemen (introvert gedrag, angstproblemen). Driekwart van de ouders is niet leerbaar of niet (meer) in beeld. Het perspectief van de jeugdigen ligt bij driekwart richting zelfstandigheid, al dan niet via kamertraining of begeleid wonen.

*Kenmerken:* De groep bevat acht meisjes (67%) en vier jongens (33%). De gemiddelde leeftijd is 16,3 jaar (variërend tussen 15 en 18 jaar). De helft van de jeugdigen is 16 jaar en de rest is 15, 17 of 18 jaar. Negen van de 12 jeugdigen (75%) hebben de Nederlandse etniciteit. 75% van de jeugdigen ontvangen hulp binnen een juridisch kader waarvan 50% een (voorlopige) OTS heeft, 17% een jeugdreclasseringsmaatregel heeft en 8% een (voorlopige) voogdij. 67% van de jeugdigen ontvangt

hulp binnen de behandelgroep oudere jeugd en 33% zelfstandigheidstraining. 50% volgt regulier voortgezet onderwijs, waarvan 8% ROC. 33% heeft geen dagbesteding en de rest heeft een vervangende dagbesteding of een NT2 (eerste opvang nieuwkomers re-integratie onderwijs).

*Situatie voorafgaand:* 50% van de jeugdigen woonde, als laatste verblijfplaats, binnen de acute zorg, ruim 33% thuis, de rest in een behandelgroep oudere jeugd of was dakloos. De laatste gezinsvorm waarin de jeugdige verbleef was voor ruim 33% een kerngezin met een vader, moeder en een of meerdere jeugdigen, bij eveneens 33% een samengesteld gezin en bij 25% een eenoudergezin. Bij 25% van de jeugdigen zijn er brusjes uithuisgeplaatst. Een kwart van de jeugdigen woont een half jaar tot een jaar niet meer thuis en een kwart een tot twee jaar niet meer. 8% heeft op een plek gewoond, 67% op twee tot vier plekken en 25% op vijf of meer plekken. Daarvan woonden twee jeugdigen (17%) in een of meerdere pleeggezinnen. De jeugdigen (en zijn/haar gezin) hebben reeds de volgende vormen van hulp ontvangen: crisishulp (75%), ambulante hulp (50%), ambulante hulp thuis (33%), residentiële hulp (25%), diagnostiek (25%), training/ therapie (17%) en een gezinshuis (8%). 33% van de jeugdigen ontvangt een tot twee jaar professionele hulp, 42% langer dan vier jaar.

*Problemen:* Van de twaalf jeugdigen hebben twee jeugdigen een stoornis (bijna 17%), ADHD en een leerstoornis. Bij een jeugdige is daarnaast sprake van een vermoeden van een stoornis. Bij 25% is er een vermoeden van verwaarlozing, mishandeling en/of misbruik.

Van zes van de twaalf jeugdigen zijn STEP-gegevens bekend (50%). De jeugdigen scoren redelijk tot en met aanzienlijke problemen in het functioneren van de jeugdige en redelijk tot en met aanzienlijke problemen in de kwaliteit van de omgeving. Bijna alle jeugdigen scoren een matige tot en met zeer hoge zorgzwaarte, waarbij zeer hoge zorgzwaarte 50% scoort. De urgentie van de zorg varieert van weinig tot en met een zeer hoge/extreme urgentie, waarbij 67% aanzienlijk of zeer hoog scoort.

67% van de jeugdigen heeft problemen op vier (58%) of vijf assen (8%) van de CAP-J. Alle jeugdigen hebben een of meerdere problemen binnen as A, psychosociaal functioneren, waarbinnen 67% problemen heeft bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen en 58% stemmingsproblemen. 42% vertoont opstandig en/ of antisociaal gedrag en 33% angstproblemen en/of problemen in de competentiebeleving en/of identiteitsproblemen. Een kwart van de jeugdigen kampt met introvert gedrag, druk en impulsief gedrag en/of is er sprake van problematisch gebruik van cannabis. 42% van de jeugdigen heeft een of meerdere problemen binnen as B, lichamelijke gezondheid. Op as C, vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige, heeft 42% van de jeugdigen een of meerdere problemen, waarvan 25% sociale vaardigheidsproblemen. Bij alle jeugdigen is sprake van een of meerdere problemen op as D, gezin en opvoeding. In driekwart van de gezinnen waar de jeugdige vandaan komt is sprake van ontoereikende voedingsvaardigheden. Bij 50% zijn er problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming van de jeugdigen en bij 50% problemen in de loyaliteit van jeugdige aan de ouder. Bij 33% is er sprake van problematische gezinscommunicatie en psychische/ psychiatrische problematiek van een ander gezinslid. Bij 25% is er sprake van parentificatie, is de jeugdige slachtoffer van verwaarlozing, zijn er problemen bij scheiding van de ouders en/of een problematische relatie tussen de ouders. Op as E, jeugdige en omgeving hebben bijna alle jeugdigen een of meerdere problemen, waarvan 58% motivatieproblemen op school of werk heeft, 33% een gebrekkig sociaal netwerk heeft en/of een risicovolle vriendenkring. 25% heeft een problematische relatie met medeleerlingen, collega's en groepsleden.

*Mogelijkheden:* 92% van de jeugdigen heeft een of meer beschermende factoren, waarbij 50% drie beschermende factoren heeft, zoals een normale intelligentie, humor, veerkracht, aantrekkelijke verschijning en/of speciale talenten. 42% van de ouders / gezinnen waar de jeugdige verbleef biedt een of meer beschermende factoren, waarbij 33% een beschermende factor heeft, zoals steun van brusjes. Bij 59% van de jeugdigen omvat de omgeving een beschermende factor, zoals toegang tot zorgzame volwassenen buiten het gezin en/of sociale steun. 83% van de moeders zijn niet leerbaar, waarvan 50% onvoldoende in staat is nieuw gedrag te leren en 33% niet in beeld is. Bij de vaders is dit 75%, waarbij 42% niet in staat is nieuw gedrag te leren en bij 33% vader niet in beeld is. Daarentegen zijn alle jeugdigen redelijk of goed in staat nieuw gedrag te leren. 33% van de moeders zien het nut van verandering, echter bijna 17% is nog niet bereid te veranderen en 33% ziet het nut niet van veranderen. 42% van de vaders ziet het nut van verandering, echter 25% is nog niet bereid om te veranderen. Alle jeugdigen zien het nut van verandering, echter bijna 42% is nog niet bereid om te veranderen. 67% van de gezinnen is uit balans, waarbij de draaglast te hoog is voor de draagkracht. 58% ontvangt steun vanuit het informele netwerk van het gezin, waarbij 42% ook vanuit het formele. Bij 25% is er onvoldoende steun.

*Perspectief:* Bij aanvang van de hulp is bij 50% het perspectief voor de jeugdige dat hij/zij zelfstandig gaat wonen, 25% gaat naar kamertraining / begeleid wonen. Uiteindelijk is de geplande vervolgplek voor 42% zelfstandig wonen en/of kamertraining volgen/ begeleid wonen. De rest gaat naar een PEL-project (ervarend leren) of het is (nog) onbekend waar de jeugdige naartoe gaat.

## **5. Intensieve (langdurige) hulp aan gezin gericht op jeugdige terug naar huis, ondersteuning bij sociaal emotionele- / gedragsproblematiek en vinden van passende school (18%; N=13)**

*Typering:* Bij 13 van de 72 jeugdigen (18%) hebben de ouders (langdurige) intensieve hulp nodig bij (terug)plaatsing van de jeugdige naar huis en de jeugdige heeft ondersteuning nodig bij de sociaal-emotionele/ gedragsproblematiek en is er tevens ondersteuning nodig bij het vinden van een passende school. Deze groep bestaat voornamelijk uit jongens met een gemiddelde leeftijd van ruim 12 jaar. Bijna alle jeugdigen ontvangen hulp in het kader van een (voorlopige) OTS. Bijna een kwart van de jeugdigen heeft geen of een vervangende dagbesteding, de helft volgt speciaal onderwijs. De meeste jeugdigen wonen enkele maanden tot een jaar niet meer thuis. De problematiek omvat een combinatie van psychosociale problematiek bij de jeugdigen, ontoereikende opvoedingsvaardigheden en allerlei andere problemen in het gezin. Het merendeel van de ouders is voldoende leerbaar en gemotiveerd, het perspectief is voor alle jeugdigen terug naar huis.

*Kenmerken:* Deze groep bevat vier meisjes (31%) en negen jongens (69%). De gemiddelde leeftijd is 12,5 jaar (variërend tussen 7 en 17 jaar). 23% is 14 jaar, ruim 15% is 17 jaar en ook 15% is 7 jaar. Elf van de dertien jeugdigen (84%) hebben de Nederlandse etniciteit. Bijna 85% van de jeugdigen ontvangen hulp binnen een (voorlopige) OTS. Bijna 54% ontvangt hulp van de behandelgroep oudere jeugd, 23% behandelgroep jongere jeugd, 15% gezinshuizen en 7% acute zorg. 31% van de jeugdigen volgt regulier onderwijs, waarvan 15% basisonderwijs, 8% het ROC en 8% voortgezet onderwijs met een aangepast programma. 46% volgt speciaal onderwijs, waarvan 31% cluster 4 onderwijs en 15% voortgezet onderwijs. 15% heeft geen dagbesteding en 8% heeft een vervangende dagbesteding.



*Situatie voorafgaand:* 46% van de jeugdigen woonde, als laatste verblijfplaats, thuis, 15% in een pleeggezin en 15% in de gesloten jeugdzorg. De rest woonde binnen de acute zorg, behandel/leefgroep binnen de LVG-sector of in een kliniek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. De laatste gezinsvorm waarin de jeugdige verbleef was voor ruim 69% een eenoudergezin. Bij 15% was dat een kerngezin met een vader, moeder en een of meerdere jeugdigen, de rest woonde in een samengesteld gezin of een pleeggezin. Bij 46% van de jeugdigen zijn er brusjes uithuisgeplaatst. 39% van de jeugdigen woont sinds een half jaar tot een jaar niet meer thuis en eveneens 39% sinds 0 tot 3 maanden. 23% van de jeugdigen heeft op een plek gewoond, 54% op twee tot vier plekken en 23% op vijf of meer plekken. Twee jeugdigen (15%) woonden in een of meerdere pleeggezinnen. De jeugdigen (en zijn/haar gezin) hebben reeds de volgende vormen van hulp ontvangen: ambulante hulp (69%), ambulante hulp thuis (69%), diagnostiek (62%), crisishulp (62%), training/ therapie (54%), residentiële hulp (39%), daghulp (23%) en/of pleegzorg (15%). 39% van de jeugdigen ontvangt al langer dan vier jaar professionele hulp en 31% een tot twee jaar.

*Problemen:* Van de dertien jeugdigen hebben er zes een of twee stoornissen (46%), er worden verschillende stoornissen genoemd. Bij vijf jeugdigen is er (daarnaast) sprake van een vermoeden van een of twee stoornissen (39%). Bij 15% is er een vermoeden van verwaarlozing en/of mishandeling.

Van tien van de dertien jeugdigen zijn STEP-gegevens beschikbaar (77%). De jeugdigen scoren redelijke tot en met matige problemen in het functioneren van de jeugdige en redelijke tot en met matige problemen in de kwaliteit van de omgeving. De zorgzwaarte is matig tot hoog, waarbij 50% zeer hoge zorgzwaarte scoort. De urgentie van de zorg varieert van geen tot zeer hoog/extreem, waarbij 50% geen tot en met weinig, 20% matig en 30% aanzienlijk of zeer hoge urgentie van zorg scoort.

77% van de jeugdigen scoort problemen op vier (39%) of vijf assen (39%) van de CAP-J. Alle jeugdigen hebben een of meerdere problemen binnen as A, psychosociaal functioneren: 77% opstandig en/of antisociaal gedrag, 54% stemmingsproblemen, 54% druk en impulsief gedrag, 39% introvert gedrag, 39% angstproblemen, 39% problemen in de competentiebeleving en/of 39% problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen. 54% van de jeugdigen heeft een of meerdere problemen op as B, lichamelijke gezondheid, waarbij 31% een voedings-/eetprobleem heeft. Op as C, vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige, heeft 69% van de jeugdigen een of meerdere problemen. 39% heeft problemen met het sociaal aanpassingsvermogen, 31% heeft aandachtsproblemen en 31% sociale vaardigheidsproblemen. Bij alle jeugdigen is sprake van een of meerdere problemen op as D, gezin en opvoeding. 77% van de opvoeders heeft ontoereikende opvoedingsvaardigheden en bij 46% is er sprake van een problematische relatie tussen de ouders. Bij 39% zijn er problemen in de loyaliteit van de jeugdige aan ouder, problemen in de hechting van jeugdige aan de ouder en/of psychische / psychiatrische problematiek bij de ouder. Bij bijna 31% heerst er een problematische gezinscommunicatie, zijn er problemen bij de scheiding van de ouders, heeft de ouder overmatige stress, heeft de jeugdige problemen met gezagsrelaties en/of is de jeugdige slachtoffer van mishandeling. Op as E, jeugdige en omgeving, heeft ruim 92% van de jeugdigen een of meerdere problemen, waarbij 54% van de jeugdigen een gebrekkig sociaal netwerk heeft. 46% van de jeugdigen heeft een problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden, motivatieproblemen op school of werk en/of problemen met vrijetijdsbesteding. Bij bijna 31% is de jeugdige van school gestuurd.

*Mogelijkheden:* 85% van de jeugdigen heeft een of meer beschermende factoren, waarbij 39% twee beschermende factoren heeft zoals een normale intelligentie, een aantrekkelijke verschijning, humor of veerkracht. 85% van de ouders / gezinnen waar de jeugdige verbleef biedt een of meer beschermende factoren, waarbij 39% een beschermende factor heeft, zoals steun van brusjes, een goede relatie met een van de ouders of responsieve en sensitieve ouder(s). Bij 62% omvat de omgeving van de jeugdige een of meer beschermende factoren, waarbij 39% een factor en 23% twee beschermende factoren, zoals sociale steun of toegang tot zorgzame volwassenen buiten het gezin. 38% van de moeders is niet leerbaar, waarvan 31% onvoldoende in staat is nieuw gedrag te leren en bijna 8% niet in beeld is. 62% van de moeders is daarentegen redelijk of goed in staat nieuw gedrag te leren. Bij de vaders is ruim 46% niet leerbaar, waarvan ruim 15% niet in staat is nieuw gedrag te leren en bijna 31% niet in beeld is. Daarentegen is 46% redelijk of goed in staat nieuw gedrag te leren. Van de jeugdigen is 85% redelijk of goed in staat nieuw gedrag te leren. 92% van de moeders ziet het nut van verandering, echter 54% hiervan is nog niet bereid om te veranderen. 69% van de vaders zien het nut van verandering, echter 46% is nog niet bereid om te veranderen. 85% van de jeugdigen ziet het nut van verandering, 15% hiervan is nog niet bereid om te veranderen. 92% van de gezinnen is uit balans, waarbij de draaglast te hoog is voor de draagkracht. 69% van de gezinnen beschikt over steun vanuit het informele netwerk, waarvan 62% ook vanuit het formele.

*Perspectief:* Bij aanvang van de hulp is bij 100% het perspectief voor de jeugdige dat hij/zij weer thuis gaat wonen. Uiteindelijk is bij de geplande vervolgplek dit ook bijna 85%. De rest gaat in een pleeggezin wonen of naar leefgroep gericht op observatie en diagnostiek.

## 4. De relevante kennis over wat werkt kort samengevat

Bij het herzien van het hulpaanbod van het cluster Verblijf van Rubicon voor de onderscheiden doelgroepen is het van belang de relevante, beschikbare kennis over wat werkt bij bepaalde problemen, doelgroepen en werksoorten mee te nemen. Het Nederlands Jeugdinstituut verzamelt deze kennis – gebaseerd op nationaal en internationaal literatuuronderzoek (met name reviews en meta-analyses) - in zogenoemde kennisdossiers (<http://www.nji.nl> > Kennis > Dossiers). Hieronder geven we een kort overzicht van de beschikbare en relevante kennis voor de vijf onderscheiden doelgroepen die in het vorige hoofdstuk op een rij stonden. Voor dit overzicht is informatie uit de dossiers verzameld over: hechting, trauma en post-traumatische stressstoornis, gedragsproblemen en –stoornissen, ADHD, angst- en stemmingsproblemen, kindermishandeling, pleegzorg, gezinshuizen, residentiële jeugdzorg, crisisinterventie en uithuisplaatsing. Daarnaast is gebruik gemaakt van het hoofdstuk over jongeren met meervoudige en complexe problematiek uit de overzichtsstudie van Konijn, Van der Steege e.a. (2007). In bijlage 2 is een uitgebreidere samenvatting per onderwerp te vinden voorzien van de gebruikte bronnen.

### ***Langdurig opgroeien in een gezinsachtige omgeving***

In drie van de vijf doelgroepen (doelgroepen 1, 2 en 3) heeft de jeugdige een plek nodig buiten het gezin van herkomst om langdurig op te groeien. Hierbij is aandacht voor de hechting van de jeugdige aan belangrijke volwassenen van groot belang. Een recent overzicht van de inzichten uit onderzoek naar hechting laat zien dat het voor de ontwikkeling van jeugdigen belangrijk is dat zij zich aan enkele vaste verzorgers/opvoeders kunnen hechten. Dit vraagt om stabiliteit, continuïteit en beschikbaarheid van deze vaste verzorgers/opvoeders en zo weinig mogelijk wisselingen. Ook moet voorkomen worden dat jeugdigen te vaak door-, ver- of overgeplaatst worden. De levensloop van jeugdigen in de huidige praktijk van de jeugdzorg kenmerkt zich door vele breuken, wisselingen in verzorgers en discontinuïteit (zie bijvoorbeeld Gardeniers & De Vries, 2011). Een jeugdige kan een hechtingsrelatie opbouwen met een andere volwassene dan de eigen ouders en daarmee zogenoemde correctieve hechtingservaringen opdoen. Tegelijkertijd kan de relatie met de eigen ouders in stand gehouden worden (voor zover dit mogelijk is). Onveilige of gedesorganiseerde hechting kan dan ten goede keren. Van belang is hierbij zo snel mogelijk het besluit te nemen met alle betrokkenen dat het kind niet meer bij de eigen ouders gaat opgroeien, waar het dan wel gaan wonen en wie daarbij de centrale hechtingsfiguren blijven of worden (zie ook Bartelink & Van der Steege, 2012).

Langdurig opgroeien van uithuisgeplaatste jeugdigen vindt bij voorkeur plaats in een gezinsachtige omgeving die zo normaal als mogelijk is ingericht, zeker als de jeugdigen in de basisschoolleeftijd zijn. Te denken valt dan aan pleeggezinnen, gezinshuizen of andersoortige professionele gezinnen. Deze jeugdigen hebben vaak de nodige problemen ontwikkeld, al dan niet als gevolg van of in wisselwerking met de geringe tot matige kwaliteit van de omgeving waarin ze werden opgevoed. Vaak zijn deze problemen complex en meervoudig geworden met allerlei gedragsproblemen tot gevolg. Dit vraagt om specifiek opvoeden door professionele opvoeders die kunnen omgaan met deze gedragsproblemen die vaak het gevolg zijn van traumatische ervaringen of problemen in de hechting. Dit vergt een goede voorbereiding, scholing en deskundigheidsbevordering van deze opvoeders. Ook kunnen specifieke interventies ingezet worden om deze ouders te ondersteunen in de opvoeding van deze jeugdigen, zoals oudertrainingen (zie voor een overzicht van wat werkt bij oudertrainingen: Foolen, 2011).



Voor een aantal – waarschijnlijk oudere – jeugdigen met meervoudige en complexe problematiek is het wellicht nodig in een leefgroep op te groeien. Van belang is dan vooral de groepsgrootte beperkt te houden. De beschikbare kennis geeft nog weinig aanwijzingen voor groepsgrootte, de consensus lijkt steeds meer richting groepen van 4-6 jeugdigen te gaan (waarbij geldt: hoe minder, hoe stabiel). Daarbij dient de organisatie te investeren in een goed pedagogische basisklimaat (waarbij de te hanteren methodiek of opvoedingsstrategieën nauwkeurig uitgevoerd en geborgd worden) en via het personeelsbeleid de continuïteit en stabiliteit van de pedagogisch medewerkers te waarborgen.

### ***Specifieke problemen behoeven specifieke interventies***

De jeugdigen die verblijven binnen het cluster Verblijf van Rubicon kampen met verschillende problemen die vaak redelijk tot zeer ernstig zijn. Specifieke problemen van jeugdigen vragen om specifieke interventies. Interventies omvatten trainingen, programma's en behandelingen die zijn gericht op het voorkomen, verminderen of dragelijk maken van een probleem in de ontwikkeling van een jeugdige dat een gezonde, evenwichtige uitgroei tot volwassenheid (mogelijk) belemmert. Een interventie bestaat uit doordachte, systematische aanpak die is afgebakend in tijd en gericht op de jeugdige zelf of zijn/haar opvoeders (zie <http://www.nji.nl> > Databank Effectieve Jeugdinterventies). Van belang is voor de veelvoorkomende problemen van de jeugdigen interventies beschikbaar te hebben van aantoonbare kwaliteit, bij voorkeur zijn dit erkende interventies. Trainingen of therapieën die zijn gebaseerd op cognitieve gedragsmatige principes uitgevoerd door geschoolde trainers/therapeuten zijn werkzaam bij veel verschillende problemen (waaronder angst, depressie, gedragsstoornissen, trauma). Bij ADHD zijn psychosociale interventies werkzaam in combinatie met medicatie.

### ***Perspectief naar huis: uithuisplaatsing zo kort mogelijk en ouders intensief ondersteunen***

Als het perspectief van de jeugdige bij de eigen ouders thuis ligt (zoals bij doelgroep vijf het geval is), is het van belang de hulp te richten op het gezin en de thuissituatie. Een residentiële plaatsing heeft dan de functie van een kortdurende ontlasting van de ouders (denk eerder aan weken dan maanden). Hoe langer de uithuisplaatsing duurt, hoe kleiner de kans dat de terugplaatsing slaagt. Van belang is daarbij dat de ouders/ het gezin intensief ondersteund worden, onder andere bij het aanleren van opvoedingsvaardigheden en het verbeteren van de gezinscommunicatie opdat de jeugdige weer thuis kan wonen en opgroeien. Interventies als deze vergen een intensieve frequentie, denk daarbij aan minimaal wekelijkse sessies met de ouders/het gezin. Ook als er sprake is van een crisis heeft een ambulante interventie in het gezin de voorkeur. Over het algemeen geldt dat de crisis aangepakt dient te worden waar die zich voordoet. Ook hiervoor geldt dat het van belang is een uithuisplaatsing van de jeugdige zo kort mogelijk te laten duren. Over de werkzaamheid van crisispleegzorg en residentiële crisisopvang is weinig bekend. De plaatsing dient in ieder geval gepaard te gaan met assessment en diagnostiek, ook het bepalen van het perspectief van de jeugdige is er een belangrijk onderdeel van.

### ***Jongeren met meerdere problemen intensief ondersteunen***

Over wat werkt bij jongeren ouder dan 16 jaar die begeleid moeten worden richting zelfstandigheid (doelgroep 4) is uit de onderzoeksliteratuur weinig bekend. Uit de overzichtsstudie van Konijn, Van der Steege e.a. (2007) blijkt dat intensieve ambulante ondersteuning werkzaam lijkt te zijn (ook wel intensief casemanagement genoemd). Van belang is daarbij dat de hulpverlener zich actief en



outreaching opstelt, betrokken is bij de jongeren en diens belangen behartigt, coördineert en directe, praktische hulp verleent en veel en intensief contact heeft met de jongere. De hulpverlening wordt verleend in de eigen omgeving van de jongere, is gericht op praktische en psychosociale problemen en wordt verleend door telkens dezelfde hulpverlener. Tot slot is het van belang dat de hulpverlener beschikt over een uitgebreid netwerk in zorg en welzijn dat in te schakelen is voor de betreffende jongere.

## 5. Conclusies en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk zetten we de resultaten van de doelgroepenanalyse nog een keer kort op een rij en doen we enkele aanbevelingen voor herziening van het hulpaanbod van het cluster Verblijf van Rubicon Jeugdzorg.

### ***Samenvattende schets totale groep***

In de huidige populatie cliënten die voor deze doelgroepenanalyse is bekeken (N=72) zijn meisjes licht in de meerderheid. De gemiddelde leeftijd van de jeugdigen is 12,4 jaar, in 88% van de gevallen wordt de hulp verleend binnen een juridisch kader ((voorlopige) OTS, (voorlopige) voogdij of maatregel voor Jeugdreclassering). 44% van de jeugdigen volgt regulier onderwijs, 39% speciaal onderwijs en 12% heeft geen of een vervangende dagbesteding. Een derde van de jeugdigen is afkomstig uit een kerngezin, 39% uit een eenoudergezin en de rest uit een samengesteld gezin, een pleeggezin of een gezinshuis. Een derde komt vanuit huis binnen het cluster Verblijf terecht, de andere jeugdigen komen van de acute zorg, een pleeggezin of een behandelgroep (binnen Rubicon of elders). Ruim een derde jeugdigen is reeds langer dan vier jaar uithuisgeplaatst en 42% heeft op meer dan vijf plekken gewoond. Over het algemeen is er sprake van veel verplaatsingen en discontinuïteit. Bijna alle jeugdigen ontvangen zeker al een jaar professionele hulp, ruim de helft al meer dan vier jaar.

De jeugdigen kampen met veel problemen die ernstig te noemen zijn. De helft van de jeugdigen heeft een of meer stoornissen en tweederde heeft problemen op vier of vijf assen van CAP-J. in de totale groep is sprake van een breed scala aan problemen, met name in het psychosociaal functioneren jeugdige en in het gezin van herkomst. De ernst van de problematiek (gemeten met de STEP) is te typeren van redelijk tot zeer ernstig. Het merendeel van de jeugdigen beschikt over beschermende factoren in de eigen persoon, het gezin of de omgeving. Tweederde van de ouders is niet leerbaar of niet in beeld. Ruim de helft ziet het nut van verandering, een deel daarvan is echter nog niet in staat of bereid te veranderen. Bij jeugdigen zelf is dit beeld gunstiger. Bij 14% van de jeugdigen is het perspectief bij aanvang nog niet bepaald. In veel gevallen verschuift het perspectief tijdens het verblijf binnen Rubicon en is de uiteindelijke vervolgplek een andere dan het oorspronkelijke perspectief.

### ***Vijf doelgroepen te onderscheiden, drie tendensen***

Binnen de vijf onderscheiden doelgroepen zijn drie tendensen te onderscheiden. Voor 65% van de jeugdigen (doelgroepen 1, 2 en 3) is een plek om langdurige op te groeien nodig buiten het gezin van herkomst of het continueren van een dergelijke plek. Soms gaat het om jeugdigen die al in een gezinshuis wonen en die plek dient gecontinueerd te worden, in andere gevallen wonen deze jeugdigen nu in een residentiële leefgroep en is bekend dat het perspectief niet langer thuis ligt. In de eerste doelgroep gaat het om jeugdigen die vastlopen in een pleeggezin of gezinshuis, deze gezinnen hebben (gedeeltelijke) ontlasting nodig en ondersteuning bij het hanteren van de problematiek van de jeugdige. Bij 18% van de jeugdigen ligt het perspectief in het gezin van herkomst (doelgroep 5) en bij 17% gaat het om jongeren die intensieve ondersteuning nodig hebben richting zelfstandigheid.



### ***Aanbeveling 1: Creëer plekken voor langdurige opgroeien voor jeugdigen met meervoudige en complexe problematiek***

Bijna tweederde van de huidige cliëntenpopulatie binnen het cluster Verblijf kan niet langer opgroeien in het eigen gezin van herkomst. Voor deze jeugdigen zijn alternatieve gezinnen nodig: pleeggezinnen, gezinshuizen en andersoortige professionele gezinnen die met het lastige en moeilijk te hanteren gedrag dat deze jeugdigen veelal vertonen kunnen omgaan. De eerste aanbeveling is het verblijfsaanbod gericht op langdurig opgroeien fors uit te breiden bij voorkeur in gezinsachtige vormen (als pleeggezinnen, gezinshuizen of andersoortige professionele gezinnen). Ondersteun deze opvoeders van deze jeugdigen goed met scholing en deskundigheidsbevordering. Ook is het van belang voor deze professionele opvoeders interventies beschikbaar te hebben als oudertrainingen waarin ze specifieke opvoedingsvaardigheden krijgen aangereikt. Deze professionele opvoeders zijn (aanvullende) hechtingsfiguren voor deze jeugdigen, ze zorgen voor het kind alsof het hun eigen kind is. De ouders en het oorspronkelijke netwerk krijgen een duidelijke plek in het leven van de jeugdige (voor zover mogelijk).

### ***Aanbeveling 2: Organiseer specialistische interventies voor veel voorkomende problemen bij jeugdigen***

Interventies zijn trainingen, programma's en behandelingen gericht op het voorkomen, verminderen of dragelijk maken van een bepaald probleem bij een jeugdige die bestaan uit een doordachte en systematische werkwijze. De jeugdigen binnen het cluster Verblijf kampen met verschillende, ernstige problemen die specifieke behandeling behoeven. Van belang is dat er aanvullend op het langdurige verblijf interventies beschikbaar zijn voor de veelvoorkomende problemen van de jeugdigen. Dit betekent dat er in ieder geval interventies beschikbaar moeten zijn gericht op opstandig en antisociaal gedrag, ADHD, angst- en stemmingsproblemen en trauma/verwerking ingrijpende gebeurtenissen. Zorg dat deze interventies van aantoonbare kwaliteit zijn, bij voorkeur zijn het erkende interventies (dat betekent dat ze zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies, zie <http://www.nji.nl>).

### ***Aanbeveling 3: Richt hulpaanbod in voor terug naar huis na een kortdurende residentiële plaatsing***

Zorg er bij dit hulpaanbod voor dat de residentiële (crisis)plaatsing kortdurend is (eerder weken dan maanden) en niet meer dan respijt, kortdurende ontlasting, voor de ouders is. Na enkele weken start de geleidelijke terugplaatsing van de jeugdigen naar huis met intensieve ondersteuning van de ouders/het gezin. Daarbij leren ze opvoedingsvaardigheden en is de hulp daarnaast gericht op verandering van de interactie en communicatie in het gezin. Het expliciete doel is dat de jeugdige thuis kan blijven wonen en opgroeien.

### ***Aanbeveling 4: Zorg voor een doordacht en systematisch hulpaanbod voor jongeren gericht op zelfstandigheid***

De beschikbare kennis laat zien dat intensieve, ambulante begeleiding van jongeren van 16 jaar en ouder met meervoudige problematiek werkzaam lijkt. Er zijn een aantal erkende interventies beschikbaar die ingrediënten van een dergelijk hulpaanbod bevatten: Multisysteemtherapie, Vertrektraining en Nieuwe Perspectieven. Put uit deze interventies om een intensief en ambulant hulpaanbod samen te stellen dat jongeren met verschillende problemen begeleidt richting zelfstandigheid. Zorg dat dit hulpaanbod expliciet en beschreven is en dat ook voor deze jongeren interventies beschikbaar zijn gericht op specifieke (met name internaliserende) problematiek.



## 6. Literatuur

- Bartelink, C. & Steege, M. van der (2012). *Hechting en langdurige uithuisplaatsing. Verslag discussiebijeenkomst*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, te downloaden via: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/41/821.html>.
- Eijgenraam, K. & Steege, M. van der (2012). Meer zicht op de doelgroepen van de jeugdzorg. Kennis van doelgroepen benutten om zorgaanbod te programmeren. *Jeugdkennis*, nog te verschijnen.
- Foolen, N. (2011). *Wat werkt bij oudertrainingen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Gardeniers, M. & Vries, A. de (2012). *Continuïteit in gezinshuizen. Ervaring gezinshuisouders en onderzoeksgegevens verzameld*. De Glind: Rudolphstichting en Gezinshuis.com.
- Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Eijgenraam, K., Steege, M. van der & Oudhof, M. (2009). *CAP-J. Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Konijn, C. (red.), Steege, M. van der, Elderman, E., Bruinsma, W. & Braak, J. van den (2007). *Werkzame werkwijzen. Verkenning van effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht/Woerden: Nederlands Jeugdinstituut/Adviesbureau Van Montfoort.
- Yperen, T. van, Eijgenraam, K., Berg, G. van den, Graaf, M. de & Chênevert, C. (2010). *STEP Standaard Taxatie Ernst Problematiek. Handleiding 2010*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

## Bijlage 1: Problemen jeugdigen en hun ouders/gezin (N=72)

Classificatie Aard Problematiek Jeugdigen (CAP-J)	aantal	%
<i>As A. Psychosociale problemen</i>	70	97,2%
<b>Emotionele problemen</b>	<b>45</b>	<b>62,5%</b>
Introvert gedrag	15	20,8%
Angstproblemen	17	23,6%
Stemmingsproblemen	29	40,3%
<b>Gedragsproblemen</b>	<b>58</b>	<b>80,6%</b>
Druk en impulsief gedrag	34	47,2%
Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag	46	63,9%
<b>Problemen in de persoonlijkheids- en identiteitsontwikkeling</b>	<b>44</b>	<b>61,1%</b>
Problemen met de competentiebeleving	29	40,3%
Problemen in de gewetensvorming / morele ontwikkeling	15	20,8%
Identiteitsproblemen	14	19,4%
<b>Problemen in gebruik van middelen / verslaving</b>	<b>9</b>	<b>12,5%</b>
Problematisch gebruik van alcohol	2	2,8%
Problematisch gebruik van cannabis	7	9,7%
Problematisch gebruik van overige middelen	1	1,4%
Problematisch afhankelijkheidsgedrag niet aan middelen gerelateerd	1	1,4%
<b>Overige psychosociale problemen</b>	<b>33</b>	<b>45,8%</b>
Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen	25	34,7%
Overmatige stress	5	6,9%
Automutilatie	4	5,6%
<i>As B. Lichamelijke problemen</i>	35	48,6%
<b>Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap</b>	<b>12</b>	<b>16,7%</b>
Gehooraandoeningen	1	1,4%
Oogaandoeningen	2	2,8%
Spraak-aandoening	9	12,5%
(Chronische) lichamelijke ziekte	3	4,2%
<b>Gebrekkige zelfverzorging, zelfhygiëne, ongezonde levenswijze</b>	<b>11</b>	<b>15,3%</b>
Problemen met zelfverzorging en hygiëne	8	11,1%
Ongezonde levenswijze	1	1,4%
Overgewicht	3	4,2%
<b>Aan lichamelijke functies gerelateerde klachten</b>	<b>24</b>	<b>33,3%</b>
Lichamelijke klachten	5	6,9%
Voedings-/ eetprobleem	9	12,5%
Zindelijkheidsprobleem	6	8,3%
Slaapproblemen	9	12,5%
Onverklaarbare lichamelijke klachten	1	1,4%
<b>Overige problemen lichamelijke gezondheid</b>	<b>7</b>	<b>9,7%</b>

<i>As C. Problemen met vaardigheden en cognitieve ontwikkeling</i>	50	69,4%
<b>Problemen in de cognitieve ontwikkeling</b>	<b>38</b>	<b>52,8%</b>
Problemen met schoolprestaties / leerproblemen	16	22,2%
Aandachtsproblemen	28	38,9%
Problemen met het sociaal aanpassingsvermogen	24	33,3%
<b>Problemen met vaardigheden</b>	<b>27</b>	<b>37,5%</b>
Sociale vaardigheidsproblemen	27	37,5%
Andere problemen cognitieve ontwikkeling jeugdige	1	1,4%
<i>As D. Gezin- en opvoedingsproblemen</i>	72	100%
<b>Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding</b>	<b>65</b>	<b>90,3%</b>
Ontoereikende opvoedingsvaardigheden	53	73,6%
Problemen met de ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen	45	62,5%
Onenigheid tussen ouders over opvoedingsaanpak	8	11,1%
Problematische gezinscommunicatie	20	27,8%
<b>Problemen in de ouder-jeugdige relatie</b>	<b>56</b>	<b>77,8%</b>
Gebrek aan warmte in ouder-jeugdige relatie	3	4,2%
Symbiotische relatie tussen ouder en jeugdige	1	1,4%
Jeugdige in de rol van ouder (parentificatie)	15	20,8%
Vijandigheid tegen of zondebok maken van jeugdige door de ouder	1	1,4%
Problemen in de loyaliteit van jeugdige aan ouder	20	27,8%
Problemen in de hechting van jeugdige aan ouder	31	43,1%
Generatieconflict	1	1,4%
Problemen door religieuze en/of culturele verschillen tussen ouder en jeugdige	3	4,2%
Mishandeling ouder door jeugdige	4	5,6%
Jeugdige weggegaan van huis	2	2,8%
<b>Verwaarlozing, mishandeling en/of misbruik jeugdige in gezin</b>	<b>28</b>	<b>38,9%</b>
Jeugdige slachtoffer verwaarlozing	11	15,3%
Jeugdige slachtoffer mishandeling	14	19,4%
Jeugdige slachtoffer seksueel misbruik	6	8,3%
<b>Instabiele opvoedings situatie</b>	<b>39</b>	<b>45,2%</b>
Problemen bij scheiding ouders	12	16,7%
Problemen met omgangsregeling	3	4,2%
Problemen met gezagsrelaties	7	9,7%
Problemen in relatie tussen ouders	20	27,8%
Problemen in relatie jeugdige met partner van opvoeder	7	9,7%
Problemen in relatie met (stief)broers/zussen	6	8,3%
<b>Problemen van de ouder</b>	<b>49</b>	<b>68,1%</b>
Negatieve jeugdervaring / traumatische ervaring ouder	8	11,1%
Moeilijke start ouderschap	5	6,9%
Gezondheidsproblemen of handicap/ invaliditeit ouder	12	16,7%
Antisociaal gedrag ouder	7	9,7%
Gebruik van middelen / verslaving ouder	13	18,1%
Pleger seksueel misbruik	1	1,4%

Overmatige stress ouder	9	12,5%
Psychische / psychiatrische problematiek ouder	28	38,9%
<b>Problemen ander gezinslid</b>	<b>5</b>	<b>6,9%</b>
Antisociaal gedrag ander gezinslid	3	4,2%
Psychische / psychiatrische problematiek ander gezinslid	2	2,8%
<b>Problemen in sociaal netwerk van het gezin</b>	<b>7</b>	<b>9,7%</b>
Problemen in familierelaties (niet het gezin)	1	1,4%
Gebrekkig sociaal netwerk gezin	7	9,7%
<b>Problemen in omstandigheden gezin</b>	<b>20</b>	<b>27,8%</b>
Problemen met huisvesting	10	13,9%
Financiële problemen	15	20,8%
Problemen met hulpverleners of instanties	4	5,6%
Problematische maatschappelijke positie als gevolg van migratie	1	1,4%
<b>Overige problemen gezin en opvoeding</b>	<b>3</b>	<b>4,2%</b>
<i>As E. Problemen van de jeugdige met zijn omgeving</i>	<i>57</i>	<i>79,2%</i>
<b>Problemen op speelzaal, school, werk</b>	<b>48</b>	<b>66,7%</b>
Problematische relatie met leerkracht, leidinggevende / problemen met hiërarchische relatie	10	13,9%
Problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden	28	38,9%
Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen)	27	37,5%
Van school gestuurd	8	11,1%
Problemen met school-, studie- of beroepskeuze of vakkenpakket	4	5,6%
Problemen met werkloosheid jeugdige	1	1,4%
<b>Relaties, vrienden, vrije tijdsbesteding, sociaal netwerk</b>	<b>44</b>	<b>61,1%</b>
Problemen met vrijetijdsbesteding	17	23,6%
Problemen met verliefdheid/liefde en relaties	3	4,2%
Problemen in relatie met leeftijdgenoten (o.a. gepest worden buiten school/werk)	7	9,7%
Gebrekkig sociaal netwerk jeugdige	28	38,9%
Risicovolle vriendenkring (antisociaal gedrag, gebruik middelen)	14	19,4%
<b>Problemen in de omstandigheden jeugdige</b>	<b>7</b>	<b>9,7%</b>
Financiële problemen jeugdige	2	2,8%
Problemen van jeugdige met hulpverleners of instanties	2	2,8%
Problemen jeugdige met justitiële instanties	3	4,2%
<b>Overige problemen jeugdige en omgeving</b>	<b>1</b>	<b>1,4%</b>

## Bijlage 2: Overzicht relevante kennis per onderwerp

Achtereenvolgens is in deze bijlage kennis te vinden over wat werkt bij/in:

1. Hechting
2. Trauma en post-traumatische stressstoornis;
3. Gedragsproblemen en gedragsstoornissen;
4. ADHD;
5. Angst- en stemmingsproblemen, angststoornissen en depressie;
6. Kindermishandeling;
7. Pleegzorg;
8. Gezinshuizen;
9. Residentiële jeugdzorg;
10. Crisisinterventie;
11. Uithuisplaatsing.

### **1. Hechting**

Gehechtheid ontstaat bij iedere jeugdige van nature. Het is de aangeboren neiging van de jeugdige om steun te zoeken bij iemand die sterker is, een volwassene die de jeugdige kan beschermen en helpen. Een jeugdige kan die neiging niet uitstellen of de kop indrukken en hecht zich dus altijd aan degene die hem op dat moment verzorgt. Jeugdigen kunnen veilig of onveilig gehecht zijn en daarmee weerspiegelt hun gedrag hoe zij door hun gehechtheidsfiguur zijn behandeld en wat zij van deze gehechtheidsfiguur geleerd hebben te verwachten. Hechting is dus geen kenmerk van een jeugdige, maar een specifieke, unieke band die de jeugdige heeft met een bepaalde gehechtheidsfiguur. Dit kunnen overigens meerdere personen zijn. Ook zijn gehechtheidsrelaties niet voorbehouden aan volwassenen en kinderen die een bloedband met elkaar delen, kinderen hechten zich ook aan een vervangende ouder. Als jeugdigen weten dat zij op de hechtheidsfiguur kunnen vertrouwen, openlijk hun angst of verdriet kunnen laten zien in de wetenschap dat zij beschermd en getroost zullen worden, zullen zij de gehechtheidsfiguur anders benaderen dan jeugdigen die hierin teleurgesteld werden. Een onveilig gehechte jeugdige negeert of vermijdt de gehechtheidsfiguur bijvoorbeeld na een scheiding (onveilig vermijddend gehecht) of zoekt nadrukkelijk de nabijheid van de gehechtheidsfiguur door te protesteren, te huilen, zich vast te klampen en zich te verzetten (onveilig ambivalent gehecht). Sommige jeugdigen zijn tijdens een al ingezette gedragsstrategie (bijvoorbeeld vermijddend reageren) het spoor plotseling bijster en reageren gedesorganiseerd. Dat gebeurt op cruciale, spannende momenten, bijvoorbeeld als de gehechtheidsfiguur terugkeert na een korte scheiding. Deze jeugdigen worden ook wel onveilig gedesorganiseerd gehecht genoemd. Kinderen die niet op jonge leeftijd veilig gehecht zijn, lopen een groter risico dat zij later problemen krijgen, met name op externaliserende gedragsproblemen. Andere mogelijke gevolgen zijn: problemen in het aangaan van relaties en het opbouwen van vriendschappen, problemen in het omgaan met stressvolle gebeurtenissen en problemen in cognitieve vaardigheden en taalontwikkeling.

Het is niet ongewoon om een jeugdige 'hechtingsgestoord' te noemen als de jeugdige slachtoffer is van een verwaarlozende opvoeding of mishandelende ouder. Beter is de opvoedingssituatie waarin de jeugdige verkeerde problematisch te noemen. De jeugdige had geen andere keus dan zich te hechten in ongunstige omstandigheden, aan deze mishandelende ouder of in dit verwaarlozende



tehuis. Een misvatting is dan ook dat een jeugdige ‘in therapie’ kan om zijn gehechtheid te verbeteren. Gehechtheid is een relatiekenmerk en om de gehechtheid te verbeteren, is het belangrijk dat een jeugdige in een sensitievere opvoedingssituatie komt waar hij correctieve gehechtheidservaringen krijgt aangeboden. Het is nooit te laat voor correctieve gehechtheidservaringen, zelfs niet bij jeugdigen die extreem vaak en intensief teleurgesteld zijn in hun gehechtheidsfiguren. Gehechtheidsonderzoekers wijzen nadrukkelijk op de mogelijkheid van het veranderen van onveilige gehechtheid, zoals dat ook empirisch is aangetoond in veel interventiestudies. De beste zorg die een vervangende ouder daarbij kan geven is een totale inzet, met andere woorden: ‘zorgen voor de jeugdige alsof het een eigen kind is’. Een jeugdige hecht zich namelijk altijd aan degene die hem op dit moment verzorgt. Veel getraumatiseerde jeugdigen grijpen kansen op herstel aan en maken een grote inhaalslag als zij in een nieuwe of verbeterde gezinsomgeving worden opgenomen. Naarmate jeugdigen ouder zijn, kan dit proces van (weer) vertrouwen krijgen in volwassenen wel moeilijker zijn en langer duren. Instituten en internaten bieden minder gelegenheid voor het opbouwen van veilige gehechtheidsrelaties en dat is precies waarom jeugdigen meer gebaat zijn bij gezinsopvoeding als het gaat om gehechtheid en het verbeteren van gehechtheid. Bij gezinnen waarin kindermishandeling voorkomt en in tehuizen ligt het percentage gedesorganiseerde gehechtheid rond de 50 tot 80 procent, bij pleeg- en adoptiejeugdigen rond 30 procent. In de normale populatie is ongeveer 15 procent van de jeugdigen gedesorganiseerd gehecht.

Op grond van wat er nu bekend is, zijn wetenschappers het erover eens dat jeugdigen gebaat zijn bij stabiele en continue gehechtheidsrelaties aan één of twee vaste personen. Dat betekent voor de praktijk het zoveel mogelijk in stand houden van opgebouwde gehechtheidsrelaties (met uiteraard als belangrijke uitzondering wanneer jeugdigen psychisch of lichamelijk gevaar lopen bij hun gehechtheidsfiguren), het voorkomen van nieuwe overplaatsingen en het zo laag mogelijk houden van het aantal transities, wisselingen en overplaatsingen. Alleen wanneer er stabiele relaties worden geboden kan de jeugdige vooruitgang boeken wat betreft gehechtheid. Dit betekent bij een uithuisplaatsing dat als er nog perspectief is op een terugplaatsing naar het gezin van herkomst dit zo snel mogelijk gebeurt met intensieve ondersteuning van de ouders.

(Para)professionals die voor een jeugdige zorgen, kunnen baat hebben bij extra ondersteuning. Zij krijgen namelijk te maken met jeugdigen waarvan het gedrag de sporen draagt van een onveilig gehechtheidsverleden. Onderzoek naar adoptie liet zien dat een korte, gedragsgerichte interventie effectief was bij adoptieouders en resulteerde in een verbeterde sensitiviteit bij de adoptieouder en een verminderde gedesorganiseerde gehechtheid bij het adoptiekind. Ander onderzoek toonde overtuigend aan dat het vergroten van de sensitiviteit van de gehechtheidsfiguren leidt tot een significante verbetering van de gehechtheid van de jeugdige. Met name het gebruik maken van videofeedback om sensitief opvoedingsgedrag te stimuleren is effectief.

Voor langdurig opgroeien van uithuisgeplaatste kinderen is op basis van de beschikbare kennis uit onderzoek naar hechting het volgende van belang:

- voorwaarde voor interventie is dat het kind een emotioneel beschikbare persoon heeft om zich aan te hechten en verzekerd is van een veilige en stabiele plek, waarin het positieve interacties met de hechtingsfiguur kan aangaan. Kinderen kunnen gehechtheidsrelaties opbouwen met vervangende ouderfiguren/primaire verzorgers als grootouders en pleegouders;



- hechting is een relatiekenmerk tussen het kind en een primaire verzorger. Kinderen kunnen hechting dus niet meenemen naar een volgende verzorger! Wisselingen van primaire verzorgers zorgt voor verstoorde hechtingservaringen en daaruit voortkomende (gedrags)problematiek. Zaak is deze wisselingen te voorkomen en zo snel mogelijk een plaatsing te realiseren waar het kind langdurig kan opgroeien;
- kinderen zijn nooit te oud om van correctieve gehechtheidservaringen te profiteren en hun gehechtheid in meer positieve (veilige) richting te ontwikkelen. Het heeft dus ook nog zin als kinderen boven de 12 jaar zijn om hen aan nieuwe gehechtheidsfiguren te verbinden;
- interventies op veilige gehechtheid te bevorderen (of onveilige gehechtheid te voorkomen) zijn het meest succesvol als ze gericht zijn op sensitief opvoedingsgedrag van de ouders/primaire verzorgers;
- deze interventies zijn kortdurend, maken gebruik van video-feedback en kunnen ook aan andere primaire verzorgers (zoals professionele opvoeders) worden aangeboden;
- wat niet werkt zijn interventies die gehechtheid willen bewerkstelligen door dwang, het 'doorwerken' van trauma en door regressie te bevorderen, zoals therapeutisch vasthouden, holding en rebirthing-therapie. Er is geen empirisch bewijs voor deze interventies, ze kunnen voor kinderen schadelijk zijn.

Gebaseerd op:

- <http://www.nji.nl/hechting>
- Bartelink, C. (2012). *Wat werkt bij hechtingsproblemen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=121363>.
- Juffer, F. (2010). *Beslissen over jeugdigen in problematische opvoedingssituaties: inzichten uit gehechtheidsonderzoek*. Den Haag: Raad voor de Rechtspraak. Te downloaden via: <http://www.rechtspraak.nl/Organisatie/Publicaties-En-Brochures/Researchmemoranda/Pages/Research-Memoranda-2010.aspx>.

## **2. Trauma en post-traumatische stressstoornis**

Na zeer stressvolle gebeurtenissen kunnen zich bij kinderen en adolescenten een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren na lichamelijk of seksueel misbruik en het slachtoffer of getuige zijn van geweld. Jeugdigen met PTSS hebben overmatig last van herbeleving van de gebeurtenis en proberen vervolgens alles wat zij daarmee zouden kunnen associëren te vermijden. Soms hebben zij last van overreageren of problemen met slapen. Bij de behandeling van PTSS is het in de eerste plaats belangrijk de omgeving van het kind te betrekken. Psychotherapie die specifiek op het trauma is gericht en de traumatische ervaringen van het kind direct aanpakt lijkt de beste effecten te hebben. Deze therapie kan verschillende vormen aannemen als traumagerichte cognitieve gedragstherapie, psychodynamische psychotherapie of gezinstherapie. Traumagerichte cognitieve gedragstherapie is het beste onderzocht en heeft positieve effecten op onder andere angst- en depressieve klachten. Een belangrijk onderdeel binnen deze therapie is het schrijven van een traumaverhaal met alle gebeurtenissen, gedachten en gevoelens rondom het trauma. Dit wordt gecombineerd met psycho-educatie voor het kind en de ouders en het aanleren van vaardigheden zoals het opsporen van onjuiste gedachten, ontspanning en geleidelijke blootstelling aan het trauma. In Nederland is traumagerichte cognitieve gedragstherapie (nog) niet erkend. Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) is wel erkend door de Erkenningscommissie Interventies. Dit is een effectieve behandeling voor volwassenen met een PTSS, over de effectiviteit bij jeugdigen is minder bekend. Kleinschalige studies hebben laten zien

dat EMDR positieve effecten, vergelijkbaar met cognitieve gedragstherapie, kan hebben bij jeugdigen. Als de symptomen ernstig zijn en niet overgaan met psychotherapie kan aanvullend voor medicatie gekozen worden. SSRI's zijn dan de eerste keuze, er is echter nog weinig bekend over de effecten hiervan bij kinderen met een trauma (overgenomen uit Van Rooijen, 2012).

Bij sommige kinderen is er sprake van zogenoemde 'traumatische rouw'. Rouw is het geheel van lichamelijke, emotionele, cognitieve en gedragsmatige reacties, die optreden na het verlies van een persoon met wie een betekenisvolle relatie bestond. Rouwen is een normale reactie op verlies. Onderzoekers waarschuwen dan ook voor het problematiseren van rouw. De meeste kinderen (en volwassenen) redden het prima zonder extra hulp. Bij een kleine groep ontstaat problematische rouw. Dit betekent dat het vervullen van de verschillende taken die horen bij rouwen (zoals aanvaarden dat het verlies blijvend is en de relatie met de verloren dierbare omzetten van een contactrelatie naar een herinneringsrelatie) stagneren. De rouw wordt dan gecompliceerde rouw, vaak is er dan sprake van separatieangstklachten, intense emotionele reacties en een extreem verlangen naar de overledene. Deze symptomen moeten minstens zes maanden aanhouden en het dagelijks leven negatief beïnvloeden. Bij traumatische rouw is er sprake van een combinatie van symptomen van gecompliceerde rouw en PTSS. Bij kinderen is er dan meestal sprake van een traumatisch sterfgeval, bijvoorbeeld een gewelddadige dood van de dierbare waar het kind getuige van was. De PTSS symptomen omvatten: gedachten die de betrokkene niet van zich af kan zetten en die hem of haar volledig in beslag nemen; dromen over of herinneringen aan het traumatische overlijden en/of de overledene; het vermijden van dingen die aan de overledene doen denken; en/of de herinneringen aan het trauma in verband met het overlijden; emotionele verdoving of onthechting; symptomen van verhoogde prikkelbaarheid, waaronder woede en verbittering om het overlijden. Wanneer trauma en gecompliceerde rouw tegelijk spelen is het van belang om eerst het trauma aan te pakken en gedeeltelijk op te lossen, alvorens in te zetten op rouwverwerking. Naar interventies gericht op gecompliceerde rouw bij kinderen is nauwelijks onderzoek gedaan. Cognitieve gedragstherapie lijkt goede aanknopingspunten te bieden. Veelal bestaat dit uit ontspanningstechnieken, het aanleren van cognitieve technieken en psycho-educatie over rouw (overgenomen uit Foolen & Van Rooijen, 2011).

Een veelgebruikte interventie bij emotionele problemen en traumatische ervaringen bij kinderen in de basisschoolleeftijd is speltherapie. Bij speltherapie beïnvloedt de therapeut doelgericht en systematisch het spel van kinderen, zodat de problemen die de ontwikkeling belemmeren, verholpen of verminderd worden. Spel wordt daarbij gezien als hét communicatiemiddel van kinderen. De therapeut stemt tijdens sessies in een spelkamer nauwkeurig af op het kind door mee te spelen, te verwoorden wat hij ziet gebeuren en welke emoties er bij het kind overheersen. Speltherapie lijkt effectief in de behandeling van uiteenlopende problemen. Echter, het onderzoek naar deze interventie is beperkt en methodologisch aan kritiek onderhevig. Ook is het onderliggende theoretische model (het logische verband tussen de te behandelen problemen, het doel van de behandeling en de werkwijze van de therapeut) onvoldoende geëxpliciteerd en onderzocht (overgenomen uit Bartelink, 2012).

*Gebaseerd op:*

- Bartelink, C. (2012). *Speltherapie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/21/242.html>.

- Foolen, N. & Rooijen, K. van (2011). *Wat werkt bij rouwverwerking?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/27/766.html>.
- Rooijen, K. van (2012). *Wat werkt bij jeugdigen met angststoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=106038>.

### **3. Gedragsproblemen en gedragsstoornissen**

Een jeugdige heeft gedragsproblemen als hij regelmatig ongewenst gedrag vertoont dat voor anderen storend is. Het gaat om gedrag dat in de eerste plaats storend is voor de omgeving. Dit gedrag wordt daarom ook wel externaliserend probleemgedrag genoemd. Voorbeelden van gedragsproblemen zijn driftbuien en woedeaanvallen bij jonge kinderen, agressief gedrag, pesten en delinquent gedrag. Cruciaal in de behandeling van gedragsproblemen is de aandacht voor ouders en andere opvoeders. Oudere kinderen en jongeren kunnen daarnaast het beste zelf ook deelnemen aan een interventie, zoals een training in zelfcontrole en agressieregulatie. Een cognitief-gedragstherapeutische aanpak werkt daarbij het beste. Een interventie voor kinderen kan ook op school plaatsvinden, op voorwaarde dat de leerkracht begeleiding of training krijgt. Als er in een gezin meer problemen bestaan dan alleen een gebrek aan vaardigheden van de ouders of het kind, dan is een gezinsinterventie nodig.

Een kind of jongere heeft een gedragsstoornis wanneer hij zich aanhoudend zo negatief, opstandig, vijandig of agressief gedraagt dat zijn dagelijks functioneren erdoor wordt beperkt. Bij kinderen met gedragsstoornissen is het belangrijk om hun ouders te trainen in opvoedingsvaardigheden en daarnaast de kinderen te trainen in zelfcontrole en probleemoplossende vaardigheden. Jongeren met gedragsstoornissen hebben baat bij training van hun agressieregulatie en probleemoplossende vaardigheden. Bij ernstige stoornissen is het zaak de training te combineren met interventies in het gezin die verder gaan dan alleen het trainen van de opvoedingsvaardigheden van de ouders

Samengevat dragen onderstaande factoren bij aan het verminderen van gedragsproblemen en – stoornissen, al dan niet in combinatie met delinquent gedrag:

- in het geval van kinderen: toepassen van oudertraining of van een combinatie van oudertraining en training van de jeugdige zelf in sociaal-cognitieve vaardigheden én interventies op school;
- in het geval van jongeren: combinatie van training van de jongeren met training of therapie bij de ouders of in het gezin, onder meer door toepassing van interventies als Multisysteemtherapie (MST);
- ook dit soort interventies zijn inzetbaar bij andere primaire verzorgers dan de eigen (biologische) ouders;
- inzet van cognitieve gedragstherapie gericht op het verminderen van denkfouten; het leren beheersen van boosheid en woede;
- inzet van gedragstherapeutische technieken om prosociaal gedrag te bevorderen en ongewenst gedrag te doen verminderen. Binnen een leefgroep is het van belang dat niet zozeer alleen het verdienen van punten centraal staat, maar dat ook het geven van positieve en gerichte feedback op gedrag aandacht krijgt;
- er zijn nog geen concrete bewijzen voor een bepaalde exacte duur van de trainingen. Wel is duidelijk dat een hogere intensiteit en duur beter zijn dan lagere.

Gebaseerd op:

- <http://www.nji.nl/gedragsproblemen>



- <http://nji.nl/gedragsstoornissen>
- Baat, M. de (2011). Wat werkt bij jeugdigen met gedragsproblemen? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=109533>.
- Boendermaker, L. & Ince, D. (2010). Wat werkt bij jeugdigen met gedragsstoornissen? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=105970>.

#### **4. ADHD**

Symptomen van ADHD kunnen het beste worden behandeld met een combinatie van medicatie (methylfenidaat, zoals Ritalin of Concerta) en (cognitieve) gedragstherapie. Daarnaast is psycho-educatie een belangrijk onderdeel van de behandeling. De laatste jaren neemt de kennis over andere behandelingen toe. Zo laten de eerste onderzoeken naar neurofeedback - het trainen van de hersenen - een bemoedigend beeld zien. Ook naar de invloed van voeding op ADHD wordt steeds meer onderzoek gedaan, met veelbelovende resultaten. De behandeling van ADHD richt zich op de volgende doelen:

- het bestrijden en verminderen van de symptomen;
- het beperken van de gevolgen van ADHD;
- het verbeteren van het sociale functioneren;
- het informeren van kinderen, ouders en leerkrachten over ADHD.

Psychosociale interventies kunnen gericht zijn op de ouders, maar ook op de school of op het kind zelf. Voor ouders is het belangrijk dat ze uitgebreide informatie krijgen over ADHD, zodat zij hun kind beter kunnen helpen en realistische verwachtingen krijgen van de behandeling. Ook gedragstherapeutische training voor ouders en leerkrachten kan helpen om probleemgedrag van het kind te verminderen. Voorbeelden van psychosociale interventies voor kinderen zijn (cognitieve) gedragstherapie en socialevaardigheidstraining. Medicatie en psychosociale hulp kunnen gecombineerd worden. Psychosociale interventies zijn een alternatief voor medicijnen wanneer die niet aanslaan, te veel bijwerkingen hebben of bij het gezin op grote bezwaren stuiten.

*Gebaseerd op:*

- <http://www.nji.nl/adhd>
- Foolen, N., Kalsbeek, A. & Boendermaker, L. (2011). *Wat werkt bij jeugdigen met ADHD?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

#### **5. Angst- en stemmingsproblemen, angststoornissen en depressie**

Op basis van het beschikbare onderzoek kan geconcludeerd worden dat een cognitief-gedragstherapeutische aanpak de belangrijkste werkzame factor is in het voorkomen en/of verminderen van angst- en stemmingsproblemen. Interventies gebaseerd op deze aanpak zijn bedoeld voor kinderen en jongeren die angst- of stemmingsproblemen hebben maar (nog) niet voldoen aan de criteria voor een stoornis. Ze bestaan meestal uit cognitief-gedragstherapeutische groepscurssussen voor de kinderen en jongeren. Uit onderzoek blijkt dat deze cursussen positieve effecten kunnen hebben op angst- en stemmingsproblemen. Daarnaast zijn opvoedingsondersteuning en training voor ouders werkzaam evenals gezinsondersteuning gericht op de communicatie binnen het gezin. Het onderzoek naar deze verschillende interventies laat veelbelovende resultaten zien. Tegelijkertijd kent het onderzoek ook methodologische tekortkomingen en gaat het onvoldoende in op de vraag welk type het beste werkt bij wie (overgenomen uit Van Rooijen & Ince, 2012).

Een angststoornis kenmerkt zich door de aanwezigheid van een pathologische (ziekelijke) angst. Als deze angst geen reële grond heeft en leidt tot sociale problemen, is er sprake van een stoornis. Bij de behandeling van angststoornissen blijkt cognitieve gedragstherapie voor de meeste jeugdigen effectief. Deze therapie bestaat over het algemeen uit vijf componenten: 1) Psycho-educatie over de oorzaken van angst en hoe deze te verminderen; 2) Vaardigheidstraining over wat te doen als het kind zich angstig voelt; 3) Cognitieve herstructurering waarbij angstige gedachten nader bekeken worden, besproken, uitgedaagd en omgezet in helpende gedachten); 4) Methoden van geleidelijke blootstelling van kinderen waar ze bang voor zijn; 5) Plannen voor het voorkomen van terugval. Van belang is verder een multimodale benadering te hanteren waarbij ook ouders, gezin en school betrokken worden (overgenomen uit Van Rooijen, 2012a).

Een depressie houdt in dat iemand zich voor langere tijd neerslachtig voelt en zijn interesse en plezier in de gewone dagelijkse dingen is verloren. Welke behandeling werkt bij kinderen en jongeren met een depressieve stoornis is afhankelijk van de vorm en ernst van de depressie. Bij mildere vormen – zonder tekenen van suïcidaliteit of psychotische kenmerken – treedt vaak spontaan herstel op. In dit geval, of als het kind of de jongere niet openstaat voor behandeling, is ‘waakzaam afwachten’ een optie. Van belang is hierbij de klachten goed te monitoren. Als de depressie na vier weken waakzaam afwachten nog aanwezig is, kan overgegaan worden op ondersteunende behandeling. Bij milde vormen van depressie bestaat deze ondersteunende behandeling uit actief luisteren, steun geven en helpen met problemen oplossen. Bij middelmatige tot ernstige depressies en bij milde depressies die niet overgaan is psychotherapie de aangewezen keuze. Hierbij is cognitieve gedragstherapie bij kinderen en jongeren en interpersoonlijke therapie bij jongeren empirisch het beste onderbouwd. Het gebruik van antidepressiva (SSRI's) wordt bij kinderen en jongeren afgeraden vanwege het risico op suïcidaal gedrag – zelfmoordgedachten en – pogingen – en vijandigheid. Andere behandelvormen bij jongeren, bijvoorbeeld met Sint Janskruid of elektroconvulsie therapie, zijn nog niet voldoende onderzocht. Vooralsnog wordt het gebruik van Sint Janskruid ontraden. Omdat depressies een terugkerend karakter hebben, is het belangrijk om de behandeling nog zes tot twaalf maanden voort te zetten nadat een verbetering is opgetreden. Dit wordt een 'continuerende behandeling' genoemd. Voor kinderen en jongeren met een ernstigere, terugkerende en chronische stoornis kan daarnaast nog een vorm van 'onderhoudsbehandeling' nuttig zijn (overgenomen uit Van Rooijen, 2012b).

*Gebaseerd op:*

- <http://www.nji.nl/angstenstemmingsproblemen>
- <http://www.nji.nl/depressie>
- <http://www.nji.nl/angststoornissen>
- Rooijen, K. van & Ince, D. (2012). *Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=111923>.
- Rooijen, K. van (2012a). *Wat werkt bij jeugdigen met angststoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/04/972.html>.
- Rooijen, K. van (2012b). *Wat werkt bij jeugdigen met een depressie?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=109604>.

## **6. Kindermishandeling**

Bij gezinnen met een verhoogd risico op kindermishandeling of beginnende problemen hebben oudertrainingen en huisbezoekprogramma's effect. Deze programma's vergroten de kennis en



opvoedingsvaardigheden van ouders. Hierdoor krijgen ze realistischer verwachtingen van hun kinderen en zijn ze beter in staat hun kinderen op een adequate manier te benaderen. Het is nog onduidelijk of deze programma kindermishandeling daadwerkelijk weten te voorkomen. Het is van belang deze programma's vroegtijdig te starten, te richten op zowel risico- als beschermende factoren in het gezin en dat er aandacht is voor het versterken van het sociale netwerk van het gezin.

Bij constatering van kindermishandeling moet zo snel mogelijk worden ingegrepen. De interventies bestaan dan uit hulpverlening, strafrechtelijke of civielrechtelijke (jeugdbeschermings)maatregelen of combinaties daarvan. Als er sprake is (gewest) van kindermishandeling is het belangrijk hulp aan alle partijen te bieden: kinderen en ouders, al dan niet gezamenlijk. Dit geldt zowel voor situaties waarin er sprake was van mishandeling, verwaarlozing als seksueel misbruik. Er is op dit moment weinig specifiek aanbod beschikbaar voor kinderen die slachtoffer zijn van kindermishandeling. Voor kinderen blijken vooral trauma focused cognitieve gedragstherapie en EMDR effectief. Deze behandelingen zijn echter nauwelijks beschikbaar. Het is niet duidelijk in hoeverre het algemeen beschikbare hulpaanbod van licht ambulante hulp tot intensieve klinische behandeling geschikt is voor slachtoffers van kindermishandeling. In de hulpverlening aan ouders na fysieke mishandeling zijn training in positieve opvoedingsvaardigheden, woedebeheersing en stressmanagement de meest effectieve benaderingen. Ook intensieve pedagogische thuishulpprogramma's kunnen opvoedingsvaardigheden verbeteren en problematisch gedrag van kinderen verminderen. Over de hulpverlening aan de pleger van seksueel misbruik, de niet-misbruikende ouder en het misbruikte kind is nog weinig bekend. Het lijkt erop dat cognitieve gedragstherapie positieve effecten heeft bij kinderen, maar hier nog weinig onderzoek naar gedaan. Met name de vraag in welke volgorde de behandeling in een gezin aangepakt moet worden, blijft nog onbeantwoord. Ook is er nog weinig onderzoek gedaan naar interventies voor kinderen die getuige zijn van geweld tussen hun ouders. Het is vooral belangrijk dat de ouders verantwoordelijkheid nemen voor de veiligheid van hun kinderen en opvoedingsvaardigheden leren (overgenomen uit Van Rooijen, Berg & Bartelink, 2012).

Gebaseerd op:

- <http://www.nji.nl/kindermishandeling>
- Rooijen, K. van, Berg, T. & Bartelink, C. (2012). *Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=106193>.

## **7. Pleegzorg**

In 2010 verbleven ruim 24.000 jeugdigen voor korte of langere tijd in een pleeggezin. 36 procent van deze jeugdigen werd geplaatst bij bekenden (een zogenoemd netwerkpleeggezin). Van de kinderen van wie de pleegzorgplaatsing is beëindigd in 2010, heeft 38 procent korter dan drie maanden in het pleeggezin gewoond, 29 procent drie maanden tot een jaar, 34 procent langer dan een jaar. Van de nieuwe plaatsingen is 23 procent crisisopvang en 15 procent deeltijdpleegzorg, vooral weekend- en vakantieopvang. De meeste plaatsingen, 62 procent, betreft voltijdpleegzorg. In 70% van de gevallen is sprake van een ondertoezichtstelling of een voogdijmaatregel. 36 procent van de jeugdigen is jonger dan 5 jaar, 36 procent tussen 5 en 11 jaar en 27 procent tussen de 12 en 18 jaar.

Binnen pleegzorg zijn verschillende varianten te onderscheiden: de hulpverleningsvariant, kortdurende pleegzorg (met name crisisopvang), deeltijdpleegzorg (weekend- en vakantieopvang), de opvoedingsvariant en therapeutische pleegzorg. Bij de hulpverleningsvariant kan de jeugdige

tijdelijk niet meer thuis wonen, het doel is terugplaatsing en het herstellen van de oorspronkelijke gezinssituatie. Er wordt intensieve hulp ingezet voor de jeugdige en de biologische ouders om de benodigde veranderingen in de gang te zetten. Therapeutische pleegzorg is een tijdelijke interventie in het pleeggezin gericht op kinderen met een verstoorde psychosociale ontwikkeling. In de Verenigde Staten is het nodige onderzoek gedaan naar deze vorm van tijdelijke pleegzorg. Dat laat zien dat therapeutische pleegzorg een matig positief effect heeft op de afname van gedragsproblemen en de verbetering van het aanpassingsvermogen van de jeugdige. Een specifieke vorm is *Multidimensional Treatment Foster Care* waarbij delinquente jongeren geplaatst worden bij speciaal getrainde en betaalde opvoedouders.

De opvoedingsvariant van pleegzorg omvat die plaatsingen waarbij de jeugdige langdurig verblijft en opgroeit in het pleeggezin. Onderzoek naar deze vorm van pleegzorg is vooral gericht op het achterhalen van de oorzaken van het mislukken van plaatsingen. Immers, daarmee ontstaat ook zicht op de factoren die het succes van een plaatsing beïnvloeden en voorspellen. Drie factoren blijken met name een rol te spelen. De kans op het voortduren van de plaatsing is groter naarmate kinderen jonger geplaatst worden, geen ernstige gedragsproblemen vertonen en weinig tot niet verplaatst zijn. Pleegzorg is een kwestie van lange adem. Onderzoek uitgevoerd aan de universiteit van Leiden laat zien dat pas na vijf jaar een significante verbetering in het gedrag van het pleegkind te zien is (zie De Baat & Bartelink, 2011). De zekerheid van de plaatsing blijkt ook een belangrijke factor te zijn die bijdraagt aan het succes van een plaatsing. Kinderen ontwikkelen zich beter als ze weten dat ze in het pleeggezin kunnen blijven. Ook pleegouders hebben last van deze onzekerheid en weten dan niet of ze emotioneel 'moeten' investeren in de relatie als de jeugdige toch weer weg gaat. Het belet hen te zorgen voor de jeugdige alsof het hun eigen kind is. Een andere factor is de mate waarin de biologische ouders instemmen met de plaatsing. Deze instemming geeft de jeugdige de ruimte zich te hechten en verlaagt daarmee de kans op mislukking. Ook wederzijdse acceptatie tussen de pleegouders en de biologische ouders heeft een gunstige invloed op de aanpassing van de jeugdige in het pleeggezin.

De Baat & Bartelink (2011) geven een overzicht van de factoren die bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en opvoeding die wordt geboden in een pleeggezin. De eerste factor is een gedegen voorbereiding, opleiding en ondersteuning van de pleegouders. Op basis van onderzoek valt echter nog geen uitspraak te doen over de gewenste frequentie en inhoud van deze ondersteuning. Wel worden in de praktijk steeds vaker specifieke interventies (zoals bijvoorbeeld een oudertraining) ingezet om pleegouders vaardigheden aan te reiken met het soms lastige gedrag van hun pleegkinderen om te gaan. Naar de effecten van deze interventies in pleeggezinnen op het gedrag van de jeugdige is nog geen onderzoek beschikbaar. Aandacht voor een zorgvuldige matching van de jeugdige aan de pleegouders is van groot belang. Onderzoek laat geen voorkeur zien voor plaatsing van jeugdigen in een netwerkpleeggezin of in een zogenoemd bestandspleeggezin. Ook is nog onduidelijk in hoeverre de motivaties van pleegouders (zoals idealisme, zelf geen kinderen kunnen krijgen of graag voor kinderen willen zorgen) al dan niet bijdragen aan het succes van een plaatsing.

*Gebaseerd op:*

- <http://www.nji.nl/pleeggezin>
- Baat, M. de & Bartelink, C. (2011). Wat werkt in de pleegzorg? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=116728>.



## 8. Gezinshuizen

Naar gezinshuizen is in Nederland weinig onderzoek gedaan. Dit geldt ook voor vergelijkbare buitenlandse voorzieningen, zoals *Teaching Family Homes*, *Family Treatment Homes*, SOS Kinderdorpen en *Multidimensional Treatment Foster Care* (MFTC). Het beschikbare Nederlandse en buitenlandse onderzoek is voornamelijk beschrijvend van aard. In het buitenlandse onderzoek wordt een aantal werkzame factoren genoemd van kleinschalige vormen van hulpverlening in een gezinssetting die met gezinshuizen vergelijkbaar zijn. Het gaat dan om factoren als:

- een gedegen opleiding, training en bijscholing van gezinshuisouders;
- een langdurig verblijf van de jeugdige in het gezinshuis;
- het creëren van een huiselijke gezinsfeer;
- een aantal kwaliteiten van de gezinshuisouder, waaronder zich kunnen inleven in de belevingswereld van de jeugdige;
- het contact tussen biologische ouders en jeugdigen;
- de begeleiding en ondersteuning van de biologische ouders;
- de wederzijdse acceptatie van de biologische ouders en de gezinshuisouders;
- het stimuleren van het sociale netwerk van de jeugdige;
- het bieden van nazorg op maat.

Gebaseerd op:

- <http://www.nji.nl/watwerkt> > Gezinshuizen
- Baat, M. de, Berg-leClercq, T. & Steege, M. van der (2012). *Wat werkt in gezinshuizen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/o69.html>.

## 9. Residentiële jeugdzorg

Er is relatief veel onderzoek gedaan naar het werk in leefgroepen en de kenmerken van kwalitatief goede orthopedagogische basiszorg. Daarnaast is er onderzoek beschikbaar naar de effecten van dit type zorg, echter voornamelijk voor jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen of gedragsstoornissen en delinquent gedrag. Goede orthopedagogische basiszorg en effectieve behandeling blijken alleen gerealiseerd te kunnen worden als er aan randvoorwaarden wordt voldaan die liggen op het terrein van training en ondersteuning van het personeel, de inrichting van de organisatie en het gebouw waarin de zorg en hulp geboden wordt.

Goede orthopedagogische basiszorg wordt geboden in instellingen met de volgende kenmerken:

- Ze hebben aandacht voor en maken werk van het stimuleren van de normale ontwikkeling van jeugdigen. Dat kan door het stimuleren en ondersteunen van de deelname aan onderwijs, vrijetijdsbesteding, sport en werk, en door het bieden van een zo normaal mogelijk dagelijks leven, zonder daarbij de speciale behoeften van de jeugdigen uit het oog te verliezen.
- Ze hebben oog voor de fysieke gezondheid van jeugdigen. Dat kan bijvoorbeeld door het ontmoedigen van roken en alcohol- of druggebruik en het helpen bij gezond internetgebruik, en door het bieden van een adequate toegang tot de gezondheidszorg.
- Ze hebben aandacht voor jeugdigen als individu in plaats van alleen als groepslid. Dat kan door jeugdigen serieus te nemen en tijd nemen om naar jeugdigen te luisteren en er voor hen te zijn.
- Ze bieden een veilige omgeving en weten pesten en onderling verbaal en fysiek geweld te voorkomen.
- Ze besteden aandacht aan het gezin van herkomst en aan de relatie tussen jeugdigen en hun ouders. Dit kan bijvoorbeeld door er voor te zorgen dat een jeugdige contact kan onderhouden

met vrienden en familie. Het kan ook betekenen dat er hulp en begeleiding voor de ouders nodig is. Het is van belang om per individuele jeugdige te beoordelen of, hoe en met welke intensiteit contact met het gezin van wenselijk is.

- Ze zorgen voor screening van het personeel en vrijwilligers op misbruik.
- Ze garanderen vertrouwelijkheid van informatie en toegang tot informatie.

Effectieve zorg en hulp wordt geboden in instellingen met de volgende kenmerken:

- Ze bieden jeugdigen de mogelijkheid om individuele en groepstherapie te volgen naast of bovenop het verblijf in leefgroepen.
- Deze interventies zijn in elk geval cognitief gedragstherapeutische interventies die gericht zijn op het verbeteren van sociale en probleemoplossende vaardigheden en het verminderen van gedragsproblemen en –stoornissen. Daarnaast zijn andere evidence based interventies beschikbaar nodig voor het verminderen van andere, bijvoorbeeld internaliserende problemen.
- Ze zorgen ervoor dat elke jeugdige onderwijs geboden wordt dat bij past zijn of haar niveau.
- Ze werken met ouders en gezinnen en bieden hen ook behandeling, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke situatie van de individuele jeugdige.

Gebaseerd op:

- <http://www.nji.nl/watwerkt> > Residentiële jeugdzorg
- Boendermaker, L., Rooijen, van K. & Berg, T. (2010). *Residentiële jeugdzorg: wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/09/263.html>.

### **10. Crisisinterventie**

Kinderen en jongeren komen in spoedeisende psychiatrische hulp terecht wanneer hun handelingen, gedrag of lijden ondraaglijk of niet langer meer beheersbaar zijn voor de mensen die voor hen zorgen. Bovendien is de spoedeisende psychiatrische hulp geïndiceerd bij kinderen in een gevaarlijke sociale context. Het primaire doel van spoedeisende psychiatrische hulp is de veiligheid van de patiënt verzekeren: het opheffen van onmiddellijk gevaar voor het kind of voor zijn onmiddellijke omgeving. Spoedeisende psychiatrische interventies hebben verder tot doel de kinderen en hun familieleden te helpen een problematische situatie onder controle te krijgen en zichzelf te handhaven om zo de mogelijkheden voor de verdere persoonlijke ontwikkeling van het kind veilig te stellen.

Er is maar heel weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van verschillende vormen van spoedeisende psychiatrische zorg aan kinderen en jongeren. Op basis van dit weinige onderzoek, lijkt het het best dat er verschillende vormen van crisishulp beschikbaar zijn: intensieve outreachende hulp, crisis interventie teams, leeftijdsadequate dagbehandeling en klinische opname. Het lijkt er op dat intensieve programma's voor hulp aan huis crisisopnames en andere vormen van uithuisplaatsing kunnen voorkomen. Helaas is er niet voldoende bewijs om uitspraken te kunnen doen over welke vorm van zorg het meest geschikt is voor welke jeugdige. Op basis van onderzoek lijken voor spoedeisende psychiatrie de volgende werkzame factoren te gelden: hulp in de eigen omgeving van kinderen en jongeren, residentiële indien nodig, voor een korte periode maar op elk moment beschikbaar, verschillende elementen van hulp omvattend (stabilisatie, psycho-educatie, assessment, behandeling en verwijzing), georganiseerd rond individuele behoeften en gegeven door competent personeel (overgenomen uit De Baat & Bartelink, 2012).

Een crisis in een gezin kan het gevolg zijn van problemen tussen ouders en kinderen, zoals bij mishandeling, verwaarlozing of bij ernstige conflicten met adolescenten. Daarnaast kan een gezinscrisis ook ontstaan door problemen van de ouders, bijvoorbeeld echtscheiding of psychiatrische problematiek. Tot slot kunnen ook problemen van de kinderen, zoals een suïcidepoging, leiden tot een crisis. In een crisissituatie in een gezin is het belangrijk snel en flexibel actie te ondernemen in de vorm van een crisisinterventie. Zo'n interventie kan bestaan uit ambulante crisishulp, residentiële crisisopvang of crisispleegzorg. Uit internationaal onderzoek naar ambulante crisishulpprogramma's blijkt dat programma's die werken volgens het Homebuilders model, effectief zijn in het voorkomen van uithuisplaatsing en het verminderen van kindermishandeling. Kenmerken van dit model zijn onder meer dat de hulp binnen 24 uur op gang komt en dat de hulpverleners flexibel bereikbaar zijn: 24 uur per dag, zeven dagen per week. De resultaten van Nederlands effectonderzoek naar Families First, dat werkt volgens het Homebuilders model, zijn positief. Naar residentiële crisisopvang en crisispleegzorg is nog te weinig onderzoek gedaan om daar conclusies aan te kunnen verbinden (overgenomen uit De Baat & Foolen, 2012).

*Gebaseerd op:*

- <http://www.nji.nl/watwerkt> > Crisisinterventie
- Baat, M. de & Foolen, N. (2012). Crisisinterventie in gezinnen: wat werkt? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/24/522.html>.
- Baat, M. de & Bartelink, C. (2012). Spoedeisende psychiatrische hulp voor jeugdigen: wat werkt? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/24/522.html>.

### **11. Uithuisplaatsing**

Soms kunnen kinderen voor korte of lange tijd niet meer thuis wonen. Over de effecten van een uithuisplaatsing is nog veel onbekend. Uit onderzoek naar uithuisplaatsing in de pleegzorg, gezinshuizen en residentiële zorg laat zowel positieve als negatieve effecten zien. In positieve zin lijkt het erop dat een uithuisplaatsing kan helpen bij internaliserende en externaliserende problemen. Vaak is een uithuisplaatsing bedoeld als bescherming voor kinderen die opgroeien in een onveilige opvoedingssituatie of die slachtoffer zijn van (ernstige) kindermishandeling. In hoeverre opvoedings- en gezinsproblemen verbeteren tijdens een uithuisplaatsing is niet bekend. Residentiële zorg kan ook negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van kinderen hebben. Gezinshuizen zouden wel eens een goed alternatief kunnen zijn om te voorkomen dat kinderen langdurig in de residentiële zorg terechtkomen en te maken krijgen met veel verschillende groepsleiders, terwijl er toch professionele hulp geboden kan worden om gedragsproblematiek aan te pakken.

Het lijkt erop dat kinderen het meest gebaat zijn bij een zo normaal mogelijke opvoedingssituatie, ongeacht of ze in een pleeggezin, gezinshuis of residentiële behandelgroep zijn opgenomen. Dat betekent dat kinderen zo min mogelijk overgeplaatst worden, zo snel mogelijk duidelijk is waar kinderen permanent zullen verblijven (oftewel langdurige zullen opgroeien) en zo veel mogelijk te maken hebben met een vaste opvoeder (hechtingsfiguur). Daarbij ligt de nadruk op (het stimuleren van) de normale ontwikkeling en worden kinderen niet alleen als deel van een groep, maar juist als individu benaderd. Wat ook duidelijk is, is dat een uithuisplaatsing zonder verdere hulp of ondersteuning vrijwel nooit effectief is. Uit huis geplaatste kinderen kampen met veel problemen, waarvoor zij – naast de uithuisplaatsing – extra hulp en aanvullende interventies nodig hebben. Ook

is het essentieel dat ouders, pleegouders en gezinshuisouders waar nodig extra ondersteuning en begeleiding krijgen.

Programma's voor intensieve pedagogische thuishulp worden veel ingezet om uithuisplaatsing te voorkomen. Hierdoor verminderen gedragsproblemen van kinderen en verbeteren de opvoedingsvaardigheden van ouders. Er is echter weinig bekend over welke programma's daadwerkelijk effectief zijn om uithuisplaatsing te voorkomen. Onderzoek laat weinig effect zien op het voorkomen van uithuisplaatsing, als het sowieso al onderzocht is.

Begeleiding van kinderen en ouders bij terugplaatsing is noodzakelijk. Er is nog weinig bekend over de strategieën die de kans op een succesvolle terugplaatsing vergroten. Het lijkt erop dat het in ieder geval van belang is om de terugplaatsing zorgvuldig voor te bereiden, te zorgen voor een goede contactregeling tussen kinderen en ouders en voorafgaand aan de terugplaatsing al gerichte ondersteuning te bieden. Wanneer een kind eenmaal is teruggeplaatst, is het ook noodzakelijk om nog enige tijd ondersteuning aan het gezin te bieden, bijvoorbeeld met een programma voor intensieve pedagogische thuishulp.

*Gebaseerd op:*

- <http://www.nji.nl/uithuisplaatsing>
- Bartelink, C. (2011). Uithuisplaatsing: wat werkt? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/09/280.html>.

## Het Nederlands Jeugdinstituut

Het Nederlands Jeugdinstituut is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het werkterrein van het Nederlands Jeugdinstituut strekt zich uit van de jeugdgezondheidszorg, opvang, educatie en jeugdwelzijn tot opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en jeugdbescherming evenals aangrenzende werkvelden als onderwijs, justitie en internationale jongerenprojecten.

### **Missie**

De bestaansgrond van het Nederlands Jeugdinstituut ligt in het streven naar een gezonde ontwikkeling van jeugdigen, en verbetering van de sociale en pedagogische kwaliteit van hun leefomgeving. Om dat te kunnen bereiken is kennis nodig. Kennis waarmee de kwaliteit en effectiviteit van de jeugd- en opvoedingssector kan verbeteren. Kennis van de normale ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen, preventie en behandeling van opvoedings- en opgroeioproblemen, effectieve werkwijzen en programma's, professionalisering en stelsel- en ketenvraagstukken. Het Nederlands Jeugdinstituut ontwikkelt, beheert en implementeert die kennis.

### **Doelgroep**

Het Nederlands Jeugdinstituut werkt voor beleidsmakers, staffunctionarissen en beroepskrachten in de sector jeugd en opvoeding. Wij maken kennis beschikbaar voor de praktijk, maar genereren ook kennisvragen vanuit de praktijk. Op die manier wordt een kenniscyclus georganiseerd, die de jeugdsector helpt het probleemoplossend vermogen te vergroten en de kwaliteit en effectiviteit van de dienstverlening te verbeteren.

### **Producten**

Het werk van het Nederlands Jeugdinstituut resulteert in uiteenlopende producten zoals een infolijn, websites, tijdschriften, e-zines, databanken, themadossiers, factsheets, diverse ontwikkelings- en onderzoeksproducten, trainingen, congressen en adviezen.

### **Meer weten?**

Met vragen over het Nederlands Jeugdinstituut of zijn beleidsterreinen kunt u op werkdagen van 9 tot 13 uur terecht bij onze Infolijn, telefoon (030) 230 65 64 of via e-mail [info@nji.nl](mailto:info@nji.nl).

Voor de meest actuele informatie: [www.nederlandsjeugdinstituut.nl](http://www.nederlandsjeugdinstituut.nl).