



Effect en kwaliteit vereisen interventies, hulpverleners en tijd

*Een verkennend onderzoek naar een inhoudelijke
onderbouwing van de normprijzen van residentiële
zorg in de provincie Noord-Brabant*

Marjan de Lange
Karin Eijgenraam
Mariska de Baat

Nederlands Jeugdinstituut
Utrecht, december 2010

© 2010 Nederlands Jeugdinstituut / NJi

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

Opdrachtgever

Jeugdzorgberaad in de provincie Noord-Brabant

Auteurs

Marjan de Lange

Karin Eijgenraam

Mariska de Baat

Nederlands Jeugdinstituut / NJi

Postbus 19221 (Catharijnesingel 47), 3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

Fax (030) 230 63 12

Website www.nederlandsjeugdinstituut.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
1.1 Aanleiding normprijzenonderzoek	5
1.2 Inhoudelijke probleemschets en vraagstelling	5
1.3 Opzet van het onderzoek	6
1.4 Opbouw van dit rapport	8
2. Analyse van de doelgroep	9
2.1 Aanpak van het onderzoek	9
2.2 Uitkomsten van de doelgroepenanalyse	12
3. Onderbouwing voor pakket van zorg voor residentiële jeugdzorg	15
3.1 Wat werkt in de residentiële jeugdzorg en gezinshuizen?	15
3.2 Groepsgrootte in de residentiële jeugdzorg: wat werkt?.....	17
3.3 Personeelsbezetting in de residentiële jeugdzorg: wat werkt?.....	20
3.4 Behandelduur	21
3.5 Samenvatting	22
4. Doelgroep A: onderbouwing voor pakket van zorg	23
4.1 Wat is doelgroep A?	23
4.2 Wat werkt bij doelgroep A: evidence based kennis	24
4.3 Wat werkt bij doelgroep A: practice based kennis.....	27
4.4 Consequenties minimaal pakket van zorg: groepsgrootte, personeelsbezetting en bekostigingseenheden	28
4.5 Knelpunten in de uitvoering	30
5. Doelgroep B: onderbouwing voor pakket van zorg	31
5.1 Wat is doelgroep B?	31
5.2 Wat werkt bij doelgroep B: evidence based kennis.....	32
5.3 Wat werkt bij doelgroep B: practice based kennis	40
5.4 Consequenties minimaal pakket van zorg: groepsgrootte, personeelsbezetting en bekostigingseenheden	41
5.5 Knelpunten in de uitvoering	42
6. Doelgroep C: onderbouwing voor pakket van zorg	43
6.1 Wat is doelgroep C?	43
6.2 Wat werkt bij doelgroep C: evidence based kennis.....	44
6.3 Wat werkt bij doelgroep C: practice based kennis	48
6.4 Consequenties minimaal pakket van zorg: groepsgrootte, personeelsbezetting en bekostigingseenheden	49
6.5 Knelpunten in de uitvoering	50
7. Doelgroep D: onderbouwing voor pakket van zorg	51
7.1 Wat is doelgroep D?	51
7.2 Wat werkt bij doelgroep D: evidence based kennis	52
7.3 Wat werkt bij doelgroep D: practice based kennis	55
7.4 Invulling minimaal pakket van zorg: groepsgrootte, personeelsbezetting en bekostigingseenheden	55
7.5 Knelpunten in de uitvoering	57

8. Doelgroep E: onderbouwing voor pakket van zorg	59
8.1 Wat is doelgroep E?	59
8.2 Wat werkt bij doelgroep E: evidence based kennis.....	60
8.3 Wat werkt bij doelgroep E: practice based kennis.....	63
8.4 Invulling minimaal pakket van zorg: groeps grootte, personeelsbezetting en bekostigingseenheden	65
8.5 Knelpunten in de uitvoering.....	66
9. Invulling kwaliteitstijd	67
9.1 Inzet uren behandelcoördinator	67
9.2 Overleg en afstemming.....	69
9.3 Registratie en onderzoekstijd	70
9.4 Deskundigheidsbevordering.....	71
9.5 Conclusie	72
10. Conclusies en aanbevelingen.....	75
10.1 Samenvatting beantwoording onderzoeksvragen.....	75
10.2 Conclusies.....	82
10.3 Aanbevelingen	83
Literatuur	87
Bijlagen	91
Bijlage 1. Normprijzenmatrix	93
Bijlage 2. Formulier doelgroepenanalyse	95
Bijlage 3. Assen, groepen en categorieën uit CAP-J.....	97
Bijlage 4. Verantwoording literatuursearch groeps grootte en personeelsbezetting.....	103

1. Inleiding

1.1 Aanleiding normprijzenonderzoek

In Noord-Brabant wordt in de jeugdzorg gewerkt met prijzen voor cliëntcontacturen en verblijfsdagen, alleen werkelijk gerealiseerde dagen en uren worden vergoed. Daardoor blijft weinig ruimte over voor kwaliteit en voor het toepassen en borgen van effectieve methodes, omdat in de prijs de nadruk ligt op het face to face-contact. Daarom zijn de jeugdzorgaanbieders en de provincie het erover eens geworden dat er normprijzen zouden moeten komen voor de verschillende vormen van jeugdzorg. In die normprijzen zouden dan meer kosten opgenomen moeten worden dan alleen de contacturen en verblijfsdagen.

Het Brabantse Jeugdzorgberaad heeft het Nederlands Jeugdinstituut gevraagd om te helpen bij het maken van een inhoudelijke onderbouwing van de normprijzen. Het accent ligt daarbij op inhoudelijke onderbouwing van het primair proces¹ en de kwaliteitstijd² voor verschillende doelgroepen in de residentiële jeugdzorg en op basis hiervan een schatting voor de kwaliteitstijd van de verschillende jeugdhulpvormen die in combinatie met de residentiële jeugdzorg kunnen worden uitgevoerd (zie ook bijlage 1 waarin deze verschillende aspecten in een matrix zijn verwerkt en toegelicht). Daarbij wordt per doelgroep aangegeven wat nodig is om effectieve hulp te verlenen en wat dit betekent voor de groepsgrootte, personeelsbezetting en borging van de hulp. Het doorberekenen van deze inhoudelijke onderbouwing wordt verzorgd door een aan een accountantskantoor gelieerd adviesbureau.

In dit rapport doen we verslag van de aanpak en uitkomsten van dit onderzoek. In dit hoofdstuk beschrijven we eerst wat de onderzoeksvragen zijn en hoe het onderzoek is opgezet.

1.2 Inhoudelijke probleemschets en vraagstelling

Bij het vaststellen van prijzen voor de jeugdzorg wordt vaak geredeneerd vanuit een aanbodgericht perspectief. In de nieuwe bekostigingssystematiek voor de jeugdzorg zijn vanuit de drie functies uit de wet op de jeugdzorg ‘verblijf, jeugdhulp en observatiediagnostiek’ twintig verschillende bekostigingseenheden vastgesteld³. Deze bekostigingseenheden zijn gebaseerd op het landelijk vastgestelde format (‘Deloitte-systematiek’). Deze aanbodgerichte benadering biedt echter op onderdelen onvoldoende houvast voor het bepalen welke prijs als norm gesteld zou moeten worden voor het inrichten van effectieve jeugdzorg.

Om deze norm te kunnen vaststellen is het nodig een kanteling te maken van aanbodgericht denken naar doelgroepgericht denken. Een inhoudelijke onderbouwing van normprijzen start met de vraag welke effectieve aanpak per doelgroep nodig is om goede resultaten te bereiken. Deze onderbouwing is mogelijk, doordat in de laatste jaren steeds meer bekend is geworden over wat werkzame elementen en interventies zijn voor verschillende doelgroepen (zie www.nji.nl/kennis/dossiers). Zo heeft het Nederlands Jeugdinstituut kennis verzameld over ondermeer de volgende doelgroepen, uitgesplitst naar kindproblematiek en gezins- en opvoedproblematiek:

¹ De personele inzet van medewerkers, die rechtstreeks in het primair proces werken met cliënten: ambulante werkers, pedagogisch medewerkers, therapeuten en gastvrouwen.

² Alle activiteiten die nodig zijn voor een kwalitatieve ondersteuning van het primair proces: gedragswetenschappers, werkbegeleiders, opleidingstijd, opleidingskosten, activiteiten met betrekking tot onderzoek en effectiviteit.

³ Landelijke invoering uniforme bekostigingseenheden. Integraal instructiedocument versie 3.0 (2008). MO-groep

Kindproblematiek	Gezins- en opvoedproblematiek
ADHD	Armoede in gezinnen
Angst- en stemmingsstoornissen	Diversiteit in opvoeden en opgroeien
Gedragsproblemen	Kindermishandeling
Gedragsstoornissen	Multiprobleemgezinnen
Schoolverzuim	Echtscheiding

Door deze kennis te benutten bij het vaststellen van de normprijzen, wordt het mogelijk inhoudelijk te onderbouwen wat minimaal nodig is om effectieve zorg te verlenen. De combinatie van kind- en gezinsproblematiek is van invloed op de zorgzwaarte en daarmee de inzet van bekostigingseenheden. Daar waar jeugdigen bijvoorbeeld ADHD hebben, maar ouders voldoende capabel zijn om met lichte opvoedondersteuning het kind zelf op te voeden, zal vooral ingezet worden op zowel een interventie gericht op het kind als op opvoedondersteuning voor ouders. Wanneer er sprake is van een dusdanige combinatie van ouder- en kindproblematiek dat ouders (tijdelijk) de opvoeding niet zelf ter hand kunnen nemen of de veiligheid van de jongere in de thuissituatie niet gewaarborgd is, zal naast een interventie voor de jongere, gericht op het leren hanteren van ADHD, (tijdelijk) ook 24-uurszorg worden ingezet, in combinatie met opvoedondersteuning van ouders gericht op terugkeer naar huis. Wanneer jeugdigen langdurig afhankelijk zijn van 24-uurszorg vanwege de ernst van de gezinsproblematiek, zal het accent verschuiven van een gerichte interventie op de individuele problematiek (cure) naar het bieden van een vervangende verzorgings- en opvoedsituatie (care).

In een eerste verkenning is onderzocht hoe het opstellen van een pakket van effectieve zorg is in te passen binnen de Deloitte-bekostigingssystematiek. Er is daarbij gekozen voor het inzetten op een effectief pakket van zorg voor doelgroepen die gebruik maken van residentiële jeugdzorg, zodat deze relatief dure vorm van zorg resulteert in blijvende resultaten en er niet opnieuw een beroep hoeft te worden gedaan op deze vorm van zorg. Voor alle relevante (ambulante) jeugdhulp die voor de verschillende doelgroepen wordt ingezet naast de residentiële jeugdzorg wordt een schatting gemaakt van de 'kwaliteitstijd' voor deze bekostigingseenheden (zie tabel bladzijde 3).

Om per doelgroep de normprijs te kunnen vaststellen, zijn de volgende vragen beantwoord:

1. Wat is de top 5 van doelgroepen die gebruik maken van de residentiële jeugdzorg?
2. Wat is het pakket van zorg dat voor elke doelgroep nodig is om effectieve zorg te verlenen?
3. Wat is een verantwoorde groeps grootte per doelgroep?
4. Welke personeelsbezetting per doelgroep is gewenst, met name wat betreft pedagogisch personeel, maar ook inzet van therapeuten, gedragswetenschappers et cetera?
5. Wat vraagt het pakket van zorg rondom het bewaken van kwaliteit en effectiviteit?

1.3 Opzet van het onderzoek

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is het onderzoek opgedeeld in drie fasen.

1. Analyse van de doelgroep
2. Theoretische onderbouwing voor pakket van zorg
3. Aanvulling en analyse vanuit de praktijk rond groeps grootte, personeelsbezetting en kwaliteitsbewaking

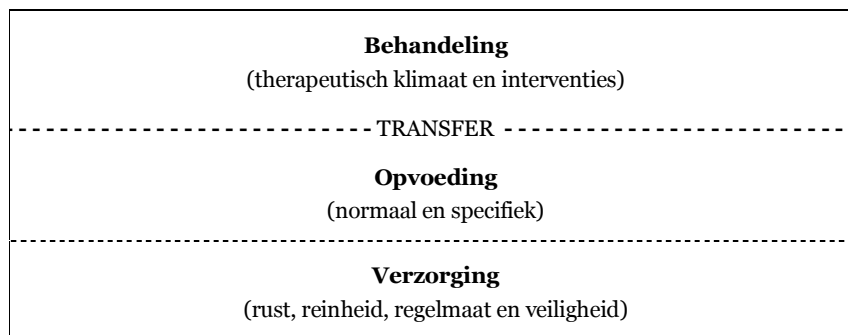
1.3.1 Analyse van de doelgroep

In de eerste fase van het project is een top 5 samengesteld van de meest voorkomende doelgroepen in de residentiële jeugdzorg bij de aan het onderzoek deelnemende

jeugdzorgaanbieders. Hiertoe is gebruik gemaakt van beschikbare dossiergegevens van een steekproef van cliënten. Daarbij zijn dossiers getrokken uit diverse vormen van 24-uurszorg, zoals leefgroepen, behandelgroepen, gezinshuizen en kamertrainingscentra. Uit een steekproef van deze dossiers (van cliënten die nu al gebruik maken van het aanbod) verzamelden de jeugdzorgaanbieders zelf informatie die bruikbaar is om problemen/hulpvragen van cliënten in kaart te brengen. Deze informatie is geclassificeerd aan de hand van categorieën uit het classificatiesysteem aard en problematiek CAP-J (Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, Eijgenraam, Van der Steege & Oudhof, 2009)⁴. Daarnaast is per casus kort en bondig de kern van de problematiek en de hulpvraag geformuleerd. Doel hiervan is te kijken of er tendensen zichtbaar zijn in problemen/hulpvraag. Tijdens een onderzoekssessie van een dag is op basis van deze informatie een indeling gemaakt in groepen met een gemeenschappelijke hulpvraag. Daarbij is een top 5 gemaakt van meest voorkomende doelgroepen in de residentiële jeugdzorg. Aangezien het gaat om een eerste verkennend onderzoek betreft het hier niet een volledig wetenschappelijk verantwoorde onderbouwing van de doelgroepbeschrijving, maar een aanscherping en invulling van de doelgroepen.

1.3.2 Inhoudelijke onderbouwing voor pakket van zorg

Om het pakket van zorg voor de verschillende doelgroepen vast te stellen is gebruik gemaakt van een indeling van de residentiële zorg in de drie onderdelen verzorging, opvoeding (cure) en behandeling (care) (De Lange & Chênevert, 2009; Boendermaker, van Rooijen en Berg, 2010).



Elk residentieel aanbod bevat een invulling van deze drie onderdelen. Naast het bieden van basisverzorging vraagt het verblijven in een 24-uurssetting om opvoeding van jeugdigen. Allereerst betreft het hier de normale opvoeding van jeugdigen en de begeleiding van hun normale ontwikkeling. Het betreft hierbij vooral de ‘care-kant’ van de 24-uurszorg. Naast care, bestaat residentiële jeugdzorg ook in meer of mindere mate uit cure. In deze tweede fase is per doelgroep een inhoudelijke onderbouwing gegeven voor de invulling van verzorging en opvoeding (care) enerzijds en behandeling (cure) anderzijds.

Hierbij is gebruik gemaakt van beschikbare informatie over effectieve interventies en specifiek werkzame factoren voor bepaalde doelgroepen. Het Nederlands Jeugdinstituut heeft hiertoe in de afgelopen jaren dossiers samengesteld waarin kennis beschikbaar is over wat werkzaam is in de behandeling van een aantal doelgroepen en wat werkzaam is voor bepaalde werksoorten, waaronder de residentiële jeugdzorg (zie www.nji.nl/kennis).

Er is op dit moment weinig kennis beschikbaar over wat een effectieve groeps grootte is of een optimale personeelsbezetting om effectief te werken. In dit eerste verkennende onderzoek is een

⁴ De Classificatie Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J) is speciaal voor de jeugdzorg ontwikkeld, ter aanvulling op de DSM. Is de DSM vooral bedoeld om *stoornissen* te classificeren, CAP-J biedt de mogelijkheid om *problemen* te classificeren; daarnaast zijn er ook problemen in het gezin en de omgeving van de jeugdige opgenomen.

beperkt literatuuronderzoek gedaan om de meest recente kennis te achterhalen over groeps grootte en personeelsbezetting.

1.3.3 Aanvulling en analyse vanuit de praktijk

Met vertegenwoordigers van de jeugdzorgaanbieders is gekeken naar de consequenties van het effectieve pakket van zorg voor de invulling van deskundigheidsbevordering, onderzoeks- en borgingsactiviteiten voor alle hierbij relevante bekostigingseenheden. Door de nadruk op cliëntcontacturen en zo kort mogelijke hulp dreigt wel eens verloren te gaan, dat goede hulp ook investering vraagt in ondersteunings- en borgingsactiviteiten om de kwaliteit en effectiviteit blijvend te waarborgen. Daarbij zijn vier activiteiten te onderscheiden:

1. De inzet van gedragswetenschappers om te komen tot behandel diagnostiek, behandelplannen, zorgcoördinatie en begeleiden van het primair proces.
2. De inzet van deskundigheidsbevordering: interne en externe opleidingskosten en kosten voor supervisors.
3. De inzet van interne en externe onderzoekers in verband met het verrichten van onderzoek naar het bereiken van de doelgroep, de uitvoering van de methode en het monitoren van resultaten (denk hierbij ook aan het aanleveren van gegevens op de prestatie-indicatoren en de risico-indicatoren voor de residentiële jeugdzorg van de Inspectie jeugdzorg).
4. De tijd, die medewerkers in het primair proces moeten besteden aan reflectie, opleiding, intervisie, effectiviteitsonderzoek.

Per doelgroep is een panelsessie belegd met medewerkers die direct betrokken zijn bij de betreffende doelgroep (managers, gedragswetenschappers, uitvoerend medewerkers en beleidsmedewerkers). Het omschreven 'effectieve pakket van zorg' is aan de deelnemers voorgelegd en met hen besproken. Vervolgens is met hen besproken wat consequenties zijn voor de invulling van de groeps grootte, de personeelsbezetting en de invulling van de vier 'kwaliteitsactiviteiten'.

1.4 Opbouw van dit rapport

De rest van dit rapport is als volgt opgebouwd:

- In *hoofdstuk 2* geven we aan hoe het onderzoek naar de doelgroepen is verlopen en wat daarvan de uitkomsten zijn.
- In *hoofdstuk 3* komen de uitkomsten van literatuuronderzoek naar 'wat werkt' in de residentiële jeugdzorg aan de orde.
- Dit wordt vervolgens in *hoofdstuk 4 tot en met 8* uitgewerkt voor vijf verschillende doelgroepen; hierbij wordt ook beschreven wat hierover vanuit de praktijk bekend is.
- In *hoofdstuk 9* komt aan de orde wat de consequenties van die uitkomsten zijn voor de zgn. kwaliteitstijd (behandelcoördinatie, overleg, registratie, onderzoek en deskundigheidsbevordering).
- In het *tiende en laatste hoofdstuk* tenslotte zetten we de conclusies nog eens op een rij en doen we aanbevelingen voor de groeps grootte en personeelsbezetting per doelgroep en de benodigde inzet voor kwaliteitstijd per pakket van residentiële zorg.

2. Analyse van de doelgroep

In dit hoofdstuk komt aan de orde hoe het onderzoek naar de belangrijkste doelgroepen in de Brabantse residentiële jeugdzorg is aangepakt (2.1) en wat de uitkomsten van dat onderzoek zijn (2.2).

2.1 Aanpak van het onderzoek

Het onderzoek bestond uit twee onderdelen. Eerst werd informatie uit dossiers compact samengevat op één formulier (van 1 A4) per casus. Vervolgens werden de ingevulde formulieren gesorteerd in doelgroepen met overeenkomstige problemen en hulpvragen.

Dossierinformatie verzamelen en ordenen

Steekproef - In overleg met de deelnemende jeugdzorgaanbieders is er een steekproef van ca. 85 dossiers getrokken. Om een goede verdeling per zorgaanbieder en type zorgaanbod te kunnen maken is eerst in kaart gebracht welke typen residentieel aanbod elke zorgaanbieder in huis heeft. Op basis daarvan is een verdeling gemaakt die aan alle vertegenwoordigers is voorgelegd. Na overleg met diverse van deze personen is de verdeling als volgt vastgesteld:

0-14 jaar	Gezinshuis	Behandelgroep	3-milieuvoorziening	Meidengroep	Longstay	KTC / fasehuis	Totaal 0-14jr
Kompaan		3	3		2		8
Tender			3		2		5
BJ Brabant							
Zuidwester	3	2			2		7
Combinatie	3	2			2		7
Widdonck			8				8
Oosterpoort	2	3			2		7
Maashorst	2	3	3				8
	10	13	17		10		50

13-18 jaar	Gezinshuis	Behandelgroep	3-milieuvoorziening	Meidengroep	Longstay	KTC / fasehuis	Totaal 13-18jr
Kompaan		3		2		3	8
Tender			4	3		4	11
BJ Brabant		2	6			4	12
Zuidwester		3				3	6
Combinatie		3		3		3	9
Widdonck							
Oosterpoort		3		3		3	9
Maashorst							
		14	10	11		20	55

Totaal per zorgaanbieder		Totaal per zorgvorm	
Kompaan/De Bocht	16	Gezinshuis	10
Tender	16	Behandelgroep	27
BJ Brabant	12	3-milieu voorziening	27
Zuidwester	13	Meidengroep	11
Combinatie Jeugdzorg	16	Longstay	10
Widdonck	8	KTC / fasehuis	20
Oosterpoort	16	Gezinshuis	10
Maashorst	8		
	105		105

Om de steekproef zo representatief mogelijk te maken, zijn de dossiers a-select getrokken. Vanwege de beperkte tijd waarin het onderzoek uitgevoerd moest worden, was er geen tijd om te controleren of de steekproef representatief was (en deze indien nodig te corrigeren).

Invullen formulieren – Vervolgens hebben gedragsdeskundigen van de zorgaanbieders formulieren ingevuld (voor elk dossier 1 formulier, zie ook bijlage 2) waarin informatie over vijf gebieden wordt geordend en compact wordt samengevat. Deze vijf gebieden, de zogenoemde assen uit het classificatiesysteem Classificatie Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J, zie bijlage 3 voor de categorieën die onder deze vijf assen vallen) zijn:

- Psychosociaal functioneren;
- Lichamelijke gezondheid, en aan lichaam gebonden functioneren;
- Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling;
- Gezin en opvoeding
- Jeugdige en omgeving

De gedragsdeskundigen kregen een schriftelijke instructie toegestuurd voor het invullen van de formulieren. Daarnaast werd er per zorgaanbieder een exemplaar van de CAP-J beschikbaar gesteld.

Het doel van het invullen van deze formulieren is om ca. 100 casussen (die als voorbeeld dienen voor de cliëntenpopulatie in de residentiële jeugdzorg in Noord-Brabant) te kunnen sorteren in doelgroepen met een gemeenschappelijke problematiek en hulpvraag, om zodoende zicht te krijgen op de doelgroepen die een beroep doen op de residentiële jeugdzorg. Het gaat er *niet* om elke individuele casus zo goed mogelijk te beschrijven (om voor die individuele cliënt zo goed mogelijk duidelijk te krijgen welk zorgaanbod gewenst is), maar om een globale dwarsdoorsnede te maken van de cliëntenpopulatie zodat helder wordt voor welk type hulpvragen en doelen het zorgaanbod een antwoord moet kunnen geven (en voor dit specifieke onderzoek: om normprijzen voor dat aanbod te kunnen onderbouwen). De betreffende cliënten zijn voor hun hulpverlening dus niet afhankelijk van de uitkomsten van deze exercitie, hun verhaal dient vooral als concreet materiaal om (globaal) doelgroepen te onderscheiden.

De ingevulde formulieren (waarop de informatie uit de dossiers geanonimiseerd cq. niet herleidbaar naar een individuele cliënt werd ingevuld) werden terug gestuurd naar het Nederlands Jeugdinstituut, waar ze werden voorzien van een uniek nummer. In totaal werden er 85 formulieren ingevuld terug gestuurd (Kompaan/De Bocht 10, Tender 17, BJ Brabant 12, Zuidwester 12, Combinatie Jeugdzorg 15, De Widdonck 8, Oosterpoort 8, Maashorst 3). De formulieren van Maashorst werden na de sorteerdag terug gestuurd, deze werden door NJI-medewerkers bij één van de doelgroepen ingedeeld.

Formulieren sorteren in doelgroepen

Tijdens een bijeenkomst van negen gedragswetenschappers (van zeven Brabantse zorgaanbieders: Zuidwester, Tender, Kompaan en De Bocht, Oosterpoort, Combinatie Jeugdzorg, BJ Brabant en De Widdonck), zijn, onder begeleiding van het Nederlands Jeugdinstituut, de ingevulde formulieren gesorteerd in doelgroepen met overeenkomsten in problematiek en hulpvraag. Dit ging in meerdere sorteerrondes.

Eerste sorteerronde - De formulieren worden gezamenlijk, met de gehele groep, globaal besproken en vervolgens toebedeeld aan een doelgroep. Dit gaat als volgt:

- Het eerste formulier wordt voorgelezen, bij voorkeur door degene die het formulier heeft ingevuld. Vanwege de beperkte tijd, wordt alleen een samenvatting van de belangrijkste punten gegeven van deel A en B. Ook formuleert de voorlezer de kern van de problematiek en de belangrijkste hulpvraag (deel C).
- Vervolgens kunnen de andere leden van de groep hierop reageren ('eens' of 'niet eens'). Indien 'niet eens' wordt door diegene een suggestie gegeven voor aanvulling en/of alternatief. Let wel: het is geen casuïstiekbepreking, alle details hoeven daarom niet zorgvuldig afgewogen te worden. Het gaat erom tendensen in problemen en hulpvragen te vinden.
- Er wordt gestreefd naar consensus over de belangrijkste hulpvraag. De voorlezer (her)formuleert indien nodig die belangrijkste hulpvraag duidelijk op het formulier (of markeert die als die al op het formulier stond).
- Vervolgens wordt het tweede formulier besproken. Wanneer ook deze hulpvraag is vastgesteld wordt bekeken of die overeenkomt met het eerste formulier of dat er sprake is van een andere hulpvraag. Als het om (min of meer) dezelfde hulpvraag gaat, wordt deze onder het eerste formulier gelegd: beide formulieren horen tot dezelfde doelgroep. Als het een andere hulpvraag is, wordt het formulier ernaast gelegd: daarmee zijn er dus twee doelgroepen.
- Op dezelfde wijze worden de volgende formulieren besproken. Zo ontstaan er afzonderlijke stapeltjes met formulieren, waarbij elk stapeltje een aparte doelgroep vormt.

Tweede sorteerronde (verfijning) - In de tweede sorteerronde wordt elke doelgroep nog eens goed bekeken: kloppen de cases nog bij de doelgroep, overlappen de doelgroepen niet teveel en onderscheiden ze voldoende?

Deze tweede sorteerronde wordt in subgroepen gedaan: elke subgroep neemt een deel van de doelgroepen kritisch onder de loep. De subgroepen nemen elk een aantal doelgroepen voor hun rekening en bekijken eerst globaal of elke casus in de juiste doelgroep zit. Vervolgens of bepaalde doelgroepen samengevoegd, gesplitst of geherformuleerd moeten worden (er wordt ter plekke een hand-out met een instructie uitgereikt waarop een aantal vragen staat aan de hand waarvan de verfijning gedaan kan worden). Hun voorstellen brengen ze in tijdens een plenaire bespreking. De voorstellen van elk subgroepje worden bediscussieerd. Ook hierbij wordt weer gestreefd naar consensus over de uiteindelijke doelgroepindeling.

Keuze top 5 - Tot slot is er een top 5 gekozen. Doorslaggevende argumenten hierbij waren de grootte van de doelgroep en de aanwezigheid van een duidelijke hulpvraag. Er was namelijk 1 doelgroep waarbij de problematiek nog niet helder was (hiervoor was bijvoorbeeld nog specialistisch onderzoek nodig), en daarmee ook de hulpvraag niet. Bij een niet duidelijke hulpvraag kunnen er geen doelen vastgesteld worden en kan er logischerwijs ook niet onderzocht worden wat de meest effectieve zorg is voor die doelgroep (voor het vervolg van het onderzoek van essentieel belang).

2.2 Uitkomsten van de doelgroepenanalyse

Van de 85 ingevulde formulieren zijn er 79 gesorteerd in doelgroepen (de niet gesorteerde formulieren waren onbruikbaar bijvoorbeeld doordat ze onvolledig ingevuld waren). In totaal ontstonden er 6 doelgroepen. Hieronder volgt een beschrijving per doelgroep:

- *Doelgroep 1*
Deze doelgroep bestaat uit jongeren (15-19 jaar) met behoefte aan een vervangende opvoedingssituatie⁵, die gericht is op leren zelfstandig te wonen en daarnaast rekening houdt met internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen.
N=19 (24%), 11 meisjes en 8 jongens, in de leeftijd van 15,3 tot 19,7 jaar.
- *Doelgroep 2*
De jeugdigen in deze doelgroep hebben behoefte aan een tijdelijk vervangende opvoedingssituatie⁶, met behandeling van problematiek van de jeugdige en het (gezins)stelsel en verheldering van het toekomstperspectief. Binnen deze doelgroep zijn de volgende accentverschillen te zien:
2a. met onderzoek naar kindeigen problematiek (N=7)
2b. zonder onderzoek naar kindeigen problematiek (N=7)
N=14 (18%)
- *Doelgroep 3*
De jongeren (17-19 jaar) in deze doelgroep hebben behoefte aan een langdurige, structurele begeleide woonsituatie, waarin de jongere alledaagse praktische vaardigheden kan leren, met specifieke aandacht voor persoonlijke problemen.
N=4 (5%)
- *Doelgroep 4 (N=28, 35%)*
Deze doelgroep bestaat uit jeugdigen die behoefte hebben aan een stabiele, perspectiefbiedende vervangende opvoedingssituatie⁷. Binnen deze doelgroep zijn de volgende accentverschillen te zien:
4a. jeugdigen die behoefte hebben aan een opvoedingssituatie, die rekening houdt met (of indien nodig behandeling biedt voor) internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen en/of hechtingsproblemen (ten gevolge van een instabiele gezinssituatie, problemen van ouders, verwaarlozing en/of mishandeling);
N=18 (22,5%), 9 meisjes en 9 jongens, in de leeftijd van 7;3 – 16;9 jaar.
4b. jeugdigen met ernstige internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen en/of hechtingsproblemen (ten gevolge van een instabiele gezinssituatie, problemen van ouders, verwaarlozing en/of mishandeling) die behoefte hebben aan een woonvoorziening met een specialistisch opvoedingsklimaat, rekening houdend en waarin gerichte behandeling wordt geboden voor kindeigen problemen en stoornissen (o.a. ADHD, NLD, PDD-NOS, ODD).
N=10 (12,5%), 8 jongens en 2 meisjes, in de leeftijd van 5;11 – 16;3 jaar.
Daarnaast moet er nog opgemerkt worden dat een aantal jeugdigen geen netwerk heeft waar zij op terug kunnen vallen (dit geldt voor 8 jeugdigen, zowel bij 4a als 4b), hierbij dient er dus aandacht te zijn voor het opbouwen van een netwerk. En bij 3 jeugdigen (ook zowel bij 4a en 4b) is er sprake van een ‘tegenwerkend netwerk’, d.w.z. dat de ouders de plaatsing (nog) niet hebben geaccepteerd; hierbij zouden activiteiten ondernomen moeten worden om (a) de ouders te helpen die plaatsing wel te accepteren en (b) de jeugdigen te ondersteunen

⁵ Vervangende opvoedingssituatie = een opvoedingssituatie anders dan in het oorspronkelijke gezin.

⁶ Tijdelijk vervangende opvoedingssituatie = perspectief op terugplaatsing in het eigen gezin (bij doelgroepen 2 en 5) of doorplaatsing naar een andere vervangende opvoedingssituatie (bij doelgroepen 2 en 6).

⁷ Perspectiefbiedende vervangende opvoedingssituatie = geen perspectief op terugplaatsing in het eigen gezin.

bij het omgaan met loyaliteitsproblemen die het niet accepteren van de plaatsing door de ouders met zich meebrengt.

- **Doelgroep 5**

De jeugdigen in deze doelgroep hebben behoefte aan een tijdelijk vervangende opvoedingssituatie, gericht op herstel van de opvoedingssituatie thuis:

- 5a. met aandacht voor fasetypische problematiek, verbetering van de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s) en herstel van de relaties in het gezin (N=1),
- 5b. met behandeling van kindeigen problematiek, het leren van specifieke opvoedingsvaardigheden door de ouder(s) en herstel van de (gezags)relaties in het gezin (N=4),
- 5c. met behandeling van kindeigen problematiek en langdurige ondersteuning voor de ouders thuis bij de opvoeding (N=2).

N=7 (9%), 1 meisje en 6 jongens, in de leeftijd van 6;9 – 16;10 jaar.

- **Doelgroep 6**

Deze doelgroep bestaat uit jeugdigen die behoefte hebben aan een tijdelijk vervangende begrenzen (van prikkels van buitenaf die de jeugdige aanzetten tot risicovol gedrag) opvoedingssituatie waarin behandeling van de problematiek van de jeugdige, herstel/verbetering van de relatie met ouders en verheldering van het toekomstperspectief centraal staan.

N=7 (9%), 4 jongens en 3 meisjes, in de leeftijd van 14,7 tot 18,5 jaar.

Bij alle doelgroepen geldt bovendien dat er aandacht nodig is voor:

- het opbouwen/verbeteren van relaties met het gezin van herkomst
- het opbouwen/verbeteren van relaties met betekenisvolle anderen (netwerk buiten gezin en hulpverlening);
- het vinden/behouden van passend onderwijs/werk;
- het vinden/versterken van een adequate vrije tijdsbesteding.

NB. Omdat de doelgroepen hierin niet onderscheidend zijn, is het niet bij elke doelgroep apart genoemd.

De top 5

Aan het eind van de dag is een top 5 gekozen. Een aantal doelgroepen sprongen er, alleen al vanwege hun grootte, opvallend uit (met name doelgroep 1 en 4).

Dan blijven de volgende doelgroepen over, waarbij doelgroep 4 is opgesplitst in de twee subgroepen (vanwege de grootte en het onderscheid tussen de twee subgroepen):

- A. Doelgroep 4, subgroep 4a (N=18, 22,5%)
- B. Doelgroep 4, subgroep 4b (N=10, 12,5%)
- C. Doelgroep 5 (N=7, 9%)
- D. Doelgroep 1 (N=19, 24%)
- E. Doelgroep 6 (N=7, 9%)

In de hoofdstukken 4 tot en met 8 is per doelgroep beschreven wat het meest effectieve pakket van zorg is. Hierbij is de oorspronkelijke nummering vervallen en worden de doelgroepen aangeduid met A tot en met E.

De afvallers ... een punt van zorg

Twee doelgroepen vielen buiten de top 5. Om verschillende redenen is het niet mogelijk om te onderzoeken en te beschrijven welke (effectieve) jeugdzorg het meest geschikt is voor deze groepen (waarmee ze buiten het kader van dit onderzoek vallen). Desalniettemin zijn ze toch belangrijk om hier te noemen:

- *Doelgroep 2* gaat om een groep waarbij het nog geen uitgemaakte zaak is wat precies de hulpvraag is. Logischerwijs kan dan ook niet onderbouwd worden wat de meest effectieve

zorg is voor deze groep. Zou de hulpvraag wel duidelijk zijn, dan zouden deze formulieren waarschijnlijk ingedeeld zijn bij doelgroepen 4 en 5 (omdat het vaak ging om zaken waarbij het nog niet duidelijk is wat de mogelijkheden van het oorspronkelijke gezin zijn om de jeugdige weer zelf op te gaan voeden en het grootste verschil tussen doelgroep 4 en 5 is wel/niet terug naar het eigen gezin). Wat wel opvallend (en bij een aantal zaken zelfs zorgwekkend) is, is het feit dat de problematiek en het toekomstperspectief nog niet duidelijk zijn, terwijl sommigen van deze jeugdigen toch al een hele tijd geplaatst waren. De vraag is dan: wat wordt er dan aan zorg geboden, terwijl je eigenlijk nog niet weet welke zorg er nodig is? Voor deze groep is het van essentieel belang dat er zo snel mogelijk duidelijk wordt wat precies de problemen zijn en welke mogelijkheden het oorspronkelijke gezin heeft om de jeugdige weer zelf te gaan opvoeden. Dit betekent aan de ene kant het inzetten van specialistische diagnostiek (om kindeigen- en gezinsproblematiek te verhelderen) en aan de andere kant in gesprek en aan de slag gaan met belangrijke betrokkenen van de jeugdige (in het formele en informele netwerk) om de mogelijkheden en beperkingen van deze netwerken in kaart te brengen en verder op te bouwen.

- *Doelgroep 3* heeft een vorm van (langdurige) woonbegeleiding nodig die feitelijk buiten de jeugdzorg valt, maar als vervolg op een vorm van jeugdzorg gezien kan worden. Ook gezien het kleine percentage (5%) waren we het erover eens dat het niet zinvol is deze doelgroep in het kader van dit project te gaan beschrijven en onderbouwen. Het is echter wel opvallend dat deze jongeren nog binnen de jeugdzorg opgevangen worden, terwijl er eigenlijk een andere vorm van zorg nodig is. De vraag is waar dit aan ligt: is er geen goed vervolg in de zorg voor jongvolwassenen? Het zou interessant (en niet overbodig) zijn om te onderzoeken wat hierin bepalende factoren zijn, maar dat valt buiten dit onderzoek.

3. **Onderbouwing voor pakket van zorg voor residentiële jeugdzorg**

In dit hoofdstuk wordt allereerst beschreven welk pakket van zorg er in de residentiële jeugdzorg nodig is om effectieve zorg te kunnen verlenen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een indeling van de residentiële zorg in de drie onderdelen verzorging, opvoeding (cure) en behandeling (care) (De Lange & Chênevert, 2009; Boendermaker, van Rooijen en Berg, 2010). Vervolgens worden de resultaten van het literatuuronderzoek naar groeps grootte en personeelsbezetting in de residentiële jeugdzorg gepresenteerd (zie bijlage 4 voor een verantwoording van de literatuursearch). Paragraaf 3.2 en 3.3 geven we antwoord op de vraag wat een verantwoorde groeps grootte/personeelsbezetting is in de residentiële jeugdzorg. In de hoofdstukken 4 tot en met 8 wordt dit vervolgens uitgewerkt voor de verschillende doelgroepen.

3.1 Wat werkt in de residentiële jeugdzorg en gezinshuizen?

Residentiële jeugdzorg omvat veel verschillende typen zorg voor jeugdigen: welke aanpak werkt daar nu wel en welke niet? Er zijn op basis van het beschikbare onderzoek al behoorlijk wat aanwijzingen te formuleren voor het werk in leefgroepen en voor behandeling (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010). Belangrijke bronnen zijn onder andere: Boendermaker (2005), Boendermaker en Harder (2007), Clough, Bullock en Ward (2006), Department of Health (2008), Hair (2005), Harder, Knorth en Zandberg (2006), Loefffen (2007) en Thomson, McArthur, Long & Camilleri (2005). Daarnaast wordt in deze paragraaf aandacht besteed aan een specifieke vorm van residentiële jeugdzorg, namelijk gezinshuizen. Voor deze werksoort gelden aanvullende werkzame principes.

Onderzoek

Er is 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

Bij goede orthopedagogische basiszorg gaat het er om jeugdigen kwalitatief goede verzorging en opvoeding te bieden, op zo'n manier dat een gezonde ontwikkeling mogelijk is. Anders dan thuis wordt verzorging en opvoeding in leefgroepen gegeven. Dit is een specifiek kenmerk van residentiële zorg dat bijzondere eisen stelt aan professionals die de verzorging en opvoeding bieden en aan de organisatie waarin zij werken. Groepsleiding moet niet alleen verzorgen en opvoeden, maar ook kunnen omgaan met groepsdynamische aspecten van het werken met jeugdigen die in een groep samenleven. Daarnaast is opvoeding in de residentiële zorg ook anders, omdat er een specifieke manier van reageren nodig is op de (gedrags)problemen van de opgenomen jeugdigen. De ontwikkeling van de jeugdigen stagneert op een bepaald punt en is er speciale aandacht nodig om de ontwikkeling weer vlot te trekken en een gezonde ontwikkeling mogelijk te maken. De problemen van elke individuele jeugdige vragen om een eigen reactie en aanpak. 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

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 nodig voor het verminderen van andere, bijvoorbeeld internaliserende, problemen.
- Ze zorgen ervoor dat elke jeugdige onderwijs geboden wordt dat past bij 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.
- Ze zorgen voor een zorgvuldige overgang van instelling naar samenleving, bieden elke jeugdige bij die overgang een ‘pleitbezorger’ en geven ook nazorg.
- Ze werken met kleinschalige (gezins)huizen met verzorgers of gezinshuisouders die grondig getraind zijn in een gedragsmatige aanpak, volgens de formule van de ‘Teaching Family Home’.

Meer uitgebreide informatie over ‘Wat werkt in de residentiële jeugdzorg’ vindt u in het gelijknamige artikel op de website van het Nederlands Jeugdinstituut: www.nji.nl.

Wat werkt in gezinshuizen?

Een gezinshuis is een kleinschalige vorm van residentiële hulpverlening (De Baat, Berg en Van der Steege, nog niet gepubliceerd). In een gezinshuis wonen een aantal jeugdigen (meestal drie tot zes) samen met de gezinshuisouders. De gezinshuisouders zijn meestal een echtpaar en proberen zoveel mogelijk het klimaat van een gezinssituatie te creëren. De continuïteit van het gezinsleven en de aandacht en steun van de gezinshuisouders kunnen de jeugdigen die hulp geven die zij nodig hebben voor hun verdere ontwikkeling (Hermanns, 2005). Het recente Nederlandse onderzoek naar gezinshuizen is schaars. Wel is er Nederlands onderzoek uit de jaren '70 en internationaal onderzoek. Een kanttekening hierbij is echter wel dat er grote internationale verschillen zijn in de manier waarop de zorg voor uithuisgeplaatste jeugdigen is vormgegeven. Uit de literatuur is gebleken dat er internationaal gezien geen vorm van zorg is die

precies overeen komt met de Nederlandse gezinshuizen. Professionele pleegzorg, MTFC, het Teaching Family Model, het Treating Family Program en de SOS Kinderdorpen zijn de vormen van zorg die het meest lijken op de Nederlandse gezinshuizen.

Uit de onderzoeken naar met gezinshuis vergelijkende voorzieningen komen een aantal werkzame factoren. Deze zouden met enige voorzichtigheid ook toegepast kunnen worden voor gezinshuizen.

- Gedegen opleiding, training en bijscholing van gezinshuisouders. Uit onderzoek naar de Teaching Family Homes is namelijk gebleken dat het succes ervan grotendeels wordt toegeschreven aan het belang dat wordt gehecht aan goed getrainde 'teaching parents'.
- Begeleiding van gezinshuisouders, jeugdigen en biologische ouders. Niet alleen de gezinshuisouders, maar ook de jeugdige en biologische ouders hebben behoefte aan begeleiding bij de plaatsing en de nieuwe rolverdeling. De begeleiding moet worden vormgegeven op basis van het gezamenlijk geformuleerde hulpverleningsplan.
- Langdurig verblijf van de jeugdige in het gezinshuis. Uit onderzoek naar de Treatment Family Homes is namelijk gebleken dat de jeugdigen die langer in een Family Home hadden verbleven, 16 jaar na de plaatsing beter presteerden op de verschillende uitkomstvariabelen.
- Contact tussen biologische ouders en jeugdigen. Contact tussen de biologische ouders en de jeugdigen hangt binnen de pleegzorg namelijk positief samen met het succes van de plaatsing. Beslissingen over bezoek moeten echter wel zorgvuldig en op individuele basis worden gemaakt. Het is daarbij noodzakelijk om onderscheid te maken tussen contact met verschillende familieleden, voor verschillende doeleinden en in verschillende contexten.
- Wederzijdse acceptatie tussen de biologische ouders en de gezinshuisouders. De jeugdige krijgt dan niet het gevoel om tussen beiden te moeten kiezen. Binnen de pleegzorg heeft wederzijdse acceptatie een gunstige invloed op de aanpassing van het pleegkind en op het aantal contacten tussen de biologische ouders en het kind in de voorbereiding op hereniging.
- Stimuleren van het sociale netwerk van de jeugdige. Als een jeugdige een sterk sociaal netwerk heeft buiten het gezinshuis, is het niet afhankelijk van het gezinshuis. Met name als jeugdigen zelfstandig gaan wonen is een sociaal netwerk erg belangrijk om op terug te kunnen vallen.

Aansluitende nazorg. Ten slotte is het van belang dat de jeugdigen die het gezinshuis verlaten goede nazorg krijgen die aansluit bij hun vragen, wensen en behoeften.

3.2 Groepsgrootte in de residentiële jeugdzorg: wat werkt?

Het verblijf in leefgroepen is een typerend kenmerk van residentiële hulpverlening. De belangrijkste vraag in deze paragraaf is of de grootte van deze leefgroepen de effectiviteit van interventies voor jeugdigen die zijn opgenomen in de residentiële hulpverlening kan beïnvloeden (Harder & Knorth, 2007). Dit is nooit direct onderzocht. Toch zijn er aanwijzingen dat het verblijf in relatief kleine leefgroepen een werkzame factor is binnen de residentiële jeugdzorg (Harder, Knorth & Zandberg, 2006; Clough, Bullock & Ward, 2006). Loeffen (2007) bracht de residentiële jeugdzorg in Nederland in beeld. Uit haar onderzoek bleek dat er per instelling voor gemiddeld 157 jeugdigen tegelijkertijd de mogelijkheid tot residentiële zorg is. Of daarbij desondanks een sfeer van kleinschaligheid wordt gecreëerd is niet bekend.

Wat werkt?

In een literatuurreview naar wat er werkt in de residentiële jeugdzorg bespreken Boendermaker, Van Rooijen en Berg (2010) kort de relatie tussen de omvang van de groepen en de resultaten

van de behandeling. Ze geven aan dat er in de literatuur weinig te vinden is over de groepsomvang in residentiële settings. De auteurs verwijzen naar artikelen van Chipenda-Dansokho en The Centre for Social Policy (2003) en Sinclair en Gibbs (1998).

Het artikel van Chipenda-Dansokho en anderen (2003) richt zich echter met name op de grootte van instellingen in termen van het aantal jeugdigen dat kan worden opgenomen en niet op de grootte van de leefgroepen. Uit de overzichtsstudie (Chipenda-Dansokho en anderen, 2003) blijkt dat de grootte van residentiële voorzieningen van oudsher bepaald wordt door economische en ideologische overwegingen. Voor publieke en semi-publieke instellingen, die toegang hebben tot financiële middelen en gericht zijn op relatief grote groepen, zijn bijvoorbeeld grote residentiële voorzieningen buiten de bebouwde kom, en dus op voordelige grond, financieel aantrekkelijk. Daarentegen hebben niet-winstgevende organisaties en organisaties die werken met vrijwilligers vaak kleinschalige voorzieningen die gericht zijn op specifieke doelgroepen. Belangrijke ideologische factoren die de grootte van instellingen bepalen zijn onder andere het doel van de plaatsing en theorieën over de mate van zorg die jeugdigen nodig hebben.

De invloed van de grootte van residentiële voorzieningen op de resultaten bij jeugdigen en het functioneren van de organisatie is volgens Chipenda-Dansokho en anderen (2003) nauwelijks onderzocht. De studies uit het overzicht tonen geen samenhang aan tussen de grootte van de instelling en de behaalde resultaten. De kwaliteit van hulpverleners, de kwaliteit van de relatie tussen hulpverleners en jeugdigen, en de formele structuur en verrichtingen binnen een instelling komen wel naar voren als belangrijke factoren voor positieve veranderingen bij jeugdigen.

Een studie van Sinclair en Gibbs (1998) laat volgens de auteurs als enige een duidelijk verband zien tussen de grootte van de instelling en de resultaten. Sinclair en Gibbs (1998) deden in Engeland onderzoek naar de kwaliteit van kindertehuizen. Daaruit blijkt dat een positief sociaal klimaat in tehuizen samenhangt met:

- het werken in kleine woongroepen;
- een duidelijke rolverdeling onder het personeel;
- geen belasting op de rolverdeling van het personeel door reorganisatie;
- een adequate mate van autonomie van de leiding;
- overeenstemming onder de hulpverleners over de uitvoering van de zorg.

Er is echter nog een aantal onderzoeken die niet door Chipenda-Dansokho en anderen (2003) worden genoemd, maar wel pleiten voor relatief kleine leefgroepen. Anglin (2002) toont in zijn onderzoek naar goed functionerende residentiële instellingen in Canada aan dat een kleinschalige (gezinshuisachtige) aanpak effectiever is dan residentiële zorg in grootschalige instellingen. Ook grootschalige instellingen kunnen echter kleinschaligheid creëren door te werken met kleine leefgroepen (Clough, Bullock & Ward, 2006). Clough, Bullock en Ward (2006) pleiten er dan ook voor om niet naar de grootte van een instelling te kijken, zonder rekening te houden de instellingsdoelen en de organisatiestructuur.

Boendermaker en Van den Berg (2005) komen op grond van hun onderzoek naar interventies voor jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende problematiek dat leefgroepen uit niet meer dan vier tot zes jongens of meisjes mogen bestaan. Ook uit een onderzoek uitgevoerd door Berridge en Brodie (1998) blijkt dat er een positieve verandering bij jeugdigen plaatsvindt als er in kleine units wordt gewerkt (In: Loeffen, 2007).

Beleving

Chipenda-Dansokho en anderen (2003) melden verder dat onderzoeksbevindingen steun geven aan de mogelijke voordelen van het werken met kleine leefgroepen voor de beleving van zowel jeugdigen als beroepskrachten in de residentiële zorg: hoe kleiner de groep, hoe positiever de beleving. Een kleinschalige Nederlandse studie van Van den Berg, Knorth en Noom (2004) schetst een vergelijkbaar beeld van de beleving van groepsgrootte door beroepskrachten. In deze studie zijn twintig hulpverleners ondervraagd die werken met jeugdigen met ernstige antisociale en oppositionele problematiek. Zij zien het werken in kleine groepen als specifiek kenmerk van een gewenst hulpaanbod voor deze doelgroep.

Uit een wat ouder onderzoek in de residentiële sector van Klüppel en Slijkerman (1983) komt naar voren dat een optimale groepsgrootte in de ogen van direct betrokkenen schommelt tussen de zes en zeven bewoners per leefgroep: de 236 ondervraagde jeugdigen opteren voor een groepsgrootte van zes, de 64 ondervraagde directieleden van de deelnemende kindertehuizen achten gemiddeld zeven bewoners een goede groepsomvang.

Door groepsofvoeders genoemde redenen voor kleine groepen zijn in te delen in vier categorieën:

1. Te veel jeugdigen bij elkaar geeft stress; er is een overload van stimuli, er ontstaat te veel onrust en drukte.
2. Goede relatievorming tussen bewoners onderling is in een grote groep lastig; de kans op veel wisselingen en ruzies wordt erdoor vergroot.
3. In een kleinere groep lukt het beter jeugdigen individuele aandacht te geven; er is ook minder noodzaak tot een strikte en strenge regelgeving.
4. Met een kleinere groep lukt het beter bepaalde spel- of therapieactiviteiten te ondernemen.

In een studie van Jansen en Feltzer (2002) is onderzocht hoe 82 jeugdigen in een residentieel centrum voor jeugdhulpverlening hun verblijf in een groep beleefden. Zij vonden de groepsgrootte over het algemeen goed. Een klein deel – 17 procent – gaf de voorkeur aan een kleinere leefgroep. De groepen in dat centrum bestonden uit acht tot tien jeugdigen.

Veiligheid

Belangrijk voor een positieve cultuur in de leefgroep is het creëren van een veilige omgeving (Abramovitz & Bloom, 2003; Morton, Clark & Peard, 1999; Scottish Institute for Residential Child Care, 2004). Dit houdt in dat er aandacht is voor goede verhoudingen onder jongeren onderling en bijvoorbeeld maatregelen worden genomen tegen pesten. Vooral in groepen jongens met gedragsstoornissen blijkt snel een vorm van ‘deviantietraining’ te ontstaan: jongeren nemen probleemgedrag, zoals pesten, intimideren en bedreigen, van elkaar over (Dishion, McCord & Poulin, 1999). Er is een groot aantal jeugdigen dat met ernstige gedragsproblemen in instellingen wordt opgenomen. Gezien de negatieve invloed die jongeren op elkaar kunnen hebben, kan de kwaliteit van de residentiële jeugdzorg mogelijk worden verbeterd door te werken in relatief kleine leefgroepen.

Onderzoek van Cawson, Berridge, Barter en Renold (2004) naar het voorkomen van geweld in een dwarsdoorsnede van Engelse instellingen laat zien dat jongeren elkaar bijna alleen maar uitschelden en afbekken en dat de pedagogisch medewerkers dat zien als iets dat nou eenmaal hoort bij deze groep. Zij hebben niet het idee dat jongeren er veel last van hebben, terwijl jongeren in het onderzoek vertellen er wel degelijk last van te hebben. Ook het slaan, schoppen en onderling dreigen blijkt heel ‘gewoon’. De helft van de jongeren maakt dit mee. Hoewel pedagogisch medewerkers hier wel bij ingrepen, zagen zij het ook als onvermijdelijk. Seksueel geweld kwam gelukkig sporadisch voor, maar ook daar werden gevallen van gemeld. Deze

zogenaamde deviantietraining wordt overigens niet consistent in verschillende studies gevonden. Handwerk en anderen (2000) benadrukken bijvoorbeeld dat in verschillende studies naar groepsbehandeling van antisociale jeugdigen wel positieve effecten zijn gevonden. Ook Mager, Milich, Harris en Howard (2005) vonden in hun studie geen negatieve effecten van het bij elkaar plaatsen van jongeren met gedragsproblemen.

Tot slot...

De groepsgrootte is een van de factoren die invloed lijkt te hebben op de kwaliteit en de effectiviteit van de residentiële hulpverlening aan jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek. Onderzoek geeft aanwijzingen dat de kwaliteit en de uitkomsten van de residentiële zorg vergroot kunnen worden door een afname van de groepsgrootte tot zes tot acht jeugdigen (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010).

Eén van de argumenten hiervoor is het aantal jeugdigen dat met ernstige gedragsproblemen in instellingen wordt opgenomen. Dit met het oog op de aanwijzingen die gevonden zijn voor de negatieve invloed die jeugdigen op elkaar hebben - deviantietraining - en het voorkomen van verbaal en fysiek geweld tussen jeugdigen onderling (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010). Bovendien hebben gebruikers van de residentiële zorg – jeugdigen en beroepskrachten – een voorkeur voor het verblijven in en werken met kleine leefgroepen. Hulpverleners lijken een kleinere groepsgrootte te zien als een kenmerk van het gewenste aanbod voor jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek. Voor kleine groepen zijn in principe minder groepsoepvoeders nodig dan voor grote groepen, waardoor er meer continuïteit in de begeleiding van jeugdigen kan zijn. Kleine leefgroepen geven ook de mogelijkheid tot meer individuele aandacht per jeugdige (Harder & Knorth, 2007).

Er is echter weinig onderzoek verricht naar de daadwerkelijke invloed van de groepsgrootte op de effectiviteit van de geboden residentiële zorg (Harder & Knorth, 2007).

3.3 Personeelsbezetting in de residentiële jeugdzorg: wat werkt?

Naast de grootte van de leefgroepen, zijn er nog andere factoren die de effectiviteit van interventies voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen kunnen beïnvloeden (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010). Eén van de mogelijke factoren is de verhouding tussen het aantal medewerkers en het aantal jeugdigen in een leefgroep, ook wel de personeelsbezetting genoemd. De belangrijkste vraag in deze paragraaf is of deze bezetting de effectiviteit van interventies voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen inderdaad kan beïnvloeden.

Stand van zaken in Nederland

Loeffen (2007) heeft per sector in de jeugdzorg het aantal medewerkers en het aantal te behandelen jeugdigen tegen elkaar afgezet. In jeugdhulpverleningsinstellingen zijn er op elke medewerker 0,8 jeugdigen. In de LVG sector en in justitiële jeugdinrichtingen is er op elke medewerker 0,6 jeugdige. In de kinder- en jeugdpsychiatrie is er op elke medewerker 0,5 jeugdige. Verhoudingsgewijs is in de jeugdhulpverlening, de LVG sector, de kinder- en jeugdpsychiatrie en de justitiële sector de verhouding tussen jeugdigen en medewerkers ongeveer even groot. In de jeugdhulpverlening zijn relatief iets meer jeugdigen per medewerker dan in de overige sectoren (Loeffen, 2007). Volgens Loeffen (2007) is dit logisch gezien de relatief minder zware problematiek in de jeugdhulpverlening ten opzichte van die in de LVG sector, kinder- en jeugdpsychiatrie en justitiële jeugdinrichtingen. De auteurs van de huidige verkenning plaatsen hier echter vraagtekens bij vanwege de inspanningen die nodig zijn voor minimale orthopedagogische basiszorg.

Wat werkt?

In een literatuurreview naar wat er werkt in de residentiële jeugdzorg bespreken Boendermaker, Van Rooijen en Berg (2010) kort de relatie tussen de personeelsbezetting en de resultaten van de behandeling. Zij geven aan dat het van belang is dat er een goed werkbare verhouding is tussen het aantal medewerkers en de jeugdigen. Over de meest wenselijke verhouding tussen het aantal personeelsleden per kind is echter weinig informatie te vinden (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010). De auteurs verwijzen naar artikelen van het Engelse Department of Health (2008) en Sinclair en Gibbs (1998).

Volgens het Department of Health (2008) is er een minimale verhouding tussen personeel en jeugdigen noodzakelijk om de veiligheid in de leefgroep en in de instelling te kunnen garanderen. Het inzetten van meer mensen leidt echter niet automatisch tot betere hulp. Deze bevinding wordt bevestigd door onderzoek van Sinclair en Gibbs (1998). Zij onderzochten in Engeland de zorgkwaliteit in kindertehuizen. Zij vonden in hun studie geen bewijs dat beter gekwalificeerd personeel of meer personeel per kind betere uitkomsten voorspelde.

Ook Berridge en Brodie (1998) onderzochten de kwaliteit van zorg in residentiële instellingen. Zij gebruikten in hun studie dertien variabelen voor het bepalen van de kwaliteit van de zorg, waaronder de kwaliteit van de verhouding tussen personeel en jeugdigen, de betrokkenheid van het personeel bij de jeugdigen en de tevredenheid van het personeel. Tussen tehuizen vonden ze grote verschillen in de kwaliteit van de zorg. Belangrijke factoren voor een goede kwaliteit van de zorg waren:

- een duidelijke visie van het hoofd van de instelling;
- stabiliteit binnen de personeelsgroep;
- een goed moreel onder het personeel;
- het opstellen en aanhouden van doelstellingen door afdelingshoofden;
- de toepassing van duidelijke werkmethoden.

Niet van invloed op de kwaliteit van zorg waren de ernst van de problematiek bij de jeugdigen, structurele factoren als de kwalificaties van de staf en de personeelsbezetting, en de grootte van het tehuis in aantal bewoners. Wat die laatste factor betreft merken Berridge en Brodie (1998) op dat alle tehuizen in hun studie betrekkelijk klein waren. Daardoor zou de mogelijke invloed van de factor tehuisgrootte onzichtbaar kunnen blijven.

Tot slot...

Uit de gevonden literatuur is gebleken dat er voldoende personeel per jeugdige moet zijn om de veiligheid in de leefgroep te kunnen waarborgen. Over de meest wenselijke verhouding tussen het aantal personeelsleden per kind is echter weinig informatie te vinden (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010). Wel is bekend dat het inzetten van meer personeel per jeugdige niet automatisch tot betere uitkomsten bij het kind leidt. Er zijn allerlei andere factoren die de samenhang tussen personeelsbezetting en de uitkomsten bij het kind zouden kunnen beïnvloeden, zoals de vaardigheden van het personeel en coaching en supervisie. Meer personeel per jeugdige zou ook problemen met zich mee kunnen brengen, zoals inconsequentie tussen de verschillende personeelsleden.

3.4 Behandelduur

Een andere mogelijke belangrijke beïnvloedende factor op de kwaliteit en effectiviteit is de duur van de behandeling. Hoewel in dit literatuuronderzoek daar niet specifiek naar is gezocht, weten we uit andere onderzoeken dat de duur van de zorg positief samenhangt met effect. Daar moet

wel bij opgemerkt worden dat deze samenhang niet wil zeggen dat een steeds langere duur van zorg tot een steeds beter resultaat leidt (zie o.a. Shadish, 2000; Vermande, Faber & Hutschemaekers, 1997). In een eventueel vervolgonderzoek zou deze factor verder onderzocht kunnen worden, door middel van zowel literatuuronderzoek als praktijkonderzoek.

3.5 Samenvatting

Residentiële jeugdzorg omvat veel verschillende typen zorg voor jeugdigen: welke aanpak werkt daar nu wel en welke niet? Uit onderzoek blijkt dat kwalitatief goede orthopedagogische basiszorg onder andere wordt gekenmerkt door: aandacht voor de normale ontwikkeling van jeugdigen, oog voor de fysieke gezondheid van jeugdigen, aandacht voor de jeugdige als individu, een veilige omgeving, aandacht voor het gezin van herkomst, screening van het personeel en vertrouwelijkheid en toegang tot informatie. Daarnaast is er onderzoek beschikbaar naar de effecten van residentiële jeugdzorg voor jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen of gedragsstoornissen en delinquent gedrag. Effectieve zorg en hulp wordt geboden in instellingen met de volgende kenmerken: naast verblijf individuele en/of groepsinterventies, cognitief gedragstherapeutische interventies, passend onderwijs dat de jongere volhoudt, betrekken en behandelen van ouders en gezin, zorgvuldige nazorg en kleinschalige (gezins-)huizen met grondige gedragsmatige aanpak (TFH). 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.

De groepsgrootte is een van de factoren die invloed lijkt te hebben op de kwaliteit en de effectiviteit van de residentiële hulpverlening aan jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek. Er is echter weinig onderzoek verricht naar de daadwerkelijke invloed van de groepsgrootte op de kwaliteit en effectiviteit van de geboden residentiële zorg (Harder & Knorth, 2007). Er zijn wel aanwijzingen dat de kwaliteit en de uitkomsten van de residentiële zorg vergroot kunnen worden door een afname van de groepsgrootte tot zes tot acht jeugdigen (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010). Voordelen van kleine groepen zijn: minder stimuli / stress, betere relatievorming tussen de jeugdigen, meer individuele aandacht voor de jeugdigen, minder noodzaak tot strenge regelgeving, minder kans op deviantietraining en minder groepsopvoeders, waardoor er sprake is van meer continuïteit en minder inconsequenties.

Naast de grootte van de leegroepen, zijn er nog andere factoren die de effectiviteit van interventies voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen kunnen beïnvloeden (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010). Eén van de mogelijke factoren is de verhouding tussen het aantal medewerkers en het aantal jeugdigen in een leefgroep, ook wel de personeelsbezetting genoemd. Uit de gevonden literatuur is gebleken dat er voldoende personeel per jeugdige moet zijn om de veiligheid in de leefgroep te kunnen waarborgen. Over de meest wenselijke verhouding tussen het aantal personeelsleden per kind is echter weinig informatie te vinden (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010). Wel is bekend dat het inzetten van meer personeel per jeugdige niet automatisch tot betere uitkomsten bij het kind leidt. Er zijn allerlei andere factoren die de samenhang tussen personeelsbezetting en de uitkomsten bij het kind zouden kunnen beïnvloeden, zoals de vaardigheden van het personeel, de coaching van het personeel en supervisie.

4. Doelgroep A: onderbouwing voor pakket van zorg

4.1 Wat is doelgroep A?

Op basis van de doelgroepenanalyse is doelgroep A⁸ geformuleerd als jeugdigen die behoefte hebben aan een perspectiefbiedende opvoedingssituatie, die rekening houdt met (of indien nodig behandeling biedt voor) internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen en/of hechtingsproblemen (ten gevolge van een instabiele gezinssituatie, problemen van ouders, verwaarlozing en/of mishandeling).

Om te illustreren welke cliënten behoren tot doelgroep A zijn hieronder enkele voorbeelden van problemen en hulpvragen beschreven (afkomstig uit de doelgroepenanalyse):

Meisje, leeftijd 15;3, etniciteit Niet-westers

Kern problematiek: Deze jeugdige is opgegroeid binnen Roma cultuur, ze verblijft sinds 3 jaar in Nederland. Ze werd verkocht aan een Nederlands gezin, waar ze mishandeld en misbruikt is. Er is sprake van traumatische ervaringen en hechtingsproblematiek, ze heeft overlevingsgedrag ontwikkeld. Haar contactname is inadequaar, kenmerkt zich door aantrekken en afstoten. Ze is claimend en aandachtsbehoefstig. Het meisje is seksueel inadequaar actief, ze is ongewenst zwanger geweest. Ze laat eigenzinnig grensoverschrijdend gedrag zien en accepteert geen sturing of gezag. Het meisje heeft een ontwikkelings- en taalachterstand en ze is cognitief beperkt. Ze heeft onvoldoende eigenheid.

Hulpvraag: Ze heeft duidelijke kaders, waarbinnen ze veiligheid en steun ervaart, een hernieuwd vertrouwen in haar omgeving kan ontwikkelen, individuele ondersteuning gericht op het verwerken van de traumatische gebeurtenissen, ze aan eigenheid en zelfvertrouwen kan winnen, vaardigheden ontwikkelt om haar mogelijkheden waar te maken en op adequate wijze contacten aan te gaan en te onderhouden. Leren verantwoordelijkheid te nemen voor haar handelen en mogelijkheden ontdekken zelf invloed te hebben op haar situatie. Waar mogelijk komen tot herstel van familierelaties en haar voorbereiden op en ondersteunen in het mogelijk maken van een verder verzelfstandigingsproces.

Meisje, leeftijd 7;3, etniciteit Nederlands

Kern problematiek: Kind is ernstig getraumatiseerd. Er is in haar verleden sprake geweest van zware verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik. Hierdoor is zij dermate ernstig beschadigd dat er risico's zijn voor haar persoonlijkheidsontwikkeling.

Hulpvraag: Allereerst stabiliseren van gedrag, verwerken van haar traumatische verleden, vertrouwen krijgen in anderen, zich gewaardeerd voelen, er mogen zijn en het creëren van een toekomstperspectief.

Jongen, leeftijd 12;1, etniciteit Niet-westers (Afrika)

Kern problematiek: Jeugdige is een bovengemiddeld intelligente jongen, die problematiek heeft ontwikkeld ten gevolge van een onveilig en chaotisch opvoedingsklimaat in zijn vroege kinderjaren. Het gedrag is ADHD-achtig, er is sprake van ongeremde boosheid en een beperkte impulscontrole met daarbij sterke compulsieve karaktertrekken. Het pleeggezin ervaart problemen bij het opvoeden en het niet accepteren van de pleeggezinplaatsing door de biologische ouders.

Hulpvraag: Behoefte aan een veiligheid en duidelijkheid in zijn leefomgeving waarin kind zich geaccepteerd en serieus genomen voelt. Behoefte aan vertrouwen krijgen in anderen en in zichzelf. Behoefte aan het hanteren van loyaliteitsgevoelens. Behoefte aan duidelijkheid en veiligheid pleeggezin waardoor kind teruggeplaatst wordt in pleeggezin.

⁸ Doelgroep A is in de panelsessie besproken als doelgroep 4a

Deze doelgroepbeschrijving herkennen de panelsessiedeelnemers ten dele. Het is de vraag of de internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen die de jeugdigen hebben altijd het gevolg zijn van een instabiele opvoedings situatie of dat hier ook sprake is van kindeigen problematiek. Centraal bij deze doelgroep staat de vraag om een perspectief biedende voorziening waar zij mogen wonen en waar jeugdigen specifieke opvoeding ontvangen die rekening houdt met de internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van de jeugdigen. Deze jeugdigen kunnen niet meer thuis wonen als gevolg van de ernst van de problematiek van ouders en/of de ernst van de problematiek in de relatie tussen het kind en de ouders.

Deze doelgroep woont enerzijds in gezinshuizen en anderzijds in longstay- of leefgroepen. In een longstaygroep wonen jeugdigen die als gevolg van hechtingsproblematiek moeite hebben met een te grote nabijheid van gezinshuisouders en die behoefte hebben aan benadering waarbij bewust wordt omgegaan met de balans 'afstand-nabijheid' door een team van pedagogisch medewerkers. Daarnaast worden jeugdigen waarbij ouders plaatsing in een gezinshuis niet accepteren geplaatst in een longstay- of leefgroep. Tenslotte wonen jeugdigen van 15 jaar of ouder vaker in een leefgroep dan in een gezinshuis, aangezien voor deze leeftijdsgroep minder gezinshuisplaatsen beschikbaar zijn.

4.2 Wat werkt bij doelgroep A: evidence based kennis

Voor doelgroep A zijn allereerst de werkzame elementen van residentiële jeugdzorg uit hoofdstuk drie van toepassing. Daarnaast is specifiek voor deze groep de kennis over werkzame kennis over gezinshuizen van toepassing (zie hoofdstuk 3). Naast deze kennis is er binnen de dossiers van het Nederlands Jeugdinstituut nagegaan welke kennis er al beschikbaar is over effectieve interventies en specifiek werkzame factoren voor doelgroep A. De gevonden kennis heeft betrekking op de kennis over wat werkt in/bij: angst- en stemmingsproblemen, gedragsproblemen, hechtingsproblemen en mishandeling.

Wat werkt bij jeugdigen met angst- en stemmingsproblemen?

Angst- en stemmingsproblemen zijn te voorkomen door de oorzaken in een vroeg stadium van de ontwikkeling van jeugdigen weg te nemen (Mutsaers, 2009). Zijn er al problemen, dan is het van belang ze gericht aan te pakken. Gebeurt dat niet, dan kunnen angst- en stemmingsproblemen veranderen in stoornissen. Interventies die gericht zijn op het verminderen van angst- en stemmingsproblemen zijn bedoeld voor jeugdigen die angst- of stemmingsproblemen hebben maar (nog) niet voldoen aan de criteria voor een stoornis. De interventies bestaan meestal uit cognitief-gedragstherapeutische groepscursussen voor de jeugdigen. Uit onderzoek blijkt dat deze cursussen positieve effecten kunnen hebben op angst- en stemmingsproblemen.

Op basis van de literatuur zijn er werkzame factoren aan te wijzen die aantoonbare positieve effecten kunnen hebben op angst- en stemmingsproblemen of daarmee samenhangende risicofactoren:

- het trainen van ouders in opvoedingsvaardigheden;
- gezinsinterventies bij ouders met een angst- of stemmingsstoornis;
- cognitief-gedragstherapeutische groepstraining voor jeugdigen met een verhoogd risico op angst- of stemmingsproblemen;
- cognitief-gedragstherapeutische groepstraining voor jeugdigen vanaf ongeveer 10 jaar die al angst- of stemmingsproblemen hebben.

Wat werkt bij jeugdigen met gedragsproblemen?

Wanneer jeugdigen gedragsproblemen hebben, zijn die aan te pakken door (Boendermaker & De Baat, 2010):

- training van de opvoedingsvaardigheden van hun ouders;
- training van hun sociaal-cognitieve vaardigheden, liefst in combinatie met het trainen van de opvoedingsvaardigheden van hun ouders;
- gezinsinterventies, en
- interventies op school.

Cruciaal in alle interventies is de aandacht voor ouders en andere opvoeders. De interventies die door Boendermaker en De Baat (2010) worden beschreven, hebben dan ook bijna allemaal de rol van de ouders als uitgangspunt. Bij de interventies op school worden niet alleen de jeugdigen maar ook de leerkrachten getraind. Bovendien hebben trainingen voor jeugdigen zelf meer resultaat als ook hun ouders getraind worden.

De meeste oudertrainingen zijn in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw voor het eerst ontwikkeld. Volgens Patterson (1995) is er vele jaren vanuit verschillende hoeken gewerkt aan het ontwikkelen van trainingen speciaal voor opvoedingsvaardigheden van ouders. Nadat uit onderzoek duidelijk is geworden dat gedrag van ouders inderdaad het gedrag van hun kinderen kan veranderen, is er de laatste tijd ook meer aandacht gekomen voor de invloed van de gedragsverandering van ouders op de broertjes en zusjes van het 'probleemkind'. Ook hun gedrag blijkt te verbeteren.

Inmiddels krijgt ook de invloed van deviante vrienden meer aandacht. In PMT komt sinds enige tijd nadrukkelijk aan de orde hoe ouders de omgang van hun kind met deviante leeftijdsgenoten kunnen ontmoedigen en de tijd die hij doorbrengt met niet-deviante vrienden kunnen belonen. Jarenlang onderzoek naar oudertrainingen bevestigt dat een gezin als systeem functioneert. Veranderingen in het gedrag van één persoon hebben tot gevolg dat een groot deel van de sociale omgeving ook anders gaat reageren. Patterson verwacht dat daardoor een nieuwe generatie van oudertrainingen ontstaat, met bredere uitkomsten.

Op basis van wetenschappelijk onderzoek zijn er werkzame factoren in interventies bij gedragsproblemen geformuleerd. Specifiek werkzame factoren voor gedragsproblemen zijn:

- het trainen van ouders in opvoedingsvaardigheden, waaronder sensitiviteit;
- het bieden van cognitief gedragstherapeutische training aan jeugdigen, gericht op het verbeteren van zelfcontrole en agressieregulatie;
- bij kinderen: zoveel mogelijk combineren van het trainen van ouder én kind;
- bij adolescenten: naast training van de jongere zelf ook interveniëren in het gezin;
- bij ouders die naast gebrekkige opvoedingsvaardigheden ook andere problemen hebben: inzet van gezinsinterventies waarin naast het trainen van opvoedingsvaardigheden ook aandacht is voor communicatie tussen ouders, voor praktische en financiële problemen en eigen problemen van de ouders;
- inzet van interventies op school, waarin náást training van het kind ook sprake is van training van leerkrachten in positief klassenmanagement.

Wat werkt bij jeugdigen met hechtingsproblemen?

Deze paragraaf gaat over de behandelingsmogelijkheden van jeugdigen met hechtingsproblemen. Naast interventies die specifiek op hechtingsproblemen gericht zijn, komen ook interventies in aanmerking die gericht zijn op de problemen die jeugdigen mede als gevolg van de hechtingsproblemen laten zien, van belang. Dit betreft vooral oudertrainingen en sociaal-cognitieve trainingen voor de jeugdigen (Konijn, Cavelaars & Boendemaker, 2003).

Hechtingsproblemen

Bij hechtingsproblemen wordt vaak de Holding-methode gebruikt. Holding is het vasthouden van een kind door een of twee therapeuten (of een ouder) waarbij het hoofd van het kind op de schoot van de behandelaar ligt. Hierdoor is lichamelijke aanraking en oogcontact mogelijk. Holding is een controversiële vorm van behandeling. Volgens O'Connor & Zeanah (2003) is er tot op heden geen systematisch bewijs van de werkzaamheid van deze behandeling voor hechtingsproblemen.

Vanuit de gehechtheidtheorie gedacht is het ten eerste belangrijk de sensitiviteit, de gevoeligheid van de ouders voor het kind te verhogen. Ten tweede kan het belangrijk zijn het beeld van de moeder over haar relatie met haar ouders te reconstrueren om vervolgens haar relatie met haar kind opnieuw te definiëren. Ten derde is het belangrijk dat angstige risicomoders worden ondersteund door minder angstige moeders. Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn & Juffer (2003) voerden een meta-analyse uit naar drie typen interventies. De conclusie is dat interventies met de volgende kenmerken het meest effectief zijn:

- interventies met minder dan vijf behandelsessies (heel intensieve en langdurende interventies hebben een betrekkelijk klein en soms zelfs negatief effect);
- interventies die ondersteund worden met video;
- interventies die gericht zijn op ouders van jeugdigen ouder dan 6 maanden (dit is tegen de verwachting dat hoe eerder men erbij is, hoe groter het effect is, in. Veel interventies richten zich al op zwangere moeders);
- interventies zonder persoonlijk contact (via video, werkboek of het uitreiken van zachte babydragers).

Sociaal-cognitieve trainingen

Het is zinnig om behalve naar behandelingen die direct gericht zijn op de hechtingsproblemen en op de opvoedingsvaardigheden van ouders te kijken naar behandelingen gericht op de sociale en cognitieve problemen die eraan ten grondslag liggen en ermee gepaard gaan. Jeugdigen met hechtingsproblemen worden vaak afgewezen door leeftijdgenootjes en hebben moeite om vriendschapsrelaties aan te gaan. Hierbij helpt over het algemeen een training sociale vaardigheden en een training probleemoplossende vaardigheden, het vergroten van het emotionele inzicht van het kind en het leren aangaan van relaties met leeftijdgenoten. Voor de training probleemoplossende vaardigheden bestaat overigens meer bewijs van werkzaamheid dan voor de training sociale vaardigheden.

Wat werkt bij mishandelde jeugdigen?

Er is een grote variëteit aan behandelingsvormen voor mishandelde jeugdigen, van licht ambulante hulp tot intensieve klinische behandeling (Mutsaers, 2008). Veel behandelingen zijn gebaseerd op cognitief-gedragsmatige uitgangspunten en de effectiviteit van de behandelingen is meerdere malen aangetoond.

Wat betreft hulpverlening aan de ouders is bij fysieke mishandeling training in positieve opvoedingsvaardigheden, woedebeheersing en stressmanagement een van de meest effectieve benaderingen. Daarnaast blijkt het gebruiken van cognitief-gedragsmatige technieken over het algemeen effectief. Wat betreft de behandeling van plegers van seksueel misbruik is nog

onvoldoende bekend welk type behandeling bij welke pleger het meest effectief is. Aandachtspunten in de behandeling zijn vaak de motivatie en innerlijke remmingen van de pleger en het nemen en uitspreken van verantwoordelijkheid. Hulp aan de niet-misbruikende ouder richt zich op het verminderen van de eigen problemen en op het beschermen van het kind. Cognitieve gedragstherapie kan daarbij positieve effecten hebben.

Veel hulpverlening na kindermishandeling bestaat uit een combinatie van behandeling van de ouder en het kind (parallelbehandeling) waarbij de ouder- en kindbehandeling elkaar aanvullen. Ook in Nederland zijn dergelijke programma's beschikbaar en hebben positieve effecten. Hulpverlening aan het gezin moet bij fysieke kindermishandeling vooral gericht zijn op het 'ombuigen' van het gevaarlijke gedrag van ouders. Bij verwaarlozing gaat het er vooral om ouders te leren dat hun gedrag ertoe doet. Bij seksueel misbruik zijn het voorkomen van hernieuwd misbruik en het instellen van nieuwe regels rondom veiligheid en privacy belangrijke doelen.

Als er sprake is van mishandeling, dan blijkt een multimodale aanpak in de vorm van een onderling samenhangend hulpaanbod, gericht op meerdere systemen, op basis van een gemeenschappelijke visie, analyse en behandelingsplanning het meest effectief.

4.3 Wat werkt bij doelgroep A: practice based kennis

De panelsessiedeelnemers herkennen de wat-werkt-kennis die beschikbaar is voor deze doelgroep. Wat betreft de invulling van *de orthopedagogische basiszorg* geven zij aan dat het belangrijk is dat er voor deze doelgroep een veilige omgeving gecreëerd wordt, waarin jeugdigen zich kunnen ontwikkelen en waar zij langere tijd mogen wonen. Continuïteit in de relatie tussen jeugdige/gezin en pedagogisch medewerkers of gezinshuisouders is daarbij van groot belang. Deze doelgroep heeft daarbij behoefte aan structuur en een passende balans in afstand en nabijheid tussen opvoeder en kind, als gevolg van hechtingsproblemen en/of hechtingsstoornissen bij de jeugdigen. Met name de opvoeding van oudere jeugdigen vraagt daarbij om een goede balans tussen het bevorderen van de autonomie van de jeugdigen en het bieden van bescherming.

Specifiek *orthopedagogisch handelen en interventies* richten zich op het volledige gezinssysteem, ouders en het kind apart. Het is belangrijk dat biologische ouders, ook wanneer een kind niet meer thuis zal wonen, een permanente rol in de begeleiding en opvoeding van het kind blijven vervullen en hiertoe ondersteuning ontvangen. Bij interventies gericht op de eigen problemen van de jeugdige ligt de nadruk op het versterken van de krachten en kansen van het kind en op het bieden van een perspectief. Voor deze doelgroep is het van belang dat er een goede afstemming is tussen het proces van ouders en de begeleiding die zij zelf ontvangen (regelmatig ook voor eigen problematiek), het proces van het kind en het gezamenlijke proces van ouders en kind. Het effect van de residentiële jeugdzorg aan deze doelgroep hangt sterk samen met deze voortdurende afstemming. Wanneer biologische ouders het gezinshuis als plaats voor hun kind accepteren, ontstaat er bij het kind ruimte zich te ontwikkelen en nieuwe vaardigheden te leren. Tenslotte wordt het belang benadrukt van het uitbreiden en versterken van het sociale netwerk van de jeugdige.

Het werken met deze doelgroep (de jeugdige en zijn gezinssysteem) vraagt ondersteuning van pedagogisch medewerkers en in het bijzonder van gezinshuisouders, waarin kennisoverdracht plaatsvindt over de verschillende problemen van jeugdigen en de meest effectieve aanpak hiervoor.

Op basis van de evidence based en practice based kennis bevat een minimaal pakket van zorg voor deze doelgroep de volgende bestanddelen:

Werkzame bestanddelen

- Blijvend contact tussen jeugdige en biologische ouders;
- Langdurig verblijf in gezinshuis: mogelijkheid om langdurig een opvoedingsrelatie aan te gaan met een kind;
- Het bieden van opvoeding en orthopedagogische basiszorg gericht op het bevorderen van de normale ontwikkeling van jeugdigen;
- Specifiek orthopedagogisch handelen, gericht op het verminderen van internaliserende en externaliserende problemen;
- Begeleiding van biologische ouders gericht op blijvend vervullen van de opvoedersrol;
- Begeleiding van biologische en gezinshuisouders gericht op wederzijdse acceptatie;
- Versterken sociale netwerk en aanboren van nieuw sociaal netwerk;
- Nazorg en aansluitend vervolgtraject.

Interventies (op aparte indicatie jeugdhulp of jeugdhulp thuis):

Aanvullend op het gezinshuis de mogelijkheid om verschillende therapieën in te kunnen zetten vanwege emotionele problematiek van de jeugdigen, zoals speltherapie, cognitieve therapie, creatieve therapie.

Voorwaardelijk:

- Goede selectie van gezinshuisouders / pedagogisch medewerkers
- Goede matching van gezinshuisouders en jeugdigen
- Intensieve begeleiding van gezinshuisouders / pedagogisch medewerkers bij het omgaan met:
 - o loyaliteitsproblemen
 - o jeugdigen in verschillende ontwikkelingsfasen
 - o individuele problemen van jeugdigen
 - o eigen emoties en frustraties van gezinshuisouders
- Ontlasting van gezinshuisouders door het koppelen van een logeerhuis aan een gezinshuis of inzet van extra pedagogisch medewerker

4.4 Consequenties minimaal pakket van zorg: groepsgrootte, personeelsbezetting en bekostigingseenheden

Om de werkzame principes voor residentiële jeugdzorg in het algemeen en bovenstaande onderdelen in het bijzonder kwalitatief goed en effectief te kunnen uitvoeren, is met de panelsessiedeelnemers besproken welke consequenties de gegevens uit de literatuur hebben voor de groepsgrootte en personeelsbezetting. Daarnaast is gekeken onder welke bekostigingseenheden de zorg aan deze doelgroep gerangschikt moet worden.

Groepsgrootte

In de steekproef voor deze doelgroep is een leeftijdsrange gevonden van 7,3 tot 16,9 jaar. De groepsgrootte in gezinshuizen wordt voor deze doelgroep niet beïnvloed door de leeftijdsfase. De maximale groepsgrootte in een gezinshuis ligt voor alle leeftijdscategorieën op 4 jeugdigen. In de longstay- of leefgroepen ligt de groepsgrootte tussen de 6 en 8 jeugdigen. Daarbij geven panelsessiedeelnemers aan dat met name in de jongere leeftijdscategorie (0-12 jaar) de nadruk meer ligt op een groepsgrootte van 6 jeugdigen en bij de oudere leeftijdscategorie (12-18 jaar), de nadruk meer verschuift naar een groepsgrootte van 8 jeugdigen. Voor de berekening van de

kostprijs kan voor beide leeftijdscategorieën gerekend worden met een gemiddelde groepsgrootte van 7 jeugdigen.

Personeelsbezetting en weekrooster

De bezetting die nodig is om kwalitatief goede en effectieve zorg te leveren is weergegeven in tabel 4.1:

Tabel 4.1. Personeelsbezetting en weekrooster voor doelgroep A

Leeftijd	Gezinshuis	Longstay- of leefgroep	Weekrooster
0-12 jaar	Bezetting 1 fte + 18 uur pedagogisch medewerker	Bezetting Dubbele dienst: 7.00-9.00 uur 15.00-21.00 uur, woensdag en weekenden plus 2 uur. Enkel: overige uren (20 uur per dag) Slaapdienst: pedagogisch medewerker	188 uur
12-18	Bezetting 1 fte + 18 uur pedagogisch medewerker	Bezetting Dubbele dienst: 15.00-23.00 uur, woensdag en weekenden plus 2 uur. Enkel: overige uren (20 uur per dag) Slaapdienst: pedagogisch medewerker	188 uur

Het uitvoeren van de werkzame principes voor residentiële jeugdzorg in het algemeen en het minimaal pakket van zorg voor doelgroep A in het bijzonder vraagt in longstay- of leefgroepen om een dubbele bezetting op de momenten dat alle jeugdigen in huis zijn. In de leeftijdscategorie van 0-12 jaar betekent dit een dubbele bezetting tijdens het ontbijt en vertrek naar school (7.00-9.00 uur) en 's middags na schooltijd tot bedtijd (15.00-21.00 uur). Voor de jeugdigen ouder dan 12 jaar is de dubbele bezetting in de avonden langer (tot 23.00 uur) vanwege de latere bedtijden. Voor deze jeugdigen volstaat een enkele dienst in de ochtenduren. De tijden van dubbele bezetting zijn echter flexibel, afhankelijk van de leeftijd van de op enig moment aanwezige jeugdigen. Per saldo is er dan geen verschil in de inzet van uren.

In de longstay- of leefgroepen vraagt bovenstaande werkwijze om een weekrooster van 188 uur per week. Met deze uren kunnen de aangegeven diensten ingevuld worden. Daarbij is rekening gehouden met de uitvoering van een aantal kwaliteitsactiviteiten (zie hoofdstuk 9) maar nog niet met de tijd voor teamoverleg. In hoofdstuk 9 wordt verder ook berekend hoeveel personeelsinzet nodig is om het benodigde weekrooster te kunnen invullen.

De formatie in een gezinshuis bedraagt 1 fte. Daarnaast is gemiddeld 18 uur per week inzet van een pedagogisch medewerker vereist, ter vervanging tijdens vrije avonden, weekenden en vakanties.

Bekostigingseenheden

Wat betreft terminologie kan de zorg voor deze doelgroep het beste gekoppeld worden aan VF4 'Behandelgroep gezinshuis' en VF6 'Behandelgroep'. De bekostiging van deze eenheden is echter niet in overeenstemming met de minimaal benodigde personele inzet voor het leveren van kwalitatief goede en effectieve zorg.

Inzet van VF4 of VF6 bij deze doelgroep is standaard gekoppeld aan JH2A 'ambulante specialistische hulp'. De invulling van deze jeugdhulp is afhankelijk van de problematiek van de jeugdige. Daarnaast wordt voor deze doelgroep op indicatie jeugdhulp op locatie van de zorgaanbieder ingezet. Dit kan zowel individuele als groepsgerichte jeugdhulp betreffen.

4.5 Knelpunten in de uitvoering

Een knelpunt in de hulpverlening aan doelgroep A is het bieden van langdurige zorg. Een deel van deze jeugdigen heeft vaak al een of meerdere residentiële plaatsingen achter de rug, waar behandeling centraal staat. Daarnaast is een aantal jeugdigen geplaatst geweest in een of meerdere pleeggezinnen. De jeugdige heeft nu de ruimte nodig om te mogen wonen en zich verder te ontwikkelen. In de praktijk blijkt er ook voor deze doelgroep soms nog druk te liggen op het verkorten van de verblijfsduur of op hernieuwde pogingen tot plaatsing in een pleeggezin. Voor deze jeugdigen is garantie op een woonperspectief van groot belang om zich positief te kunnen ontwikkelen.

De uitvoering van de hulpverlening binnen gezinshuizen vraagt om flexibel kunnen toepassen van wetten en regelgeving rond arbeidstijdenwetten, afspraken binnen de CAO en dergelijke. Het is niet eenvoudig om de hulpverlening binnen een gezinshuis vorm te geven binnen de huidige regelgeving en afspraken.

5. Doelgroep B: onderbouwing voor pakket van zorg

5.1 Wat is doelgroep B?

Op basis van de doelgroepenanalyse is doelgroep B⁹ geformuleerd als jeugdigen met ernstige internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen en/of hechtingsproblemen (ten gevolge van een instabiele gezinssituatie, problemen van ouders, verwaarlozing en/of mishandeling) die behoefte hebben aan een woonvoorziening met een specialistisch opvoedingsklimaat, rekening houdend met en waarin gerichte behandeling wordt geboden voor kindeigen problemen en stoornissen (o.a. ADHD, NLD, PDD-NOS, ODD). Een aantal jeugdigen heeft geen netwerk waar zij op terug kunnen vallen. Hierbij dient er dus aandacht te zijn voor het opbouwen van een netwerk. Bij een beperkt aantal jeugdigen is er sprake van een 'tegenwerkend netwerk'. De ouders hebben de plaatsing (nog) niet geaccepteerd; hierbij zouden activiteiten ondernomen moeten worden om (a) de ouders te helpen die plaatsing wel te accepteren en (b) de jeugdigen te ondersteunen bij het omgaan met loyaliteitsproblemen die het niet accepteren van de plaatsing door de ouders met zich meebrengt.

Om te illustreren welke cliënten behoren tot doelgroep B zijn hieronder enkele voorbeelden van problemen en hulpvragen beschreven:

Jongen, leeftijd 15;9, etniciteit Nederlands.

Kern problematiek: Bij de jeugdige is sprake van PDD-NOS problematiek, wat zich ondermeer uit in beperkte sociale en oplossingsvaardigheden en moeite met veranderingen. Mede als gevolg van traumatische ervaringen in het verleden en een onstabiele gezinssituatie, zijn er tevens problemen op het gebied van emotieregulatie en agressie. De relatie met zijn vader was problematisch en is verbroken.

Hulpvraag: Er is psychodiagnostisch onderzoek aangevraagd om een beter zicht te krijgen op de problematiek. Bij zowel de jeugdige als vader bestaat de behoefte om de relatie te herstellen.

Meisje, leeftijd 10;11, etniciteit Niet-westers (Afrika).

Kern problematiek: Deze jeugdige heeft te maken met ernstige psychiatrische problematiek. Ze heeft een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en psychotische kenmerken. Er is sprake van een reactieve hechtingsstoornis als gevolg van een affectieve en pedagogische verwaarlozing. Ze heeft zelf aangegeven mishandeld te zijn door ouders en geen contact met ze te willen. Ze heeft een cognitieve achterstand van minimaal 1,5 jaar.

Hulpvraag: Behoefte aan veiligheid en duidelijkheid in een leefomgeving waarin kind zich geaccepteerd voelt; vertrouwen krijgen in anderen en in zichzelf; zich gewaardeerd voelen; er mogen zijn; behoefte aan gestructureerd en inperkend klimaat; creëren van een toekomstperspectief.

⁹ Doelgroep B is in de panelsessie besproken als doelgroep 4b

Jongen, leeftijd 13;10, etniciteit Nederlands.

Kern problematiek: Jeugdige met internaliserend probleemgedrag als gevolg van kindeigen problematiek (ADD/hechtingsstoornis/laaggemiddeld IQ) en jarenlange instabiele en emotioneel en fysiek onveilige gezinssituatie met persoonlijke problematiek moeder, problematische ouder-kind en gezinsrelaties en wisselende opvoedingssituaties.

Hulpvraag: Behoeftte aan medicatie, aan passende vorm van onderwijs en aan vervangende opvoedingssituatie die rekening houdt met internaliserend gedrag en waarbij aandacht is voor verwerking.

De panelessiedeelnemers herkennen de doelgroep, zoals die naar voren komt uit het doelgroepenonderzoek. Aanvullend wordt opgemerkt dat bij de meerderheid van de jeugdigen de problematiek zich niet beperkt tot één stoornis. Vaak is sprake van comorbiditeit en heeft de jeugdige twee of meer stoornissen. Bij de meeste jeugdigen is in ieder geval sprake van hechtingsproblematiek.

Kenmerkend voor de gezinnen van deze doelgroep is dat er vaak sprake is van intergenerationele problemen en dat er bij gezinnen vaak sprake is van problemen op meerdere terreinen (multi-probleemgezinnen). Een groot deel van de ouders van deze doelgroep heeft zelf een chronische zorgbehoefte. Tenslotte is een kenmerk van een deel van deze ouders, dat ze notoire zorgmijders zijn.

Tenslotte wordt opgemerkt dat deze doelgroep niet of beperkt voorkomt in de jeugd-GGZ. Als ze al in aanraking komen met de jeugd-GGZ, dan is dit meestal voor diagnostisch onderzoek of kortdurende hulp. Vanwege de ernstige externaliserende gedragsproblematiek die deze doelgroep vertoont, wordt deze doelgroep vaak snel doorverwezen naar de jeugdzorg. Daarbij is het nog wel mogelijk dat de jeugdigen een ambulante module volgen die verzorgd wordt door de jeugd-GGZ.

5.2 Wat werkt bij doelgroep B: evidence based kennis

Voor doelgroep B zijn allereerst de werkzame elementen van residentiële jeugdzorg uit hoofdstuk drie van toepassing. Naast deze algemene kennis over de residentiële jeugdzorg, is er binnen de dossiers van het Nederlands Jeugdinstituut nagegaan welke kennis er al beschikbaar is over effectieve interventies en specifiek werkzame factoren voor doelgroep B. De gevonden kennis heeft betrekking op de kennis over wat werkt bij: ADHD, autismespectrumstoornissen, angst- en stemmingsproblemen, angststoornissen, depressie, gedragsproblemen, gedragsstoornissen, hechtingsproblemen en mishandeling.

Wat werkt bij jeugdigen met ADHD?

Symptomen van ADHD kunnen het beste worden behandeld met medicatie (methylfenidaat, zoals Ritalin of Concerta) (Kalsbeek, A., Holter, N., & Boendermaker, L., 2009). (Cognitieve) gedragstherapie is het meest voorkomende alternatief, al dan niet in combinatie met medicijnen. 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 onderzoek gedaan, maar hierover is nog weinig bekend.

Doelen van de behandeling

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, en
- het informeren van jeugdigen, ouders en leerkrachten over ADHD.

Psychosociale interventies

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 jeugdigen zijn (cognitieve) gedragstherapie en socialevaardigheidstraining.

Combinatie van behandelingen

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.

Wat werkt bij jeugdigen met autismespectrumstoornissen (ASS)?

Autisme wordt beschouwd als een ontwikkelingsstoornis met een neurologische oorzaak (Elderman en Van den Braak, 2007). De hersenen van mensen met autisme functioneren daardoor anders; in het bijzonder de perceptie van de sensorische waarnemingen. Hierdoor bestaan hun waarnemingen uit losse fragmenten die voor hen vaak niet de verbanden hebben die voor anderen vanzelfsprekend zijn. Mensen met een autisimestoornis hebben beperkingen in de sociale interactie, beperkingen in verbale en non-verbale communicatie en beperkingen in het verbeelding- en voorstellingsvermogen.

Tabel 5-1. Overzicht veelbelovende interventies voor jeugdigen met ASS

Algemeen
Voorwaarden: <ul style="list-style-type: none"> - Vroegtijdig diagnose (ASS) en direct daarna start interventie - Intensief interventieprogramma (12 maanden per jaar) - Elk kind een individueel afgestemd interventieplan - Afstemming en samenwerking tussen de betrokken professionals en tussen professionals en het gezin - Planmatige overgang van dagverblijf naar de basisschool
Voor het kind
Kenmerken van het onderwijsprogramma: <ul style="list-style-type: none"> - Voldoende aandacht in een-op-een instructie met een volwassene of in een kleine groepsinstructie - De mogelijkheid ander aanbod te volgen - De mogelijkheid anderen te imiteren - Gerichtheid op gebruik/begrip van taal (communicatie) - Op passende wijze leren spelen met speelgoed - Stimulering van sociale interactie (sociaal interactieve trainingen: zie ook leerstrategieën hierboven) - Functionele benadering van gedragsproblemen: werken aan betrokkenheid en onafhankelijkheid
Leeromgeving wordt gekenmerkt door: <ul style="list-style-type: none"> - Gebruik van generalisatiestrategieën: kind komt in contact met verschillende pedagogisch medewerkers en hetzelfde speelgoed wordt in verschillende settings aangeboden - Een groepsklimaat waarin alle jeugdigen betrokken zijn (leren door het observeren van en spelen met anderen) - Voorspelbaarheid en routine: een strak dagschema en instructie gedurende de dagelijkse activiteiten
Voor het gezin
<ul style="list-style-type: none"> - Kennis en ervaring van de ouders over het kind worden gebruikt bij het opstellen van het interventieplan. Soorten steun aan ouders en gezin: <ul style="list-style-type: none"> - Emotionele steun - Materiële steun

Elderman en Van den Braak (2007) hebben een review uitgevoerd naar wat er werkt bij jeugdigen met autismespectrumstoornissen. Het merendeel van de studies die zij aanhalen, zijn voortgangsonderzoeken. Dergelijke onderzoeken tonen de vooruitgang in de problematiek van een kind aan, zonder dat is vastgesteld of de geconstateerde vooruitgang ook daadwerkelijk aan de interventie kan worden toegeschreven. De ingrediënten uit Tabel 5-1 op pagina 33 zijn dan ook nog niet bewezen effectief, maar wel veelbelovend omdat zij in meer of mindere mate bijdragen aan een positief resultaat bij de behandeling van jeugdigen met een autismespectrumstoornis.

Wat werkt bij jeugdigen met angst- en stemmingsproblemen?

Angst- en stemmingsproblemen zijn te voorkomen door de oorzaken in een vroeg stadium van de ontwikkeling van jeugdigen weg te nemen (Mutsaers, 2009). Zijn er al problemen, dan is het van belang ze gericht aan te pakken. Gebeurt dat niet, dan kunnen angst- en stemmingsproblemen veranderen in stoornissen. Interventies die gericht zijn op het verminderen van angst- en stemmingsproblemen zijn bedoeld voor jeugdigen die angst- of stemmingsproblemen hebben maar (nog) niet voldoen aan de criteria voor een stoornis. De interventies bestaan meestal uit cognitief-gedragstherapeutische groepscurssussen voor de jeugdigen. Uit onderzoek blijkt dat deze cursussen positieve effecten kunnen hebben op angst- en stemmingsproblemen.

Op basis van de literatuur zijn er werkzame factoren aan te wijzen die aantoonbare positieve effecten kunnen hebben op angst- en stemmingsproblemen of daarmee samenhangende risicofactoren:

- het trainen van ouders in opvoedingsvaardigheden;
- gezinsinterventies bij ouders met een angst- of stemmingsstoornis;
- cognitief-gedragstherapeutische groepstraining voor jeugdigen met een verhoogd risico op angst- of stemmingsproblemen;
- cognitief-gedragstherapeutische groepstraining voor jeugdigen vanaf ongeveer 10 jaar die al angst- of stemmingsproblemen hebben.

Wat werkt bij jeugdigen met angststoornissen?

Nederlandse richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen bij jeugdigen bestaan niet (Mutsaers, 2009). Wel is onlangs de Amerikaanse 'Praktijkrichtlijn voor de diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten' in het Nederlands vertaald (Connolly 2008). Daarin staan aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van verschillende angststoornissen.

Cognitieve gedragstherapie

Uit onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie geschikter is voor de behandeling van angststoornissen bij jeugdigen dan ouderinterventies of psychodynamische therapie. Door cognitieve gedragstherapie leren jeugdigen met een angststoornis meer vaardigheden om hun angstsymptomen te beheersen. De basiscomponenten van de behandeling zijn onder meer psycho-educatie (informatie over de stoornis en de behandeling), vaardigheidstraining, cognitieve herstructurering (het bekijken, uitdagen en omzetten van angstige gedachten) en blootstelling waarbij het kind of de jongere langzaam maar zeker geconfronteerd wordt met datgene wat de angst oproept. Afhankelijk van de angststoornis krijgen verschillende onderdelen meer aandacht.

Meer onderzoek nodig

Cognitieve gedragstherapie blijkt bij angststoornissen van jeugdigen zowel op korte als lange termijn effectief. Maar de therapie blijkt bij het ene kind beter te werken dan bij het andere kind: na de behandeling heeft toch nog 20 tot 50 procent van de jeugdigen last van de angststoornis. Er is meer onderzoek nodig naar de rol van demografische en klinische factoren, zoals leeftijd, ernst van de klachten en de samenhang met andere aandoeningen of stoornissen. Uit enkele studies bleek bovendien dat psycho-educatie net zo effectief is als cognitieve gedragstherapie, dat wil zeggen: het informeren over kenmerken, oorzaken en verloop van angststoornissen. Tot slot is meer inzicht nodig in de werkzame factoren van cognitieve gedragstherapie, hoe die verband houden met verschillende angststoornissen en wat de effecten zijn van het toevoegen van oudertraining.

Andere psychotherapeutische behandelingen

Andere interventies die volgens de Amerikaanse Praktijkrichtlijn het overwegen waard zijn bij de behandeling van angststoornissen bij jeugdigen zijn psychodynamische therapie en interventies gericht op ouder en kind of gezin in combinatie met medicatie. In verschillende onderzoeken zijn positieve effecten van beide vormen gevonden, maar er is meer gecontroleerd onderzoek nodig om gerichte uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit.

Antidepressiva

Ook de behandeling met medicijnen is goed onderzocht en blijkt effectief bij verschillende angststoornissen, waaronder de gegeneraliseerde angststoornis, de sociale fobie en de separatieangststoornis. De praktijkrichtlijn beveelt bepaalde antidepressiva aan als medicijnen van eerste keuze (selectieve serotonineheropnameremmers, SSRI's). Er bestaan echter bedenkingen over de bijwerkingen en langetermijneffecten bij jeugdigen. In 2004 bracht de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) een waarschuwing van de zwaarste categorie uit. Behandelaren van jeugdigen die antidepressiva gebruikten, waaronder SSRI's, werd geadviseerd scherp in de gaten te houden of depressiviteit, geagiteerdheid of suïcidaliteit verergerden. De waarschuwing was gebaseerd op studies onder depressieve jeugdigen en niet op onderzoek onder jeugdigen met angststoornissen. Niettemin ontraadt ook in Nederland het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen het gebruik van SSRI's bij de behandeling van jeugdigen tot 18 jaar.

Wat werkt bij jeugdigen met depressie?

Welke behandeling werkt bij jeugdigen met een depressieve stoornis is afhankelijk van de vorm en ernst van de depressie (Mutsaers, 2009).

Waakzaam afwachten

Bij mildere vormen van depressie - zonder tekenen van suïcidaliteit of psychotische kenmerken - treedt vaak spontaan herstel op. Als de therapeut dit spontane herstel verwacht, of als het kind of de jongere niet openstaat voor behandeling, is 'waakzaam afwachten' een optie. Wanneer de depressie na vier weken waakzaam afwachten nog aanwezig is lijkt behandeling in de vorm van niet-specifieke ondersteunende psychotherapie raadzaam. Vaak is actief luisteren, steun geven of het kind of de jongere helpen met het oplossen van problemen voldoende.

Psychotherapie: beste keuze

Voor middelmatige tot ernstige depressies, of voor mildere vormen van depressies die niet overgaan met ondersteunende behandeling, is psychotherapie volgens de Amerikaanse en Britse praktijkrichtlijnen de eerste keuze. In de praktijk zijn de beste ervaringen opgedaan met cognitieve gedragstherapie voor jeugdigen en met interpersoonlijke therapie voor jeugdigen.

Antidepressiva: ontraden

Bij ernstige depressies kan (aanvullende) behandeling met antidepressiva nodig zijn. Over de werkzaamheid en mogelijke bijwerkingen van antidepressiva bij jeugdigen bestaat echter nog veel onduidelijkheid. Wel is bekend dat het gebruik van antidepressiva het risico op suïcidaal gedrag en vijandigheid kan vergroten. Daarom ontraadt het Nederlands College ter Beoordeling van Geneesmiddelen het gebruik van antidepressiva - en specifiek de zogenaamde SSRI's - voor de behandeling van jeugdigen onder de 18 jaar. Als antidepressiva toch nodig zijn, dan komt alleen de SSRI fluoxetine in aanmerking, omdat daarvan de effectiviteit voldoende is onderbouwd. Wel moet gecontroleerd worden of er suïcidale symptomen of andere bijwerkingen optreden. Onlangs is gebleken dat jongvolwassenen (tot 25 jaar) die antidepressiva slikken ongeveer een even groot risico lopen op suïcidaliteit en suïcidaal gedrag als jeugdigen.

Sint Janskruid: ook ontraden

Een combinatie van psychotherapie en antidepressiva mag dan misschien effectiever zijn dan antidepressiva alleen, de toegevoegde waarde van zo'n combinatietherapie blijkt niet uit alle studies. Als aanvulling op antidepressiva biedt cognitieve gedragstherapie mogelijk bescherming tegen suïcidaal gedrag, maar naar dat effect is meer onderzoek nodig. Andere behandelvormen bij jeugdigen, bijvoorbeeld met Sint Janskruid of elektroconvulsietherapie, zijn nog niet voldoende onderzocht. Vooral nog wordt het gebruik van Sint Janskruid ontraden in de Nederlandse Richtlijn Addendum Depressie bij Jeugd, vanwege het risico op ernstige bijwerkingen.

Meer onderzoek nodig

Bij jeugdigen met een psychotische depressie lijkt een combinatie van antidepressiva met antipsychotica positief te kunnen werken. Jeugdigen met een seizoensstoornis kunnen baat hebben bij lichttherapie. In beide gevallen is echter meer onderzoek nodig naar de effectiviteit en de bijwerkingen om duidelijke uitspraken te kunnen doen. Bij depressieve jeugdigen met een aanleg voor bipolariteit kan het best gestart worden met psychotherapie. Als er een sterk vermoeden is dat een jeugdige een bipolaire stoornis heeft, dan kan voor een medicijn gekozen worden dat zijn stemming stabiliseert.

Continuerende behandeling

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 jeugdigen met een ernstigere, terugkerende en chronische stoornis kan daarnaast nog een vorm van 'onderhoudsbehandeling' nuttig zijn.

Wat werkt bij jeugdigen met gedragsproblemen?

Wanneer jeugdigen gedragsproblemen hebben, zijn die aan te pakken door (Boendermaker & De Baat, 2010):

- training van de opvoedingsvaardigheden van hun ouders;
- training van hun sociaal-cognitieve vaardigheden, liefst in combinatie met het trainen van de opvoedingsvaardigheden van hun ouders;
- gezinsinterventies, en
- interventies op school.

Cruciaal in alle interventies is de aandacht voor ouders en andere opvoeders. De interventies die door Boendermaker en De Baat (2010) worden beschreven, hebben dan ook bijna allemaal de rol van de ouders als uitgangspunt. Bij de interventies op school worden niet alleen de jeugdigen maar ook de leerkrachten getraind. Bovendien hebben trainingen voor jeugdigen zelf meer resultaat als ook hun ouders getraind worden.

De meeste oudertrainingen zijn in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw voor het eerst ontwikkeld. Volgens Patterson (1995) is er vele jaren vanuit verschillende hoeken gewerkt aan het ontwikkelen van trainingen speciaal voor opvoedingsvaardigheden van ouders. Nadat uit onderzoek duidelijk is geworden dat gedrag van ouders inderdaad het gedrag van hun kinderen kan veranderen, is er de laatste tijd ook meer aandacht gekomen voor de invloed van de gedragsverandering van ouders op de broertjes en zusjes van het 'probleemkind'. Ook hun gedrag blijkt te verbeteren.

Inmiddels krijgt ook de invloed van deviante vrienden meer aandacht. In PMT komt sinds enige tijd nadrukkelijk aan de orde hoe ouders de omgang van hun kind met deviante leeftijdsgenoten kunnen ontmoedigen en de tijd die hij doorbrengt met niet-deviante vrienden kunnen belonen. Jarenlang onderzoek naar oudertrainingen bevestigt dat een gezin als systeem functioneert. Veranderingen in het gedrag van één persoon hebben tot gevolg dat een groot deel van de sociale omgeving ook anders gaat reageren. Patterson verwacht dat daardoor een nieuwe generatie van oudertrainingen ontstaat, met bredere uitkomsten.

Op basis van wetenschappelijk onderzoek zijn er werkzame factoren in interventies bij gedragsproblemen geformuleerd. Specifiek werkzame factoren voor gedragsproblemen zijn:

- het trainen van ouders in opvoedingsvaardigheden, waaronder sensitiviteit;
- het bieden van cognitief gedragstherapeutische training aan jeugdigen, gericht op het verbeteren van zelfcontrole en agressieregulatie;
- bij kinderen: zoveel mogelijk combineren van het trainen van ouder én kind;
- bij adolescenten: naast training van de jongere zelf ook interveniëren in het gezin;
- bij ouders die naast gebrekkige opvoedingsvaardigheden ook andere problemen hebben: inzet van gezinsinterventies waarin naast het trainen van opvoedingsvaardigheden ook aandacht is voor communicatie tussen ouders, voor praktische en financiële problemen en eigen problemen van de ouders;
- inzet van interventies op school, waarin náást training van het kind ook sprake is van training van leerkrachten in positief klassenmanagement.

Wat werkt bij jeugdigen met gedragsstoornissen?

Wat zijn nu de werkzame factoren in interventies bij gedragsstoornissen (al dan niet in combinatie met delinquent gedrag)? We maken onderscheid in algemeen en specifiek werkzame factoren.

Algemeen werkzame factoren

- een goede theoretische onderbouwing van de interventie: welke risico en beschermende factoren die het ontstaan of voortbestaan van gedragsproblemen beïnvloeden wil men met de interventie beïnvloeden en hoe dan?
- afstemming van de interventie op de behoefte van de jeugdige in kwestie. Dit impliceert dat er sprake is van diagnose en selectie (er kan niet volstaan worden met één aanpak voor iedereen) en dat een aanpak gehanteerd wordt die gericht is op het verminderen van de invloed van dynamische risicofactoren die bij de jeugdige aan de orde zijn,
- afstemming van de intensiteit van de interventie op het risico op verergering van gedragsproblemen of het risico op recidive,
- afstemming van de interventie op de mogelijkheden van de jeugdige (wijze van leren, intelligentie, motivatie),
- een heldere opbouw en fasering van de interventie,
- een goede relatie tussen de hulpverleners en de jongere,

- goed opgeleid en gemotiveerd personeel dat in staat is de interventie uit te voeren zoals deze bedoeld is, 'deviantietraining' kan voorkomen en in staat is de-escalerend op te treden (en daarvoor is coaching en supervisie nodig),
- aandacht voor het ontwikkelen van motivatie van de jeugdige en diens ouders.

Specifiek werkzame factoren

- Inzet van cognitieve gedragstherapie gericht op het verminderen van denkfouten; het leren beheersen van boosheid en woede,
- 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,
- Het combineren van groepsessies met een individuele trainingscomponent
- In het geval van kinderen: toepassen van oudertraining of van een combinatie van oudertraining en training van het kind zelf,
- 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 MST, FFT),
- Bij jongeren met een gedragsstoornis en internaliserende problemen: toepassing van cognitieve gedragstherapie bij milde depressieve klachten, angstproblemen en verminderen van zelfbeschadiging en suïcide,
- Bij jongeren met een gedragsstoornis en middelengebruik: combinatie van training van de jongere en gezinstherapie (bijvoorbeeld MDFT).

Specifiek werkzame factoren binnen een residentiële setting

- Bij jongeren: het bieden van theoretische en praktische scholing, gericht op het verkrijgen en behouden van werk,
- Individuele begeleiding, individuele aandacht en ondersteuning,
- Toepassen van een gedragstherapeutische programma in de leefgroep, waarbij niet zozeer punten verdienen (alleen) centraal staat, als het geven van positieve en gerichte feedback op gedrag,
- Bieden van nazorg en begeleiding na vertrek als integraal onderdeel van de behandeling,
- Hanteren van kleine leefgroepen en sterk gestructureerde aanpak ter voorkoming van 'deviantietraining',
- Contact met pro-sociale jeugdigen en volwassenen,
- In het geval van geslotenheid: de duur van het verblijf in geslotenheid beperken in duur i.v.m. afhankelijkheid en kwetsbaarheid gedurende verblijf in gesloten setting.

Wat werkt bij jeugdigen met hechtingsproblemen?

Deze paragraaf gaat over de behandelingsmogelijkheden van jeugdigen met hechtingsproblemen. Naast interventies die specifiek op hechtingsproblemen gericht zijn, komen ook interventies in aanmerking die gericht zijn op de problemen die jeugdigen mede als gevolg van de hechtingsproblemen laten zien, van belang. Dit betreft sociaal-cognitieve trainingen voor de jeugdigen (Konijn, Cavelaars & Boendemaker, 2003).

Hechtingsproblemen

Bij hechtingsproblemen wordt vaak de Holding-methode gebruikt. Holding is het vasthouden van een kind door een of twee therapeuten (of een ouder) waarbij het hoofd van het kind op de schoot van de behandelaar ligt. Hierdoor is lichamelijke aanraking en oogcontact mogelijk. Holding is een controversiële vorm van behandeling. Volgens O'Connor & Zeanah (2003) is er tot op heden geen systematisch bewijs van de werkzaamheid van deze behandeling voor hechtingsproblemen.

Vanuit de gehechtheidtheorie gedacht is het ten eerste belangrijk de sensitiviteit, de gevoeligheid van de ouders voor het kind te verhogen. Ten tweede kan het belangrijk zijn het beeld van de moeder over haar relatie met haar ouders te reconstrueren om vervolgens haar relatie met haar kind opnieuw te definiëren. Ten derde is het belangrijk dat angstige risicomoders worden ondersteund door minder angstige moeders. Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn & Juffer (2003) voerden een meta-analyse uit naar drie typen interventies. De conclusie is dat interventies met de volgende kenmerken het meest effectief zijn:

- interventies met minder dan vijf behandelsessies (heel intensieve en langdurende interventies hebben een betrekkelijk klein en soms zelfs negatief effect);
- interventies die ondersteund worden met video;
- interventies die gericht zijn op ouders van jeugdigen ouder dan 6 maanden (dit is tegen de verwachting dat hoe eerder men erbij is, hoe groter het effect is, in. Veel interventies richten zich al op zwangere moeders);
- interventies zonder persoonlijk contact (via video, werkboek of het uitreiken van zachte babydragers).

Sociaal-cognitieve trainingen

Het is zinnig om behalve naar behandelingen die direct gericht zijn op de hechtingsproblemen te kijken naar behandelingen gericht op de sociale en cognitieve problemen die eraan ten grondslag liggen en ermee gepaard gaan. Jeugdigen met hechtingsproblemen worden vaak afgewezen door leeftijdgenootjes en hebben moeite om vriendschapsrelaties aan te gaan. Hierbij helpt over het algemeen een training sociale vaardigheden en een training probleemoplossende vaardigheden, het vergroten van het emotionele inzicht van het kind en het leren aangaan van relaties met leeftijdgenoten. Voor de training probleemoplossende vaardigheden bestaat overigens meer bewijs van werkzaamheid dan voor de training sociale vaardigheden.

Wat werkt bij mishandelde jeugdigen?

Er is een grote variëteit aan behandelingsvormen voor mishandelde jeugdigen, van licht ambulante hulp tot intensieve klinische behandeling (Mutsaers, 2008). Veel behandelingen zijn gebaseerd op cognitief-gedragsmatige uitgangspunten en de effectiviteit van de behandelingen is meerdere malen aangetoond.

Wat betreft hulpverlening aan de ouders is bij fysieke mishandeling training in positieve opvoedingsvaardigheden, woedebeheersing en stressmanagement een van de meest effectieve benaderingen. Daarnaast blijkt het gebruiken van cognitief-gedragsmatige technieken over het algemeen effectief. Wat betreft de behandeling van plegers van seksueel misbruik is nog onvoldoende bekend welk type behandeling bij welke pleger het meest effectief is. Aandachtspunten in de behandeling zijn vaak de motivatie en innerlijke remmingen van de pleger en het nemen en uitspreken van verantwoordelijkheid. Hulp aan de niet-misbruikende ouder richt zich op het verminderen van de eigen problemen en op het beschermen van het kind. Cognitieve gedragstherapie kan daarbij positieve effecten hebben.

Veel hulpverlening na kindermishandeling bestaat uit een combinatie van behandeling van de ouder en het kind (parallelbehandeling) waarbij de ouder- en kindbehandeling elkaar aanvullen. Ook in Nederland zijn dergelijke programma's beschikbaar en hebben positieve effecten. Hulpverlening aan het gezin moet bij fysieke kindermishandeling vooral gericht zijn op het 'ombuigen' van het gevaarlijke gedrag van ouders. Bij verwaarlozing gaat het er vooral om ouders te leren dat hun gedrag ertoe doet. Bij seksueel misbruik zijn het voorkomen van hernieuwd misbruik en het instellen van nieuwe regels rondom veiligheid en privacy belangrijke doelen.

Als er sprake is van mishandeling, dan blijkt een multimodale aanpak in de vorm van een onderling samenhangend hulpaanbod, gericht op meerdere systemen, op basis van een gemeenschappelijke visie, analyse en behandelingsplanning het meest effectief.

5.3 Wat werkt bij doelgroep B: practice based kennis

De panelsessiedeelnemers herkennen de wat-werkt-kennis die beschikbaar is voor deze doelgroep. Zij benadrukken voor deze doelgroep het belang van kwalitatief goede *orthopedagogische basiszorg*. Dit vraagt om het bieden van continuïteit, structuur en veiligheid, in combinatie met verschillende opvoedings- en behandelcomponenten. Zo moet er in het dagelijks leven gewerkt worden aan het vergroten van competenties en vaardigheden die niet alleen gericht zijn op het verminderen van probleemgedrag, maar waarin ook een verbinding gemaakt wordt met het normale leven.

Interventies richten zich op het op gang brengen van het hechtingsproces bij deze jeugdigen, intensieve samenwerking met en hulpverlening aan het gezinssysteem van de jeugdige en het verminderen of hanteerbaar maken van kindeigen problematiek. Daarnaast is aandacht nodig voor het tot stand brengen of versterken van een netwerk van de jeugdige. In de behandeling aan deze doelgroep is het van belang dat verschillende leefwerelden zoals gezin, netwerk, onderwijs en vrije tijd integraal opgenomen zijn in de behandeling. Dit vraagt om zorgvuldige afstemming binnen een multidisciplinair team, waarin pedagogisch medewerkers en behandelaren afstemmen hoe aan doelgedrag gewerkt wordt in het dagelijks leven op de groep enerzijds en tijdens interventies anderzijds. Een voorwaarde hiervoor is deskundig personeel met kennis van de problematiek en de juiste aanpak daarbij. Zij moeten in staat zijn de jeugdige met zijn problematiek te begrijpen en moeten beschikken over een lange adem om te voorkomen dat zij de jeugdige vooral als lastig ervaren.

Voor het bekijken van de effecten van de behandeling is een snelle doorstroom na verblijf in een specialistische behandelgroep noodzakelijk, in de vorm van een beschikbaar vervolgtraject.

Op basis van de evidence based en practice based kennis bevat *een minimaal pakket van zorg* voor deze doelgroep de volgende bestanddelen:

Werkzame bestanddelen:

- Een goed orthopedagogische basisklimaat, met daarin aandacht voor geborgenheid en een empathische houding; een combinatie van affectie en structuur en fysieke en emotionele veiligheid;
- Samenwerking en begeleiding van het gezinssysteem;
- Integrale behandeling waarin interventies direct gekoppeld zijn aan dagelijks leven in de leefgroep;
- Interventies gericht op drie leefsfere: gezin, onderwijs en vrije tijd;
- Interventies op bredere netwerk, naast alleen gezinssysteem;
- Specifieke aandacht voor verzorging bij jonge kinderen;
- Cliëntparticipatie;
- Mogelijkheid voor cliënt tot aangaan van relatie met betekenisvolle ander (bijvoorbeeld familielid of weekendpleegouder);
- Stimuleren van de veerkracht / frustratietolerantie;
- Ontwikkelingsgericht werken.

Interventies (op aparte indicatie jeugdhulp of jeugdhulp thuis):

- Zowel psychosociale als (para-)medische therapieën: PMT, speltherapie, creatieve therapie, fysiotherapie en logopedie;

- Competentievergroting: cognitieve gedragstherapie en training van vaardigheden van zowel jeugdigen als ouders (zowel door behandelaren als door pedagogisch medewerkers);
- Ouderbegeleiding: psycho-educatie en PPG (trainen van vaardigheden).

Voorwaardelijk:

- Interne en externe ‘time-out’ goed organiseren: wanneer, door wie, waarom en goede terugbegeleiding naar de groep;
- Teambegeleiding: training, coaching on the job en ondersteuning;
- Pedagogisch medewerkers beschikken ook over voldoende kennis van ‘normale’ ontwikkeling, waaronder ‘normaal pubergedrag’;
- Een goede samenwerking met de GGZ: diagnostiek, medicatie en therapieën;
- Flexibiliteit in je aanbod: kunnen variëren waar nodig.

5.4 Consequenties minimaal pakket van zorg: groepsgrootte, personeelsbezetting en bekostigingseenheden

Om de werkzame principes voor residentiële jeugdzorg in het algemeen en bovenstaande onderdelen in het bijzonder kwalitatief goed en effectief te kunnen uitvoeren, is met de panelsessiedeelnemers besproken welke consequenties de gegevens uit de literatuur hebben voor de groepsgrootte en personeelsbezetting. Daarnaast is gekeken onder welke bekostigingseenheden de zorg aan deze doelgroep gerangschikt moet worden.

Groepsgrootte

In de steekproef voor deze doelgroep is een leeftijdsrange gevonden van 5,11 tot 16,3 jaar. Voor de leeftijdscategorie tot 12 jaar is de maximale groepsgrootte voor het uitvoeren kwalitatief goede en effectieve zorg bij voorkeur 6 jeugdigen met een uitloop naar 8 jeugdigen. Voor jeugdigen van 12-18 jaar is de maximale groepsgrootte 8 jeugdigen met de mogelijkheid flexibel te kunnen minderen tot 6 jeugdigen, wanneer de ernst van de problematiek van jeugdigen of de groepsdynamiek dit vraagt.

Voor de berekening van de kostprijs kan gerekend worden met een gemiddelde groepsgrootte van 7 jeugdigen voor beide leeftijdscategorieën.

Personeelsbezetting en weekrooster

De bezetting die nodig is om kwalitatief goede en effectieve zorg te leveren is weergegeven in tabel 5.2:

Tabel 5.2. Personeelsbezetting en weekrooster voor doelgroep B

Leeftijd	Bezetting	Weekrooster
0-12 jaar	Enkele bezetting is mogelijk wanneer meerdere jeugdigen naar school zijn of buiten de groep programmaonderdelen volgen, zoals therapie of vrijetijdsmodule. Dubbele bezetting op piekmomenten (7.00-9.00, 12.00-13.00 en 15.00-21.00 uur)	216 uur per week
12-18 jaar	Enkele bezetting is mogelijk wanneer meerdere jeugdigen naar school zijn of buiten de groep programmaonderdelen volgen, zoals therapie of vrijetijdsmodule. Dubbele bezetting op piekmomenten (7.00-9.00 en 15.00-23.00)	216 uur per week

Het uitvoeren van de werkzame principes voor residentiële jeugdzorg in het algemeen en het minimaal pakket van zorg voor doelgroep B in het bijzonder vraagt om een dubbele bezetting

wanneer meer dan vier jeugdigen op de groep verblijven. Wanneer jeugdigen tijdens het dagprogramma onderwijs, interventies of andere modules volgen is het mogelijk te werken met een enkele bezetting, waarbij de tweede pedagogisch medewerker een module kan verzorgen. Op het moment dat alle jeugdigen op de groep zijn is een dubbele bezetting noodzakelijk. Op de momenten dat alle jeugdigen in huis zijn. In de leeftijdscategorie van 0-12 jaar betekent dit een dubbele bezetting tijdens het ontbijt en vertrek naar school (7.00-9.00 uur), tussen de middag van 12.00-13.00 uur en 's middags na schooltijd tot bedtijd (15.00-21.00 uur). Voor de jeugdigen ouder dan 12 jaar is de dubbele bezetting in de avonden langer (tot 23.00 uur) vanwege de latere bedtijden. Per saldo is er dan geen verschil in de inzet van uren.

Voor doelgroep B vraagt bovenstaande werkwijze om een weekrooster van 216 uur per week. Met deze uren kunnen de aangegeven diensten ingevuld worden. Daarbij is rekening gehouden met de uitvoering van een of meerdere groepsactiviteiten door pedagogisch medewerkers en de uitvoering van een aantal kwaliteitsactiviteiten (zie hoofdstuk 9). Er is echter nog geen rekening gehouden met de tijd voor teamoverleg. In hoofdstuk 9 wordt verder ook berekend hoeveel personeelsinzet nodig is om het benodigde weekrooster te kunnen invullen.

Bekostigingseenheden

Wat betreft terminologie kan de zorg voor deze doelgroep het beste gekoppeld worden aan VF7, behandelgroep zwaar. De bekostiging van 'behandelgroep zwaar' is echter niet in overeenstemming met de minimaal benodigde personele inzet voor het leveren van kwalitatieve en effectieve zorg.

Inzet van VF7 is standaard gekoppeld aan JH2A 'ambulante specialistische hulp'. Op indicatie wordt JH3A 'therapeutische jeugdhulp ambulante' ingezet.

Daarnaast worden standaard een tot twee jeugdhulpvarianten ingezet op de locatie van de zorgaanbieder. Hierbij kan het gaan om zowel de individuele als de groepsgerichte jeugdhulp betreffen.

5.5 Knelpunten in de uitvoering

Een knelpunt voor de zorg aan deze doelgroep is de beschikbaarheid van vervolgtrajecten en een tijdige doorstroming. Wanneer jeugdigen langdurig op de wachtlijst van een vervolgtraject staan, komt het voor dat bereikte effecten van de behandeling afnemen als gevolg van demotivatie bij de jeugdige.

Bij deze doelgroep zijn er grote verschillen in de mate waarin het gezin gemotiveerd en in staat is om samen te werken. Wanneer sprake is van een sterk tegenwerkend netwerk vraagt dit extra energie en inzet van hulpverleners en heeft dit invloed op de intensiteit en duur van de hulp.

De hulpverlening aan deze doelgroep vraagt soms om fysiek handelen. Juridisch gezien is dit echter lastig, omdat niet altijd duidelijk is wat wel/niet is toegestaan. Een belangrijk onderscheid dat in dit licht gemaakt moet worden is dat tussen ondersteuning van het pedagogische handelen en begrenzen van agressief gedrag naar zichzelf of anderen. Pedagogisch aanraken gaat over aanraking wanneer dit nodig is, bijvoorbeeld bij het troosten van een kind, het trekken van de aandacht door een arm aan te raken, een kind op een trampoline tillen et cetera. Het begrenzen van agressie, gericht op zichzelf of de ander is gericht op het voorkomen van gevaar voor de jeugdige of diens omgeving. Voor doelgroep B wordt een helder kader gemist om dit op pedagogisch adequate wijze vorm te kunnen geven.

6. Doelgroep C: onderbouwing voor pakket van zorg

6.1 Wat is doelgroep C?

Op basis van de doelgroepenanalyse is doelgroep C¹⁰ geformuleerd als jeugdigen die behoefte aan een tijdelijk vervangende opvoedingssituatie, gericht op herstel van de opvoedingssituatie thuis:

- 3a. met aandacht voor fasetypische problematiek, verbetering van de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s) en herstel van de relaties in het gezin (N=1),
- 3b. met behandeling van kindeigen problematiek, het leren van specifieke opvoedingsvaardigheden door de ouder(s) en herstel van de (gezags)relaties in het gezin (N=4),
- 3c. met behandeling van kindeigen problematiek en langdurige ondersteuning voor de ouders thuis bij de opvoeding (N=2).

Om te illustreren welke cliënten behoren tot doelgroep C zijn hieronder enkele voorbeelden van problemen en hulpvragen beschreven (afkomstig van formulieren die voor de doelgroepenanalyse zijn gebruikt):

Jongen, leeftijd 15;7, etniciteit Nederlands.

Kern problematiek: Jeugdige heeft cognitief goede mogelijkheden. Grote zorgen bestaan omtrent zijn sociaal-emotionele ontwikkeling. Toont onvoldoende eigenheid, erg gesloten, grote behoefte aan contact met anderen, zeer beïnvloedbaar, lacunair geweten. Houdt zich niet aan regels en afspraken, kan geen gezag accepteren. Egocentrisch, gericht op directe behoeftebevrediging. Dreigend, agressief, diefstal, excessief alcohol en drugsgebruik. Geen schuldbesef. Lijkt kwetsbaarheid, onzekerheid en identiteitsvragen te maskeren achter stoere, onverschillige façade, waar niet doorheen te prikken is. Van school gestuurd en risicovol netwerk.

Hulpvraag: Jeugdige vraagt duidelijke kaders, waarbinnen hij eigen gevoelens, behoeften en mogelijkheden leert herkennen en gebruiken, aan eigenheid en zelfvertrouwen kan winnen, voldoende vaardigheden opbouwt om verantwoordelijkheid voor eigen handelen te kunnen nemen, een positieve en passende daginvulling en invulling vrije tijd kan vinden, vaardigheden ontwikkelt om afstand te nemen van risicovol netwerk en alcohol en drugsgebruik. Jeugdige heeft daarbij de steun van een betrokken gezinssysteem, dat open staat voor de geboden hulpverlening.

Jongen, leeftijd 10;6, etniciteit Nederlands.

Kern problematiek: Kind is een jongen, die problematiek heeft ontwikkeld, mogelijk ten gevolge van een opvoedingsklimaat waarin de moeder pedagogisch onmachtig is, de vaderfiguren vaker wisselen en waar huiselijk geweld is geconstateerd. Mogelijk zijn de gedragsproblemen ook het gevolg van kindfactoren. Het gedrag wordt gekenmerkt als druk, impulsief maar ook angstig en dysthym. Daarbij spelen leerproblemen en problemen in de vrije tijd.

Hulpvraag: Behoefte aan een veiligheid en duidelijkheid in zijn leefomgeving waarin hij kind mag zijn. Behoefte aan vertrouwen krijgen in anderen en in zichzelf. Behoefte aan terugplaatsing in gezin waar het huishouden en financiën op orde zijn.

¹⁰ Doelgroep C is in de panelsessie aangeduid als doelgroep 5.

Jongen, leeftijd 6;9, etniciteit Nederlands.

Kern problematiek: Jeugdige is een innemend jongetje, die gediagnosticeerd is met een reactieve hechtingsstoornis en bekend is met ADHD problematiek. Hij laat fors grensoverschrijdend gedrag zien in de vorm van agressief gedrag en schelden. Hij lijkt de grens tussen werkelijkheid en fantasie onvoldoende uit elkaar te halen, heeft plotselinge stemmingswisselingen, laat impulsief en druk gedrag zien en er zijn grote zorgen over de gewetensontwikkeling van cliënt. Daarnaast laat hij ook angst zien; hij overschreeuwt zichzelf met momenten en wil controle hebben op de situatie. Spanning uit zich in broekplassen. Hij heeft sterke band met beide biologische ouders. Er is sprake van echtscheidingsproblematiek (loyaliteitsproblemen bij het kind), geweld in het (huidige en voormalige basis-) gezin en er zijn in het verleden zorgen geweest omtrent de veiligheid van het kind in beide gezinssystemen. Beide ouders en broer zijn bekend met psychiatrische problematiek.

Hulpvraag: Moeder en stiefvader voelen zich onmachtig in de opvoeding en willen graag ondersteuning. Daarnaast is behandeling nodig en is er opvoedingsondersteuning nodig voor vader.

De panelsessiedeelnemers herkennen deze doelgroep. Sommige zorgaanbieders hebben voor deze doelgroep specifiek aanbod ingericht, waarbij jeugdigen met hetzelfde perspectief samen in een leefgroep worden geplaatst. In deze leefgroepen gaan jeugdigen ook zeer regelmatig (bijvoorbeeld alle weekenden) naar huis om in de thuissituatie met ouders te kunnen oefenen. Andere zorgaanbieders geven aan dat deze doelgroep verspreid voorkomt in verschillende hulpvormen. Vanuit het motto 'geen kind uit huis zonder thuis' of 'wonen doe je thuis', zou je kunnen zeggen dat de hele doelgroep van de residentiële jeugdzorg overlapt met doelgroep 5. Er wordt altijd eerst gekeken of een kind terug naar huis kan en zo mogelijk wordt hier naar toe gewerkt. Pas wanneer dit niet blijkt te kunnen, worden andere perspectieven overwogen. Doelgroep 5 is specifiek dat deel van de doelgroep waarbij al helder is dat toegewerkt zal worden naar huis.

Kenmerkend van deze doelgroep is dus de reëel gebleken hulpvraag: 'help ons om weer samen thuis verder te leven'. Deze doelgroep is niet gekoppeld aan een specifieke leeftijdsfase en kan verschillen wat betreft kindeigen problematiek. Dit betekent dat het bijvoorbeeld kan gaan om huilbaby's met sterk overbelaste ouders, maar ook om jeugdigen met gedragsstoornissen, waarbij na een gesloten verblijf terug gewerkt wordt naar terugplaatsing naar huis. Dit betekent dat aanvullend aan het verblijf aanvullende interventies worden ingezet die per problematiek kunnen verschillen.

6.2 Wat werkt bij doelgroep C: evidence based kennis

Voor doelgroep C zijn allereerst de werkzame elementen van residentiële jeugdzorg uit hoofdstuk drie van toepassing. Naast deze algemene kennis over de residentiële jeugdzorg, is er binnen de dossiers van het Nederlands Jeugdinstituut nagegaan welke kennis er al beschikbaar is over effectieve interventies en specifiek werkzame factoren voor doelgroep C.

Wat werkt bij ontoereikende opvoedvaardigheden?

In Nederland zijn de volgende programma's beschikbaar waarover redelijke resultaten (kleine, middelgrote tot grote effecten) bekend zijn (Elderman, Van der Steege en Van den Braak, 2007):

- Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT)-varianten zoals Families First, Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling;
- videofeedbacktraining;
- oudertrainingen of Parent Management Trainingen (individuele en groepshulp) zoals PMTO, Triple P, Incredible Years, Parent Child Interaction Therapy (PCIT), vooral geschikt voor ouders van jonge kinderen (tot 12 jaar);
- multisysteemtherapie (MST) en functionele gezinstherapie (Family Functioning Therapy; FFT), vooral geschikt voor adolescenten én hun ouders.

De theoretische basis van deze interventies bestaat uit de cognitieve gedragstherapie, de sociale leertheorie, de empowermenttheorie en de systeemtheorie. De sociale leertheorie geeft aan hoe gedragsverandering het beste aangepakt kan worden: door positief gedrag te belonen, ongewenst gedrag gepast en mild te bestraffen, modelgedrag te tonen, gedragsinstructie te geven en door met gewenst gedrag te oefenen. De empowermenttheorie geeft aan dat de interventie erop gericht moet zijn de krachten van de gezinnen en de ouders te versterken. De systeemtheorie geeft aan dat gezinnen met elkaar een systeem vormen waarbij de ouders het gezag hebben over de jeugdigen. Om dat gezag te behouden moeten zij overleggen, onderhandelen en feedback geven aan de jeugdigen. Deze theorie legt de basis voor cognitieve gedragstherapeutische interventies die gericht zijn op verandering van (in dit geval opvoedings)gedrag maar ook op het probleemoplossende vermogen, gedachten en gevoelens van de cliënten.

De trainingen en interventies voor ouders dienen ten minste de volgende ingrediënten te bevatten: (1) vaardigheden om positief gedrag bij het kind te bekrachtigen; (2) communicatieve vaardigheden, (3) probleemoplossende vaardigheden en (4) conflictbeheersingstrategieën. Ouders moeten leren leeftijdsadequaat gedrag bij hun kind te stimuleren, hun kind te ondersteunen bij schoolwerk en hun kind te volgen (weten waar en met wie hun kind wat doet). Uit onderzoek blijkt dat groepstraining en zelfhulpprogramma's kosteneffectiever zijn, dat wil zeggen: ze zijn even effectief maar kosten minder. Hulp bij het gezin thuis, in de eigen vertrouwde omgeving, werkt goed, met name bij multi-probleemgezinnen. Tussen de bezoeken door is het goed om te investeren in de betrokkenheid van de gezinsleden, bijvoorbeeld door telefonische contacten of door bereikbaar te zijn.

Om de gedragsproblemen van de jeugdigen – die aanleiding waren om hulp te zoeken – te verhelpen, blijkt het trainen van alleen de ouders (mediatietherapie) over het algemeen voldoende. Alleen de IPT-interventies hebben op dit punt minder goede resultaten. Deze boeken wel een middelgroot effect op de opvoedstress van ouders, maar de jeugdigen blijken na afloop van de hulp nog aanzienlijke gedragsproblemen te hebben. Om de problemen afdoende te verhelpen dient er daarom in aanvulling op deze opvoedingsondersteuning een interventie aan het kind geboden te worden. Ook al is het effect van mediatietherapie (PMTO) groot, uit onderzoek naar andere opvoedprogramma's zoals PCIT en Incredible Years blijkt dat het effect aanzienlijk vergroot wordt als zowel ouders als jeugdigen bij de interventies zijn betrokken.

De interventie voor het kind dient de volgende ingrediënten te bevatten: (1) training probleemoplossende, conflictbeheersings- en sociale vaardigheden, en leeftijdsadequaat gedrag, (2) bewustwording van emoties van zichzelf en van anderen (inleven), (3) bekrachtigen van successen bij schoolse vaardigheden, (4) reduceren van gedragsproblemen (door gewenst

gedrag te belonen en ongewenst gedrag passend te bestraffen) en (5) het vergroten van zelfvertrouwen.

Het beste resultaat wordt gehaald wanneer naast ouders en kind ook de leerkracht op school in bij behandelprogramma wordt betrokken. De interventies voor leerkrachten dienen gericht te zijn op: (1) versterking positieve relatie tussen leerkracht en leerling, (2) het stimuleren van de samenwerking met de ouders, (3) vaardigheden om de groep beheersbaar en het agressieniveau laag te houden, en (4) het trainen van sociale en probleemoplossende vaardigheden en agressiebeheersing bij jeugdigen.

Veel ouders die bij de jeugdzorg aankloppen, hebben naast problemen met de opvoeding van hun kinderen, ook nog andere (individuele) problemen. Vaak gaat het dan om financiële problemen (omgaan met geld en armoede), huisvestings-, verslavings- en/of psychiatrische problematiek. Behalve de opvoedingsproblematiek zijn deze problemen geen primair richtpunt van de jeugdzorg, maar van het AMW, de ggz of de verslavingszorg. Deze problemen staan echter vaak de verbetering van de opvoedings- of gedragsproblematiek in de weg. Het is zaak dat jeugdzorginstellingen er door samenwerkings- en verwijzingsconvenanten met deze instellingen voor zorgen dat ook deze problematiek van de ouders wordt aangepakt. Nog lang niet in alle instellingen gebeurt dat, met als gevolg dat jeugdzorgmedewerkers vaak toch met deze problemen van ouders aan de slag gaan en hun tijd niet efficiënt (want ze zijn hiervoor niet opgeleid) en niet effectief (want de ouderproblematiek belemmert vooruitgang) besteden. Dit is een van de dingen die beter geregeld moeten worden om de effectiviteit van de jeugdzorg te verbeteren. Ook uit onderzoek naar Incredible Years en Triple P blijkt dat bijkomende problemen van de ouders (zoals depressiviteit of relatieproblemen) een positief effect van het programma voor de jeugdigen in de weg staan. In die programma's zijn aanvullende modules voor deze specifieke doelgroepen ontwikkeld om de belemmering weg te nemen.

In de tabel op de volgende pagina staan de werkzame elementen bij ontoereikende opvoedvaardigheden. Voor interventies met een * bestaat voldoende bewijs van werkzaamheid; de overige interventies zijn veelbelovend.

Tabel 6-1. Werkzame elementen bij ontoereikende opvoedvaardigheden

Algemeen
<p>Theoretische basis*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sociale leertheorie (gedragsmodificatie) - Gehechtheidstheorie (vergroten sensitiviteit van ouders voor hun kinderen) - Empowerment (versterken van de aanwezige krachten en gericht op de toekomst)
<p>Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Specifiek getrainde therapeut die flexibel en responsief is - Bij start aandacht voor de verwachtingen die ouders hebben van de hulp: hen realistisch en hoopvol stemmen* - Training dient passend te zijn*: complexe en meervoudige problematiek (zoals kindermishandeling, huiselijk geweld of delinquentie) vraagt bijvoorbeeld om een krachtige, vaak multimodale, aanpak (gericht op meerdere leefgebieden van de jeugdige en/of het gezin); bij ouders met jonge kinderen heeft een mediatietraining of therapie (zoals Incredible Years, PMTO of Triple P) meer effect dan bij ouders met oudere kinderen - Goede ondersteuningsstructuur voor hulpverleners: goede team- en werkbegeleiding en deskundigheidsbevordering*
Voor ouders
<p>Gedragstraining*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probleemgedrag definiëren, observeren en evalueren (eventueel met behulp van video) - Leren om positief gedrag bij jeugdigen te bekrachtigen - Geleerde in praktijk brengen en ervaringen bespreken - Communicatieve vaardigheden leren - Probleemoplossende vaardigheden en conflictbeheersingsstrategieën leren - Leeftijdsadequaat gedrag bij het kind stimuleren - Leren het kind te ondersteunen bij schoolwerk en -mogelijkheden (goede leergewoontes stimuleren, helpen met huiswerk, samenwerken met leerkracht) - Leren het kind te volgen (weten waar en met wie het kind wat doet)
<p>Verder mogelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groepstraining (kosteneffectiever)* - Zelfhulpprogramma met telefonische ondersteuning (kosteneffectiever)* - Hulp bij gezin thuis, in de eigen vertrouwde omgeving - Betrokken blijven bij de gezinsleden tussen de bezoeken door betrokken, bijvoorbeeld door telefonisch contact of door bereikbaar te zijn
Voor het kind
<p>Gedragstraining*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probleemoplossende vaardigheden en conflictbeheersingsvaardigheden aanleren - Sociale vaardigheden en leeftijdsadequaat gedrag versterken - Zich bewust laten worden van eigen en andermans emoties (inleven) - Successen bij schoolse vaardigheden bekrachtigen - Gedragsproblemen reduceren (gewenst gedrag belonen en ongewenst gedrag passend bestraffen) - Zelfvertrouwen vergroten.
Voor leerkracht
<p>Training*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positieve relatie tussen leerkracht en leerling versterken - Samenwerking met ouders stimuleren - Vaardigheden leren om de groep beheersbaar en het agressieniveau laag te houden - Jeugdigen sociale en probleemoplossende vaardigheden en agressiebeheersing leren

6.3 Wat werkt bij doelgroep C: practice based kennis

De panelsessiedeelnemers herkennen de wat-werkt-kennis die beschikbaar is voor deze doelgroep. Wat betreft de invulling van *de orthopedagogische basiszorg* benadrukken zij het belang van een goed orthopedagogisch klimaat, dat door het team gezamenlijk gedeeld wordt. Daarbij is aandacht voor dagbesteding en vrije tijdsbesteding noodzakelijk. Het neerzetten van een goed klimaat vraagt om pedagogisch medewerkers die vanuit een professionele houding betrokken zijn en in staat zijn grenzen te stellen.

Interventies richten zich op het volledige gezinssysteem, de opvoedingsvaardigheden van ouders en de relatie tussen ouders en jeugdige. Het is dan ook nodig om intensief samen te werken met ouders en hen direct vanaf de start van de hulp te begeleiden. Daarbij is het belangrijk verwachtingen en hulpvraag van ouders bij de start te verhelderen evenals het perspectief van de jeugdige. Ook vraagt de hulpverlening aan deze doelgroep om het uitspreken van de verwachtingen van hulpverleners over de inzet van ouders en jeugdige.

De behandeling wordt opgedeeld in een aantal fasen, waarbij in de laatste fase het verblijf op de groep flexibel wordt afgebouwd. Voor verdere ondersteuning van ouders, wordt het netwerk van het gezin betrokken bij de hulp, bijvoorbeeld in de vorm van een netwerkberaad. Ook vraagt de afbouw- en nazorgfase om goede verbindingen met lokale hulpvormen.

Op basis van de evidence based en practice based kennis bevat *een minimaal pakket van zorg* voor deze doelgroep de volgende bestanddelen:

Werkzame bestanddelen:

- Orthopedagogisch basisklimaat
- Systeemgericht werken: intensieve samenwerking met en begeleiding van ouders vanaf de start van de hulp, bijvoorbeeld praktisch pedagogische gezinshulp (PPG)
- Waarborgen en screenen van de veiligheid van het kind
- Coördinatie en multidisciplinair werken
- Aanbieden van (individuele) training van ouders (ook psycho-educatie) en jeugdigen
- Participatie van ouders op de groep (model-leren)
- 1 kind- 1 gezicht (mentor gaat mee met gezinsbegeleiding in het gezin door de gezinsbegeleider)
- Perspectief verhelderen

Interventies (op aparte indicatie jeugdhulp of jeugdhulp thuis):

- Agressiederegulatietraining
- Traumaverwerking
- Cognitieve gedragstraining
- Sociale vaardigheidstraining
- Weerbaarheidstraining
- Gezinsinterventie, zoals PPG, MST of FFT

Voorwaardelijk:

- Coaching on the job van uitvoerend medewerkers
- Competentieprofiel voor medewerkers
- Samenwerking lokale veld en samenwerking regionaal (bijvoorbeeld met GGZ)

- Minimaal 1 x per twee weken een uur week transfer-overleg met alle betrokken hulpverleners

6.4 Consequenties minimaal pakket van zorg: groepsgrootte, personeelsbezetting en bekostigingseenheden

Om de werkzame principes voor residentiële jeugdzorg in het algemeen en bovenstaande onderdelen in het bijzonder kwalitatief goed en effectief te kunnen uitvoeren, is met de panelsessiedeelnemers besproken welke consequenties de gegevens uit de literatuur hebben voor de groepsgrootte en personeelsbezetting. Daarnaast is gekeken onder welke bekostigingseenheden de zorg aan deze doelgroep gerangschikt moet worden.

Groepsgrootte

In de steekproef voor deze doelgroep is een leeftijdsrange gevonden van 6,9 tot 16,10 jaar. Voor de leeftijdscategorie tot 12 jaar is de maximale groepsgrootte voor het uitvoeren kwalitatief goede en effectieve zorg 6 tot 7 jeugdigen. Voor jeugdigen van 12-18 jaar is de maximale groepsgrootte 7 jeugdigen. De groepsgrootte staat in relatie tot de inspanningen in dergelijke leefgroepen ten behoeve van het gezinsherstel. Die inzet wordt voor een belangrijk deel gerekend tot de bekostigingseenheid jeugdhulp. Bovendien is het mogelijk dat in zulke groepen deeltijdopnames voorkomen juist zodat er in het gezin geoefend kan worden. Ook dat heeft invloed op de inzet van het personeel. Door de veelheid van variaties van deeltijdhulp en de daarbij vaak toegepaste verwevenheid met ambulante hulp is het in dit kader niet mogelijk om de personeelsinzet voor het verblijfsdeel van zulke hulpvormen te berekenen. Al met al wordt hier gerekend met een normatieve groepsgrootte van 7 jeugdigen.

Personeelsbezetting en weekrooster

De bezetting en de hoeveelheid uren in het weekrooster die nodig zijn om kwalitatief goede en effectieve zorg te leveren is weergegeven in tabel 6.2:

Tabel 6.2. Personeelsbezetting en weekrooster voor doelgroep C

Leeftijd	Bezetting	Weekrooster
0-12 jaar	Dubbele dienst: van 7.30-9.00 en 15.00-21.00 uur Enkel: overige uren Slaapdienst: pedagogisch medewerker	196 uur per week
12-18	Dubbele dienst: 7.30-9.00 en 15.00-23.00 uur Enkel: overige uren Slaapdienst: pedagogisch medewerker	196 uur per week

Het uitvoeren van de werkzame principes voor residentiële jeugdzorg in het algemeen en het minimaal pakket van zorg voor doelgroep C in het bijzonder vraagt om een dubbele bezetting op de momenten dat alle jeugdigen in huis zijn. Er is een dubbele bezetting tijdens het ontbijt en vertrek naar school (7.30-9.00 uur) en 's middags na schooltijd tot bedtijd (15.00-21.00 uur). Voor de jeugdigen ouder dan 12 jaar kan de dubbele bezetting in de avonden langer zijn vanwege de latere bedtijden, maar dat is te compenseren op andere delen van de dag. Per saldo is er dan geen verschil in de inzet van uren.

Deze bezetting vraagt voor deze doelgroep om een weekrooster van 196 uur per week. Met deze uren kunnen de aangegeven diensten ingevuld worden. Daarbij is rekening gehouden met de uitvoering van een aantal kwaliteitsactiviteiten (zie hoofdstuk 9) maar nog niet met de tijd voor

teamoverleg. In hoofdstuk 9 wordt verder ook berekend hoeveel personeelsinzet nodig is om het benodigde weekrooster te kunnen invullen.

Bekostigingseenheden

Wat betreft terminologie kan de zorg voor deze doelgroep het beste gekoppeld worden VF6 'Behandelgroep'. De bekostiging van deze bekostigingseenheid is echter niet in overeenstemming met de minimaal benodigde personele inzet voor het leveren van kwalitatieve en effectieve zorg.

Inzet van VF6 bij deze doelgroep is standaard gekoppeld aan JH2A 'ambulante specialistische hulp'. Op indicatie wordt JH3A 'therapeutische jeugdhulp ambulante' ingezet.

Daarnaast wordt voor deze doelgroep op indicatie jeugdhulp op locatie van de zorgaanbieder ingezet. Dit kan zowel individuele als groepsgerichte jeugdhulp betreffen.

6.5 Knelpunten in de uitvoering

Een knelpunt in de uitvoering van de zorg aan doelgroep C is het gegeven dat nazorg binnen de huidige systematiek niet gefinancierd wordt. Hoewel nazorg en warme overdracht naar lokale zorgverleners de effectiviteit van de hulp vergroten is de uitvoering hiervan financieel veelal niet haalbaar, vanwege verschillende financieringsstromen en het stoppen van de financiering na beëindiging verblijf.

7. Doelgroep D: onderbouwing voor pakket van zorg

7.1 Wat is doelgroep D?

Op basis van de doelgroepenanalyse is doelgroep D¹¹ geformuleerd als jeugdigen (15-19 jaar) met behoefte aan een vervangende opvoedingssituatie¹², die gericht is op leren zelfstandig te wonen en daarnaast rekening houdt met internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen.

Om te illustreren welke cliënten behoren tot doelgroep D zijn hieronder enkele voorbeelden van problemen en hulpvragen beschreven (afkomstig van formulieren die voor de doelgroepenanalyse zijn gebruikt):

Meisje, leeftijd 17;1, etniciteit Nederlands.

Kern problematiek: Jongere is opgegroeid in een gezin met een zwakbegaafde, depressieve moeder en hierdoor verwaarloosd. De toch aanwezige moederliefde heeft haar voldoende op de been gehouden, maar is onvoldoende om haar uit te laten groeien tot een zelfstandige jong volwassene. Haar moeder is hierin niet leerbaar.

Hulpvraag: Jongere heeft op vele fronten begeleiding, erkenning en ondersteuning nodig. Daarnaast moeten er erg veel praktische en sociale vaardigheden aangeleerd worden. Jongere heeft een licht verstandelijke beperking waardoor de insteek met name praktisch moet zijn en minder gericht op inzicht en transfer naar andere situaties.

Jongen, leeftijd 19;7, etniciteit Nederlands.

Kern problematiek: Jongere heeft ADHD en van daaruit moeite om zaken te overzien en goed te plannen en te ordenen. Hij heeft een steunend netwerk. Risico is, dat hij soms zaken te rooskleurig ziet, impulsief reageert en niet op tijd zaken regelt. Een extra risico is fors middelengebruik in het verleden. Jongere is clean, maar zou wel recreatief met drugs willen omgaan. De zorg bestaat, dat hij bij licht gebruik snel weer verslaafd kan raken.

Hulpvraag: Jongere heeft hulp nodig bij plannen en vasthouden aan planning. Hij moet leren zichzelf haalbare doelen te stellen en hieraan gericht te werken. Beheren van financiën is een aandachtspunt. Druggebruik moet goed gemonitord worden, zodat jongere de juiste keuzes kan maken.

Meisje, leeftijd 18;4, etniciteit Nederlands.

Kern problematiek: Jongere heeft een borderline persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling. Ze heeft moeite met voor zichzelf opkomen, grenzen aan te geven, ritme te brengen in haar leven.

Hulpvraag: Het meisje wil graag verandering aanbrengen en haar leven op de rit krijgen. Ze wil hulp op allerlei gebied om uiteindelijk binnen een jaar na plaatsing op zichzelf te kunnen wonen. Ook wil ze graag op een prettige manier met haar moeder om leren gaan en de breuk met vader een plekje geven.

De panelsessiedeelnemers herkennen deze doelgroep ten dele. De hulpvraag van deze doelgroep is het toewerken naar zelfstandigheid. Discussie ontstaat over de vraag of dit echt de vraag van deze doelgroep is, of dat deze hulpvraag zich noodgedwongen aandient vanwege de leeftijd van de jeugdigen, waardoor zij in de eindfase van de jeugdzorg komen en er dus noodgedwongen naar zelfstandigheid moet worden toegewerkt. Reden hiervoor is dat deze jeugdigen in hun eigen netwerk onvoldoende steun en mogelijkheden hebben om op te groeien en

¹¹ Doelgroep D is in de panelsessie aangeduid als doelgroep 1

¹² Vervangende opvoedingssituatie = een opvoedingssituatie anders dan in het oorspronkelijke gezin.

zelfstandigheidvaardigheden te leren en dat plaatsing in een pleeggezin of gezinshuis geen optie is vanwege de leeftijd van de jeugdigen.

Deze jeugdigen vertonen naast vaardigheidstekorten op het gebied van zelfstandig worden, ook altijd internaliserende en externaliserende problemen. De deelnemers signaleren dat bij de meeste jeugdigen eerdere behandeling nog niet heeft geleid tot voldoende stabilisatie van de problematiek. De deelnemers geven aan dan ook aan dat deze doelgroep niet alleen voorkomt in een fasehuis of KTC, maar dat ook gekozen wordt voor plaatsing in een leefgroep waar het accent meer op behandeling ligt, waarbij gezien de leeftijd van de jeugdigen ook gewerkt wordt aan het vergroten van de zelfstandigheid. Met name het jongste deel van deze doelgroep (de 15- en 16-jarigen) worden binnen zelfstandigheidstraining overvraagd.

Tenslotte wordt aangegeven dat de jeugdigen vaak al een jeugdzorgcarrière achter de rug hebben en een deel van deze groep heeft moeite met het functioneren in een groep, vanwege de veelheid aan prikkels.

Voor de verdere invulling van kwalitatief hoogwaardig en effectief pakket van zorg voor doelgroep D is deze als volgt aangescherpt: jeugdigen met behoefte aan een vervangende opvoedingssituatie, gericht op het leren zelfstandig te wonen en daarnaast rekening houdend met internaliserende of externaliserende problemen, gezinsproblemen, kindeigen problemen en problemen als reactie op problemen in het gezin. Deze problematiek staat echter niet dusdanig op de voorgrond dat behandeling geïndiceerd is.

7.2 Wat werkt bij doelgroep D: evidence based kennis

Voor doelgroep D zijn allereerst de werkzame elementen van residentiële jeugdzorg uit hoofdstuk drie van toepassing. Naast deze algemene kennis over de residentiële jeugdzorg, is er binnen de dossiers van het Nederlands Jeugdinstituut nagegaan welke kennis er al beschikbaar is over effectieve interventies en specifiek werkzame factoren voor doelgroep D. Er is bij het Nederlands Jeugdinstituut nog geen kennis over wat werkt bij jeugdigen die leren zelfstandig te worden. Wel is een review gedaan naar wat er werkt voor jeugdigen (16-18 jaar) met meervoudige problematiek (Van der Steege, 2007). De resultaten uit deze review zullen aan bod komen.

Wat werkt voor jeugdigen (16-18 jaar) met meervoudige problematiek?

De theoretische basis voor effectieve interventies voor jeugdigen van 16 tot 18 jaar met meervoudige problematiek (gedragsproblemen, financiële en huisvestingsproblemen, psychische problemen en eventueel verslavingsproblemen) wordt – wederom – gevormd door cognitief gedragstherapeutische principes en de sociale leertheorie (Van der Steege, 2007). Hun probleemoplossende, sociale en woedebeheersingsvaardigheden dienen te worden vergroot door modeling, door feedback te geven en door huiswerk te maken. Daarnaast werken zelfinstructie en ontspanningsoefeningen goed. Naast deze gedragsmatige aanpak zijn, zeker bij adolescenten, sociaal-cognitieve aspecten van belang. Gevoelens en gedrag worden bepaald door wat men denkt. Door herstructurering van gedachten en het ter discussie stellen van disfunctionele gedachten, kunnen gedragsveranderingen beter worden ingezet en beklijven zij beter. Deze aanpak werkt vooral bij agressief en oppositioneel gedrag, verslavingsproblemen en internaliserende problemen zoals angst, milde depressie en dwangmatig gedrag. Behalve individuele instructie werken ook groepstrainingen goed.

Meervoudige problematiek vraagt om een multimodale aanpak: hulp gericht op de verschillende leefgebieden van de jongere (zichzelf, gezin, school/werk, buurt, vrienden). Bij jeugdigen met meervoudige problematiek is behalve deze cognitief gedragsmatige aanpak daarom vaak

intensief casemanagement nodig; coördinatie van de verschillende hulp die hij/zij krijgt en intensieve begeleiding ineen. De hulpverlener dient op de jongere af te gaan (outreaching), activerend te werken en psychosociale en praktische hulp te geven.

Wanneer een jongere tijdelijk wordt opgenomen in een instelling of pleeggezin, dienen de ouders van de jongere bij de hulpverlening betrokken te worden, dient de jongere een schoolopleiding te volgen, dient de jongere de behandeling af te ronden en na afloop een nazorgprogramma te doorlopen. Tijdens de opname is het bovendien belangrijk te werken aan stabilisering van het thuismilieu van de jongere. Ouders kunnen in aanvulling op de hulp aan hun jeugdigen (groeps)training krijgen in opvoedingsvaardigheden (specifiek gericht op omgaan met adolescenten), maar ook interventies gericht op de interactie en communicatie binnen het gezin, het vermogen van de gezinsleden om problemen met elkaar op te lossen en te leren elkaar te steunen in plaats van elkaar onderuit te halen. Meerdere korte opnames werken over het algemeen beter dan één lange.

Tot slot kan aan een jongere met meervoudige problematiek een ondersteunende vrijwilliger gekoppeld worden die een relatie met de jongere opbouwt, praktische ervaringen uitwisselt en feedback geeft. Een strikte selectie en training van vrijwilligers en goede begeleiding van de koppels zijn hier wel voorwaarden bij.

In Tabel 7-1 op de volgende pagina staan de werkzame elementen bij jeugdigen (16-18 jaar) met meervoudige problematiek. Voor interventies met een * bestaat voldoende bewijs van werkzaamheid; de overige interventies zijn veelbelovend.

Tabel 7-1. Werkzame elementen bij jeugdigen (16-18 jaar) met meervoudige problematiek

Algemeen
Theoretische basis: <ul style="list-style-type: none">- Cognitieve psychologie: jeugdigen met ernstige gedragsproblemen nemen de werkelijkheid verstoord waar*- Sociale leertheorie: om te komen tot succesvolle gedragsverandering (zie hierna)*- Systeemtheorie: gedrag van jeugdigen is onlosmakelijk verbonden met het systeem waarin ze leven*- Empowerment: krachten en mogelijkheden van jeugdigen en ouders aanspreken, activerend*
Multimodale aanpak: hulp gericht op de verschillende leefgebieden waar zich de problemen voordoen (gezin, school/werk, buurt, vrienden)*.
Goede intervisie- en supervisie voor de hulpverlener*.
Voor de jongere
Cognitief gedragsmatige aanpak (therapie of trainingen)*: <ul style="list-style-type: none">- Cognities analyseren- Probleemoplossende vaardigheden vergroten- Instructies geven over gewenst gedrag- Werken met zelfinstructie en ontspanning- Gewenst gedrag belonen, ongewenst gedrag gepast en mild bestraffen- Modeling (rolmodel imiteren), feedback geven en huiswerk meegeven- Training woedebeheersing (met name bij agressief gedrag)- Werkt vooral bij jeugdigen met agressief en oppositioneel gedrag, verslavingsproblemen, milde depressie, angstig en dwangmatig gedrag.
Intensief casemanagement (met name voor dak- en thuisloze jeugdigen)*: <ul style="list-style-type: none">- Coördinatie én hulpverlening door één persoon- Praktische én psychosociale hulp- Outreachend, aansluitend op vraag van jongere en activerend- Intensief en toekomstgericht- Aandacht voor lichamelijke klachten- Hulp bij het vinden van dagbesteding, vrijetijdsbesteding en opbouw van een sociaal netwerk- Continuïteit van hulpverlener- Bescherming tegen geweld en misbruik
Mentor*: een steunende vrijwilliger die een relatie met de jongere opbouwt, praktische ervaringen uitwisselt en feedback geeft. Strikte selectie en training van vrijwilligers is nodig; daarnaast goede begeleiding van de koppels.
In geval van residentiële hulp*: <ul style="list-style-type: none">- Ouders bij de behandeling betrekken- Ervoor zorgen dat de jongere de schoolopleiding en de behandeling volhoudt- Werken aan een steunende omgeving, tijdens opname werken aan stabiliteit van het thuismilieu- Vertrek plannen en goede nazorg bieden- Meerdere korte opnames blijken succesvoller dan één lange opname*.
Voor ouders en gezin
Betrek ouders bij de hulp aan de jeugdigen*: <ul style="list-style-type: none">- Oudertraining opvoedingsvaardigheden- Psycho-educatie: grondige uitleg van de problematiek van de jongere
Therapeutische interventies gericht op het gezin (FFT* en MST): <ul style="list-style-type: none">- Communicatie binnen het gezin verbeteren- Vermogen van gezinsleden om problemen met elkaar op te lossen vergroten- Gezinsleden leren elkaar te steunen in plaats van elkaar onderuit te halen- Gedrag van gezinsleden beïnvloeden door voor te doen en te oefenen

7.3 Wat werkt bij doelgroep D: practice based kennis

De panelsessiedeelnemers herkennen de wat-werkt-kennis die beschikbaar is voor deze doelgroep. Wat betreft de invulling van *de orthopedagogische basiszorg* wordt in aanvulling hierop het belang aangegeven van een betrokken mentor die in staat is om grenzen te stellen. Voor deze doelgroep ligt er minder nadruk op de orthopedagogische basiszorg, aangezien de nadruk ligt op een individuele aanpak gericht op zelfstandigheidstraining. Dit vraagt om een gefaseerde afbouw van sturing, naar begeleiding naar coaching op afstand (loslaten) binnen een kleinschalige setting.

Bij de invulling van *interventies* ligt de nadruk zoals gezegd op een individuele benadering. Daarbij is een goede fasering waarin gefaseerd wordt toegewerkt van 24-uursbegeleiding naar ambulante begeleiding van groot belang. In de begeleiding van de jeugdigen is het belangrijk om uit te gaan van de mogelijkheden en krachten van de jeugdige en diens netwerk.

Op basis van de evidence based en practice based kennis bevat *een minimaal pakket van zorg* voor deze doelgroep de volgende bestanddelen:

Werkzame bestanddelen:

- Een individuele aanpak
- Activeren van het sociale netwerk
- Investeren in het volhouden van een schoolloopbaan of werk
- Individueel geïndiceerde modules rond zelfstandigheidstraining, zoals budgetteren, koken, vergroten van zelfsturing, planningsvaardigheden, probleemoplossingsvaardigheden etc.

Interventies (op aparte indicatie jeugdhulp of jeugdhulp thuis):

- Cognitieve gedragstherapie of training
- Woedebeheersing

Voorwaardelijk:

- Warme overdracht van 24-uurszorg in de leefgroep naar leefgroep gericht op zelfstandigheid en warme overdracht en afstemming met zelfstandigheidstraining waarin het aantal uur begeleiding geleidelijk afneemt.

7.4 Invulling minimaal pakket van zorg: groepsgrootte, personeelsbezetting en bekostigingseenheden

Om de werkzame principes voor residentiële jeugdzorg in het algemeen en bovenstaande onderdelen in het bijzonder kwalitatief goed en effectief te kunnen uitvoeren, is met de panelsessiedeelnemers besproken welke consequenties de gegevens uit de literatuur hebben voor de groepsgrootte en personeelsbezetting. Daarnaast is gekeken onder welke bekostigingseenheden de zorg aan deze doelgroep gerangschikt moet worden.

Groepsgrootte

In de steekproef voor deze doelgroep is een leeftijdsrange gevonden van 15,3 tot 19,7 jaar. Om de begeleiding geleidelijk te kunnen afbouwen en bovenstaande onderdelen kwalitatief goed en effectief te kunnen uitvoeren, vraagt dit drie verschillende zorgzwaarten. Afhankelijk van de leeftijd en de zwaarte van bijkomende problemen wordt gestart met een variant waarin 7 dagen week, 24 uur per dag een pedagogisch medewerker aanwezig is. In die variant is een groepsgrootte wenselijk van 6 a 7 jeugdigen. Voor de berekening van de kostprijs kan gerekend

worden met een gemiddelde groeps grootte van 7 jeugdigen. Deze variant wordt gevolgd door een variant waarin minder dan 24 uur per dag zorg wordt verleend maar jeugdigen nog wel in een wooneenheid van de zorgaanbieder wonen. De lichtste variant bestaat uit ambulante zorg aan jeugdigen die eigen woonruimte bewonen (Tabel 7.2).

Het woord groeps grootte lijkt voor deze doelgroep minder toepasselijk. Er wordt dan ook gesproken over het aantal jeugdigen per wooneenheid.

Tabel 7.2. Aantal jeugdigen per wooneenheid voor doelgroep D

	Aantal jeugdigen in een wooneenheid
7 x 24 uur	6-7 jeugdigen
Minder dan 7 x 24 uur	2-4 jeugdigen
Ambulante begeleiding	n.v.t.

Personeelsbezetting en weekrooster

De bezetting die nodig is om kwalitatief goede en effectieve zorg te leveren is weergegeven in Tabel 7.3:

Tabel 7.3. Personeelsbezetting en weekrooster voor doelgroep D

	Personeelsbezetting	Weekrooster
7 x 24 uur	Enkele diensten (20 uur per dag) Slaapdienst door pedagogisch medewerker Tevens 2 uur per dag dubbel voor overdracht	156 uur
Minder dan 7 x 24 uur	Afbouwend van 10 naar 6 uur per jeugdige per week Geen slaapdienst	Gemiddeld 8 uur per jeugdige per week Geen slaapdienst
Ambulante begeleiding		

Het uitvoeren van de werkzame principes voor residentiële jeugdzorg in het algemeen en het minimaal pakket van zorg voor doelgroep D in het bijzonder vraagt in de zwaardere variant (7 x 24 uur) om een enkele bezetting gedurende 24 uur per dag. In de lichtere variant vraagt dit gemiddeld om 8 uur per jeugdige per week, afbouwend van 10 uur naar 6 uur per week per jeugdige.

Deze bezetting vraagt voor deze doelgroep om een weekrooster van 156 uur per week. Met deze uren kunnen de aangegeven diensten ingevuld worden. Daarbij is rekening gehouden met de uitvoering van een aantal kwaliteitsactiviteiten (zie hoofdstuk 9). De uren aangegeven bij de lichtere variant (minder dan 7 x 24 uur) zijn exclusief de uitvoering van kwaliteitsactiviteiten en de tijd voor teamoverleg. In hoofdstuk 9 wordt verder ook berekend hoeveel personeelsinzet nodig is om het benodigde weekrooster te kunnen invullen.

Bekostigingseenheden

Wat betreft terminologie kan de zorg voor deze doelgroep in de eerste fase het beste gekoppeld worden VF5 'Behandelgroep Fasehuis'. In de tweede fase gaat het om bekostigingseenheid VF2 'Behandel kamertrainingscentrum'. In de laatste fase betreft het de inzet van JH2A 'ambulante specialistische hulp'.

Daarnaast wordt voor deze doelgroep op indicatie jeugdhulp op locatie van de zorgaanbieder ingezet. Dit kan zowel individuele als groepsgerichte jeugdhulp betreffen.

7.5 Knelpunten in de uitvoering

Er is gebrek aan eenheid in taal en uitvoering, waardoor het voor de verschillende jeugdzorginstellingen niet eenvoudig was om scherp te krijgen welke doelgroep centraal stond en wat hiervoor de meest geëigende aanpak is.

Een efficiencyslag is nodig voor de inzet van verschillende functies. Het aanbieden van modules gericht op het bevorderen van de zelfstandigheid waarop jeugdigen zouden kunnen inschrijven zouden niet alleen teamoverstijgend moeten worden aangeboden, maar mogelijk zelfs zorgaanbiederoverstijgend.

Panelssessiedeelnemers geven verder aan dat zelfstandigheidstraining met de huidige bekostiging een verliesgevende hulpvorm is. Hoewel mogelijk tijdwinst valt te behalen door onderzoek gericht op het verbeteren van de efficiency van de arbeidstijd van medewerkers, met name in de 24-uurszorg, geldt daarnaast dat deze vorm van zorg financieel moeizaam rendabel te organiseren is.

8. Doelgroep E: onderbouwing voor pakket van zorg

8.1 Wat is doelgroep E?

Op basis van de doelgroepenanalyse is doelgroep E¹³ geformuleerd als jeugdigen die behoefte hebben aan een tijdelijk vervangende begrenzende (van prikkels van buitenaf die de jeugdige aanzetten tot risicovol gedrag) opvoedingssituatie waarin behandeling van de problematiek van de jeugdige, herstel/verbetering van de relatie met ouders en verheldering van het toekomstperspectief centraal staan.

Om te illustreren welke cliënten behoren tot doelgroep E zijn hieronder enkele voorbeelden van problemen en hulpvragen beschreven (afkomstig van formulieren die voor de doelgroepenanalyse zijn gebruikt):

Jongen, leeftijd 14;9, etniciteit Nederlands.

Kern problematiek: Jeugdige met fors grensoverschrijdend en antisociaal probleemgedrag als gevolg van zowel kindeigen problematiek (ADHD/ODD) als pedagogisch tekortschietende en wisselende opvoedingssituaties en problematische gezinsrelaties.

Hulpvraag: Behoefte aan medicatie, aan passende vorm van onderwijs en aan vervangende opvoedingssituatie die rekening houdt met externaliserende problemen en delictgedrag.

Meisje, leeftijd 17;1, etniciteit Nederlands.

Kern problematiek: Jongere is van huis weggelopen en door opa en oma opgevangen. Echter door gedrag dat jongere laat zien (brutaal zijn, niet aan regels houden, liegen, inactief zijn door ontbreken van dagbesteding) is verblijf bij opa en oma niet langer haalbaar. Gebeurtenissen uit het verleden beïnvloeden jongere in haar huidige functioneren. Moeder spreekt enerzijds uit betrokken te willen blijven bij hulpverlening, in gedrag laat zij het tegenovergestelde zien. Jongere voelt geen erkenning voor haar persoon, als voor de dingen die er in het verleden wel goed zijn gegaan. Gezien de belaste geschiedenis is terugkeer naar moeder geen haalbaar perspectief.

Hulpvraag: Jongere wil doorgroeien naar zelfstandigheid om naar haar verblijf op de groep op eigen benen te kunnen staan. Het is belangrijk dat jongere leer om eigen keuzes te maken en hier dan ook voor te gaan. Ook moet zij de consequenties van haar keuze zelf onder ogen zien en verantwoordelijkheid leren dragen voor haar eigen leven. Daarnaast lijkt het belangrijk dat jeugdigen het verleden een plek geeft en hier op een goede manier mee om kan gaan.

De panelsessiedeelnemers herkennen deze doelgroep. Aanvullend op de beschrijving wordt opgemerkt dat het gedrag dat op de voorgrond staat externaliserende gedragsstoornissen zijn. Daarbij zijn dit jeugdigen die geregeld weglopen en veel wantrouwen hebben ten aanzien van de hulp. Een deel van de doelgroep is mogelijk te herkennen als aparte doelgroep. Het gaat dan om meisjes die altijd een combinatie van internaliserende en externaliserende problematiek laten zien en suïcidaal gedrag vertonen.

Deze doelgroep wordt gezien in verschillende residentiële hulpvormen, zoals de gesloten jeugdzorg, behandelgroepen en het fasehuis, in PEL-projecten (projecten ervaringsleren), maar ook in ambulante hulpvormen, zoals MDFT, MST, NPT, FFT en ambulante adoptiehulpverlening.

¹³ Doelgroep E is in de panelsessie aangeduid als doelgroep 6

Bij deze doelgroep kan voor de aanpak een onderscheid worden gemaakt in de leeftijdsgroep 9- tot 13/14-jarigen en de leeftijdsgroep 12/13- tot 18-jarigen. Afhankelijk van de problematiek worden 12-jarigen in de jongere of oudere leefgroepen geplaatst.

8.2 Wat werkt bij doelgroep E: evidence based kennis

Voor doelgroep E zijn allereerst de werkzame elementen van residentiële jeugdzorg uit hoofdstuk drie van toepassing. Naast deze algemene kennis over de residentiële jeugdzorg, is er binnen de dossiers van het Nederlands Jeugdinstuut nagegaan welke kennis er al beschikbaar is over effectieve interventies en specifiek werkzame factoren voor doelgroep E.

Wat werkt bij jeugdigen met gedragsstoornissen?

Wat zijn nu de werkzame factoren in interventies bij gedragsstoornissen (al dan niet in combinatie met delinquent gedrag)? We maken onderscheid in algemeen en specifiek werkzame factoren.

Algemeen werkzame factoren

- een goede theoretische onderbouwing van de interventie: welke risico en beschermende factoren die het ontstaan of voortbestaan van gedragsproblemen beïnvloeden wil men met de interventie beïnvloeden en hoe dan?
- afstemming van de interventie op de behoefte van de jeugdige in kwestie. Dit impliceert dat er sprake is van diagnose en selectie (er kan niet volstaan worden met één aanpak voor iedereen) en dat een aanpak gehanteerd wordt die gericht is op het verminderen van de invloed van dynamische risicofactoren die bij de jeugdige aan de orde zijn,
- afstemming van de intensiteit van de interventie op het risico op verergering van gedragsproblemen of het risico op recidive,
- afstemming van de interventie op de mogelijkheden van de jeugdige (wijze van leren, intelligentie, motivatie),
- een heldere opbouw en fasering van de interventie,
- een goede relatie tussen de hulpverleners en de jongere,
- goed opgeleid en gemotiveerd personeel dat in staat is de interventie uit te voeren zoals deze bedoeld is, 'deviantietraining' kan voorkomen en in staat is de-escalerend op te treden (en daarvoor is coaching en supervisie nodig),
- aandacht voor het ontwikkelen van motivatie van de jeugdige en diens ouders.

Specifiek werkzame factoren

- Inzet van cognitieve gedragstherapie gericht op het verminderen van denkfouten; het leren beheersen van boosheid en woede,
- 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,
- Het combineren van groepsessies met een individuele trainingscomponent
- In het geval van kinderen: toepassen van oudertraining of van een combinatie van oudertraining en training van het kind zelf,
- 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 MST, FFT),
- Bij jongeren met een gedragsstoornis en internaliserende problemen: toepassing van cognitieve gedragstherapie bij milde depressieve klachten, angstproblemen en verminderen van zelfbeschadiging en suïcide,
- Bij jongeren met een gedragsstoornis en middelengebruik: combinatie van training van de jongere en gezinstherapie (bijvoorbeeld MDFT).

Specifiek werkzame factoren binnen een residentiële setting

- Bij jongeren: het bieden van theoretische en praktische scholing, gericht op het verkrijgen en behouden van werk,
- Individuele begeleiding, individuele aandacht en ondersteuning,
- Toepassen van een gedragstherapeutische programma in de leefgroep, waarbij niet zozeer punten verdienen (alleen) centraal staat, als het geven van positieve en gerichte feedback op gedrag,
- Bieden van nazorg en begeleiding na vertrek als integraal onderdeel van de behandeling,
- Hanteren van kleine leefgroepen en sterk gestructureerde aanpak ter voorkoming van 'deviantietraining',
- Contact met pro-sociale jeugdigen en volwassenen,
- In het geval van geslotenheid: de duur van het verblijf in geslotenheid beperken in duur i.v.m. afhankelijkheid en kwetsbaarheid gedurende verblijf in gesloten setting.

Wat werkt bij delinquent gedrag?

Bij jeugdigen met probleemgedrag werkt vooral het ingrijpen via de ouders goed, in combinatie met trainen van de jeugdigen. Ook als de gedragsproblemen zich ontwikkeld hebben tot gedragsstoornissen of als jeugdigen op wat latere leeftijd delicten plegen, blijken deze elementen effectief (Boendermaker & Ince, 2008). Bij chronische problemen is vaak een zogenaamde multisysteem aanpak nodig: het trainen van jeugdigen en ouders, gecombineerd met ingrijpen op school en in de vriendenkring.

Cognitieve gedragstherapie voor jeugdigen

Uit studies komen goede resultaten naar voren bij interventies die jeugdigen sociale en probleemoplossende vaardigheden aanleren en irrationele cognities – vaststaande ideeën of overtuigingen – veranderen. Ze behalen veel betere resultaten dan psychotherapie die gericht is op het verwerven van inzicht, afschrikingsprogramma's zoals het bezoeken van gevangenen, en maatregelen als de verlaging van de caseload van begeleiders van proefverlof (Lipsey en Wilson, 1998). Interventies die gebaseerd zijn op cognitieve herstructurering in combinatie met het leren beheersen van boosheid – anger control – en die bestaan uit zowel groepsbijeenkomsten als individuele begeleiding, behalen de beste resultaten: een reductie van de recidive met 50 procent.

Interventies die uitsluitend gericht zijn op het leren kijken naar de gevolgen van een delict voor het slachtoffer, en interventies waarin alleen gedragsverandering plaatsvond zonder verandering van de onderliggende cognities, hebben negatieve uitkomsten: de deelnemers recidiveren juist meer (Landenberger en Lipsey, 2005). Wanneer cognitieve gedragstherapie wordt toegepast bij jeugdigen met een hoog recidiverisico, de interventie op de juiste manier wordt toegepast en de aanpak onderdeel is van een breder pakket van interventies, bijvoorbeeld een oudertraining, zijn de resultaten beter dan wanneer dat niet het geval is. Ook hebben interventies met een hoge intensiteit – meer sessies en een langere totale duur – betere uitkomsten. Voorbeelden van in Nederland beschikbare cognitief gedragstherapeutische programma's voor jeugdigen zijn de Washington State Aggression Replacement Training (WSART) en Equip. Deze interventies integreren verschillende elementen: socialevaardigheidstraining, het trainen van cognitieve vaardigheden (eerst nadenken, dan doen; nagaan wat de gevolgen van gedrag zijn; alternatieven afwegen), het veranderen van irrationele cognities (anderen de schuld geven), het delict minimaliseren ('de verzekering betaalt toch?') en moreel redeneren (leren nadenken over de gevolgen van een delict voor het slachtoffer). Andere voorbeelden zijn Sociale vaardigheden op maat, Aggressie regulatie op maat en Tools4u, een training in cognitieve en sociale vaardigheden als taakstraf voor minderjarigen.

Interventies in het gezin

Over het trainen van opvoedingsvaardigheden bij ouders van jeugdigen vanaf een jaar of 14 is niet veel bekend; onderzoek naar oudertrainingen heeft meestal betrekking op ouders van jongere kinderen. Het lijkt erop dat de problemen bij jeugdigen vaak al te complex en chronisch zijn om aan te pakken met alleen het trainen van opvoedingsvaardigheden van ouders. Er zijn intensievere interventies nodig. Functional Family Therapy (FFT) bijvoorbeeld, een gezinstherapie gericht op het veranderen van de interacties tussen gezinsleden en het verbeteren van het functioneren van de individuele gezinsleden en van het gezin als geheel. Omdat de leden van gezinnen met gedragsgestoorde jeugdigen elkaar vaker beschuldigen, defensief op elkaar reageren en elkaar minder steunen, probeert de behandelaar de onderlinge communicatiepatronen te veranderen. In de therapie leren gezinsleden te verduidelijken welk gedrag zij van elkaar verwachten, elkaar positief te bekrachtigen, problemen constructief te bespreken en gezamenlijk oplossingen voor problemen te vinden.

In het buitenland zijn goede resultaten behaald met FFT. De eerste uitkomsten van onderzoek in Nederland zijn positief: minder geweldsdelicten, agressie en gezinsconflicten in vergelijking met jeugdigen die een 'reguliere' justitiële afdoening kregen (Breuk, 2008).

Interventies gericht op meerdere 'systemen'

Bij Multisysteemtherapie (MST) is de aanpak nog wat breder dan bij FFT. MST gaat ervan uit dat een gedragsstoornis veroorzaakt wordt en in stand blijft door factoren in het gezin, de familie, de school, de omgang met leeftijdgenoten en de buurt. De behandeling dient zich dus ook op al die gebieden – systemen – te richten. MST richt daarom een pakket van interventies op de jongere zelf, het gezin en als dat nodig is de school, de vriendenkring, de buurt en verdere familie. Welke interventies worden ingezet, hangt af van de factoren die in een individueel geval het probleemgedrag in stand houden. Zo kan een jongere deelnemen aan een training in agressiebeheersing of probleemoplossende vaardigheden, terwijl de ouders een training in opvoedingsvaardigheden volgen en leerkrachten advies krijgen over hun aanpak van de jongere. Als het nodig is, wordt de jongere in contact gebracht met niet-delinquente jeugdigen, zodat na enige tijd een andere sociale omgeving ontstaat.

MST is, net als FFT, enige jaren geleden geïntroduceerd in Nederland. Een implementatie- en onderzoeksprogramma gefinancierd door ZonMw moet de komende tijd uitwijzen of de effecten hier net zo uitvallen als in het buitenland. Een buitenlandse meta-analyse temperde enige jaren geleden de verwachtingen omtrent MST: er bleek nog maar weinig onderzoek verricht door anderen dan de ontwikkelaars van de interventie. Onafhankelijk onderzoek is nodig om de uitkomsten goed te kunnen vaststellen.

Een aan MST verwante aanpak biedt Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). Het Leger des Heils heeft MTFC twee jaar geleden in Nederland geïntroduceerd, na goede resultaten in het buitenland. Bij MTFC woont een jongere tijdelijk in een pleeggezin met grondig gedragstherapeutisch getrainde pleegouders. De jongere en zijn ouders volgen samen en apart vaardigheidstrainingen. Net als bij MST wordt gezocht naar een andere, prosociale vriendenkring en sociale steun in de omgeving.

Wat werkt in de gesloten jeugdzorg?

Er is binnen het Nederlands Jeugdinstituut geen specifieke kennis over de gesloten jeugdzorg. Wel staan hieronder een aantal punten die door de Kenniskring gesloten jeugdzorg in juli 2007 zijn genoemd als voorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg in geslotenheid (Boendermaker en Bruinsma, 2007).

- De mogelijkheid bieden tot een geleidelijke overgang van gesloten naar volledige 'open'. De tussenstap van 'beslotenheid' dient flexibel toegepast te kunnen worden: niet voor alle jeugdigen is die tussenstap nodig, niet voor alle jeugdigen ook is strikte geslotenheid in het begin nodig.
- Integratie van de orthopsychiatrie en de instellingen voor gesloten/besloten jeugdzorg. In de nieuwe initiatieven is hier al sprake van. Ook bij de justitiële jeugdinrichtingen en enkele al langer bestaande orthopsychiatrische klinieken zou die integratie plaats moeten vinden.
- Volgens de 'overkomende' justitiële jeugdinrichtingen is een centrale toeleiding noodzakelijk om in de komende jaren te kunnen garanderen dat jeugdigen de hulp krijgen die zij nodig hebben. De nieuwe instellingen vinden juist een regionale toewijzing noodzakelijk om verantwoorde zorg te kunnen bieden: alleen dan kan er met de ouders/het gezin (samen)gewerkt worden.
- Voldoende opleidingen die voorbereiden op het werk in de een instelling voor gesloten/besloten jeugdzorg (en waar zowel kennis als vaardigheden aangeleerd worden).
- Zorgdragen voor een voldoende aanbod aan effectieve interventies bij alle aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg.
- Goed opgeleide professionals die: a) kennis hebben over stoornissen en problemen, b) de vaardigheden hebben geleerd om met jeugdigen met ernstige gedragsproblemen om te gaan, c) inzicht hebben de manier waarop reacties van professionals probleemgedrag kunnen uitlokken of voorkomen, d) hun eigen valkuilen kennen en e) consequente opvoeders zijn.
- Nadere eisen stellen aan de zorgaanbieders t.a.v. de uitwerking van de bevoegdheden tot het gebruik van beperkende maatregelen (wie mag ze toepassen en wie besluit tot toepassing ervan).
- Nadere eisen stellen aan de hulpverleningsplannen, ontwikkelen van een basisbehandelplan (format).

8.3 Wat werkt bij doelgroep E: practice based kennis

De panelsessiedeelnemers herkennen de wat-werkt-kennis die beschikbaar is voor deze doelgroep. Wat betreft de invulling van *de orthopedagogische basiszorg* wordt in aanvulling hierop het belang van een veilige respectvolle leefomgeving benadrukt. Binnen een gestructureerd en competentiegericht leefklimaat worden voor jeugdigen veilige oefensituaties gecreëerd, zodat een balans wordt aangeboden tussen het stellen van grenzen en oefenen in nieuwe situaties. Voor deze doelgroep is het daarnaast van belang om binnen de orthopedagogische basiszorg om prikkels zoveel mogelijk te reduceren.

Bij de inzet van *interventies* geldt dat bij de start van de hulp overeenstemming bereikt moet worden tussen de jeugdige, ouders en hulpverleners over welke hulp ingezet gaat worden en met welk doel. Naast een systeemgerichte benadering en interventies voor het hele gezin vraagt deze doelgroep om een combinatie van gedragstherapeutische en cognitief-gedragstherapeutische bestanddelen in de zorg. Daarbij moet er een balans en goede transfer zijn tussen behandeling op de groep en individuele behandeling. Tenslotte vraagt deze doelgroep om een goede aansluiting op vervolghulp.

Een 'machtiging gesloten plaatsing' kan ook in de periode na gesloten plaatsing de functie hebben van 'stok achter de deur'. Dit biedt jeugdigen de rust om vanuit een veilige en begrensde omgeving te oefenen met nieuwe situaties.

Een alternatieve interventie die volgens panelsessiedeelnemers effectief kan zijn voor deze doelgroep is deelname aan projecten ervaringsleren in het buitenland. De combinatie van het op afstand zijn (een natuurlijke vorm van begrenzing) en het uitgedaagd worden om ander gedrag te laten zien in een heel andere situatie waarin andere eisen aan je gesteld worden brengt specifiek bij deze doelgroep verandering op gang die nodig is om weer gemotiveerd deel te nemen aan behandeling bij terugkeer in Nederland. Ook binnen de behandelgroep kunnen ervaringsgerichte modules een bijdrage leveren aan het leertraject van de jeugdigen.

Op basis van de evidence based en practice based kennis bevat *een minimaal pakket van zorg* voor deze doelgroep de volgende bestanddelen:

Werkzame bestanddelen:

- Tijd voor het motivatieproces en engageren van jongere en ouders om zo tot een gezamenlijk plan te kunnen komen
- Systeemgerichte benadering
- Orthopedagogisch gezond basisklimaat
- Perspectief bieden qua wonen, werk en school
- Versterken van vrijetijdsvaardigheden
- Fysieke begrenzing wanneer noodzakelijk
- Ontwikkelingsgericht werken (niet alleen gericht zijn op probleemgedrag)
- Integraal werken: integratie van modules, zodat transfer bevorderd wordt
- Versterken sociale netwerk
- Afgrenzen en regie nemen
- Inzet van middelen en maatregelen
- Project Ervaringsleren

Interventies (op aparte indicatie jeugdhulp of jeugdhulp thuis):

- Systeemgerichte interventies (MST, Triple P, MDFT, FFT, PMTO, Hulp aan Huis)
- Sport- en activiteitenmodules
- Arbeidstoeleiding
- Therapieën: Psychomotore therapie, speltherapie, SOVA, ART, EMDR, cognitieve gedragstherapie

Voorwaardelijk:

- Ontschotting van de zorg
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorg en onderwijs voor dagbesteding
- Minimaal wekelijks multidisciplinair overleg
- Uitvoering van modules voor jeugdigen zoveel mogelijk door hiertoe opgeleide pedagogisch medewerkers, t.b.v. bevorderen transfer
- Gezinsgerichte interventies en ouderbegeleiding laten uitvoeren door een andere medewerker dan de mentor van de jeugdige

8.4 Invulling minimaal pakket van zorg: groepsgrootte, personeelsbezetting en bekostigingseenheden

Om de werkzame principes voor residentiële jeugdzorg in het algemeen en bovenstaande onderdelen in het bijzonder kwalitatief goed en effectief te kunnen uitvoeren, is met de panelsessiedeelnemers besproken welke consequenties de gegevens uit de literatuur hebben voor de groepsgrootte en personeelsbezetting. Daarnaast is gekeken onder welke bekostigingseenheden de zorg aan deze doelgroep gerangschikt moet worden. In dit rapport wordt daarbij alleen ingegaan op de consequenties voor de residentiële jeugdzorg. De invulling van genoemde aspecten voor ervaringsleerprojecten (PEL), dat ook ingezet wordt ten behoeve van deze doelgroep is hier buiten beschouwing gelaten.

Groepsgrootte

In de steekproef voor deze doelgroep is een leeftijdsrange gevonden van 14,7 tot 18,5 jaar. In de praktijk geven de panelsessiedeelnemers aan dat deze doelgroep ook jeugdigen telt vanaf 9 jaar. Voor de leeftijdsgroep van 12 tot 14-jarigen is het belangrijk om afhankelijk van de ontwikkelingsachterstand en problematiek te kunnen kiezen voor de jongere of juist de oudere groep.

Voor de leeftijdscategorie 9-13/14 jaar is de maximale groepsgrootte voor het uitvoeren kwalitatief goede en effectieve zorg 6 jeugdigen. Voor jeugdigen van 12-18 jaar is de maximale groepsgrootte 6 tot 8 jeugdigen met de mogelijkheid flexibel te kunnen minderen tot 6 jeugdigen, wanneer de ernst van de problematiek van jeugdigen of de groepsdynamiek dit vraagt.

Voor de berekening van de kostprijs kan gerekend worden met een gemiddelde groepsgrootte van 7 jeugdigen voor beide leeftijdscategorieën.

Personeelsbezetting en weekrooster

De bezetting en de hoeveelheid uren in het weekrooster die nodig zijn om kwalitatief goede en effectieve zorg te leveren is weergegeven in Tabel 8.1:

Tabel 8.1. Personeelsbezetting en weekrooster voor doelgroep E

Leeftijd	Bezetting	Weekrooster
9-13/14 jaar	In principe dubbele bezetting gedurende de hele dag Enkele bezetting (20 uur per dag) is mogelijk wanneer meerdere jeugdigen buiten de groep programma-onderdelen volgen, zoals onderwijs, therapie of vrijetijdsmodules Dubbel: 7.00-9.00, 12.00-22.00 uur, weekend 9.00-22.00 uur Slaapdienst: pedagogisch medewerker	226 uur
12/13-18	In principe dubbele bezetting gedurende de hele dag Enkele bezetting (20 uur per dag) is mogelijk wanneer meerdere jeugdigen buiten de groep programma-onderdelen volgen, zoals onderwijs, therapie of vrijetijdsmodules. Dubbel: 7.00-9.00, 13.00-23.00 uur, weekend 10.00-23.00 uur Slaapdienst: pedagogisch medewerker	226 uur

Het uitvoeren van de werkzame principes voor residentiële jeugdzorg in het algemeen en het minimaal pakket van zorg voor doelgroep E in het bijzonder vraagt om een dubbele bezetting wanneer meer dan vier jeugdigen op de groep aanwezig zijn. Dit betekent dat er gedurende de hele dag een dubbele dienst nodig is. Wanneer jeugdigen tijdens het dagprogramma onderwijs, interventies of andere modules volgen is het mogelijk te werken met een enkele bezetting, waarbij de tweede pedagogisch medewerker een module kan verzorgen voor enkele jeugdigen.

Op het moment dat alle jeugdigen op de groep zijn is een dubbele bezetting noodzakelijk. Voor deze doelgroep is het nodig om veel modules (therapie/onderwijs/vrije tijd) individueel of in kleine groep aan te bieden om te bewerkstelligen dat jeugdigen zo min mogelijk tijd met de volledige groep doorbrengen. Dit draagt bij aan prikkelreductie en aan de balans tussen behandelen binnen en buiten de leefsituatie op de groep.

Voor doelgroep E vraagt bovenstaande werkwijze om een weekrooster van 226 uur per week. Met deze uren kunnen de aangegeven diensten ingevuld worden. Hierbij is rekening gehouden met de uitvoering van een of meerdere groepsmodules door pedagogisch medewerkers tijdens hun diensten en de uitvoering van een aantal kwaliteitsactiviteiten (zie hoofdstuk 9). Er is geen rekening gehouden met de tijd die nodig is voor teamoverleg. In hoofdstuk 9 wordt verder ook berekend hoeveel personeelsinzet nodig is om het benodigde weekrooster te kunnen invullen.

Bekostigingseenheden

Wat betreft terminologie kan de zorg voor deze doelgroep het beste gekoppeld worden aan VF7, behandelgroep zwaar. De bekostiging van 'behandelgroep zwaar' is echter niet in overeenstemming met de minimaal benodigde personele inzet voor het leveren van kwalitatieve en effectieve zorg.

Inzet van VF7 is standaard gekoppeld aan JH2A 'ambulante specialistische hulp'. Op indicatie wordt JH3A 'therapeutische jeugdhulp ambulante' ingezet.

Daarnaast worden standaard een tot twee jeugdhulpvarianten ingezet op de locatie van de zorgaanbieder. Hierbij kan het gaan om zowel de individuele als de groepsgerichte jeugdhulp. De inzet van een PEL-project kan worden gekoppeld aan bekostigingseenheid VF6 'behandelgroep'.

8.5 Knelpunten in de uitvoering

Een flexibele overgang van meer intensieve naar minder intensieve hulpvarianten wordt bemoeilijkt door provinciale grenzen. Sommige intensieve varianten van hulp, zoals gesloten jeugdzorg, mag wel over de grenzen van de provincie worden geboden, maar voor een aanvullend traject is de jeugdige en zijn gezin aangewezen op een nieuwe zorgaanbieder in de eigen provincie. Dit belemmert een goede aansluiting en nazorg, een belangrijke voorwaarde voor effectieve hulp.

Effectieve hulpverlening aan deze doelgroep vraagt om intensieve samenwerking met onderwijs, waarin de onderwijsinstelling en de jeugdzorgaanbieder gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de invulling van het dagprogramma van de jeugdige. De samenwerking met onderwijsinstellingen zou op dit punt verder vorm moeten krijgen.

Panelssiedeelnemers geven ten slotte aan de huidige schotten tussen verschillende vormen van hulp (en dus ook tussen hulp en onderwijs) een negatief effect hebben op de behandeling van doelgroep E.

9. Invulling kwaliteitstijd

In de panelsessies is met de deelnemers gesproken over de invulling van kwaliteitstijd voor de vijf doelgroepen. Deze is globaal in twee soorten te verdelen:

- De tijd die pedagogisch medewerkers nodig hebben buiten de weekroosters om voor overleg, afstemming, en deskundigheidsbevordering
- De inzet van personeel met andere taken zoals behandelcoördinatie, teamleiding, onderzoek en organiseren van deskundigheidsbevordering.

Verschillende instellingen hanteren een verschillende terminologie voor verschillende kwaliteitsactiviteiten en geven hier ook op verschillende wijze invulling aan. Dit betekent dat in deze eerste verkenning slechts een indicatie van uren mogelijk is. Voor een heldere berekening van de kwaliteitstijd is behoefte aan meer eenheid in taal en is verder onderzoek nodig.

Parallel aan de panelsessies voor de residentiële jeugdzorg is door twee werkgroepen nagedacht over de invulling van de normprijs voor jeugdhulp en dagbehandeling. Op enkele plekken wordt in dit hoofdstuk voor de berekening van uren gebruik gemaakt van het advies van deze werkgroepen¹⁴.

Uit de panelsessies is naar voren gekomen dat de invulling van de kwaliteitstijd op de meeste punten niet wezenlijk verschilt voor de diverse doelgroepen. Een uitzondering hierop is de inzet van de behandelcoördinator die wel verschilt per doelgroep. In dit hoofdstuk wordt de invulling van kwaliteitstijd dan ook integraal voor alle doelgroepen besproken. De inzet van de behandelcoördinator is wel uitgesplitst voor de vijf doelgroepen.

9.1 Inzet uren behandelcoördinator

Behandelcoördinatoren vervullen een centrale rol bij residentiële jeugdzorg. Dit werk vraagt in de residentiële jeugdzorg dat de behandelcoördinatoren opgeleid is als gedragswetenschapper.

Het takenpakket van een behandelcoördinator omvat de volgende taken:

- analyse van de problematiek en voortgangsdagnostiek;
- opstellen en bewaken van het integrale hulpverleningsplan;
- coördinatie en invulling van verschillende modules;
- methodische begeleiding en advisering van uitvoering van modules;
- gespreksvoering met externen (o.a. contacten onderhouden van de wachtlijst);
- evaluatie met verschillende disciplines;
- verslaglegging;
- coördineren van de begeleiding van biologische ouders (hier zo nodig zelf een taak in vervullen);
- deskundigheidsbevordering van hulpverleners en methodische teambegeleiding;
- monitoren van en begeleiding bieden bij incidenten en crisissituaties;
- bewaken van de uitvoering van protocollen;

¹⁴ Parameters normprijs berekening Jeugdhulp. Werkgroep Jeugdhulp. Advies t.b.v. normprijzenonderzoek jeugdzorgberaad. Parameters normprijs berekening Jeugdhulp. Werkgroep Dagbehandeling. Advies t.b.v. normprijzenonderzoek jeugdzorgberaad.

- (door-)ontwikkeling zorgaanbod;
- mede beleid ontwikkelen.

Psychodiagnostiek wordt gezien als een aparte taak die door een hiertoe gespecialiseerde gedragswetenschapper uitgevoerd wordt. Aangegeven wordt dat dit bij de verschillende doelgroepen vaker ingezet zou moeten worden.

De behandelcoördinator heeft de volgende taken op het gebied van registratie en rapportage:

- Behandelplanning en evaluaties 1,5 uur per dag
- Contactregistraties 0.45 uur per week
- Wachtlijstbeheer 1 uur per week
- Doelrealisatie 1/2 uur per week
- Aanvragen p.o. aanvraag kinder- en jeugdpsychiater 1/2 uur per week
- Registraties t.b.v. instroom enz. 1/4 uur per week
- Div. Voortijdige uitval/incidenten /Cliënttevredenheid 1/2 uur per week

Registratietaken vragen van de behandelcoördinator gemiddeld 10 uur per week.

Dit betekent dat ongeveer 25% van de uren van de behandelcoördinator benut worden voor registratie en rapportage. De uren ten behoeve van registratie zijn meegenomen in onderstaande benodigde ureninzet, waarin alle taken zijn opgenomen.

In Tabel9.1 is de ureninzet die nodig is om dit takenpakket uit te voeren voor de verschillende doelgroepen weergegeven. De ureninzet varieert voor behandelcoördinatoren van 1 tot 2 uur per jeugdige, per week.

Tabel9.1. Inzet uren behandelcoördinator

Doelgroep		Ureninzet behandelcoördinator
Doelgroep A 'wonen en specifiek opvoeden'	Gezinshuis	1,5-2 uur per jeugdige, per week (gemiddeld 1,75 uur)
	Longstay- of leefgroep	1-1,5 uur per jeugdige, per week (gemiddeld 1,25 uur)
Doelgroep B 'wonen en behandelen'		2 uur per jeugdige, per week
Doelgroep C 'terug naar huis'		1-1,5 uur per jeugdige, per week (gemiddeld 1,25)
Doelgroep D 'zelfstandigheidstraining'		1,5 uur per jeugdige, per week
Doelgroep E 'begrenzen en behandelen'		2 uur per jeugdige, per week

Dat een gezinshuis vraagt om een relatief hoge inzet in uren heeft twee redenen:

Het gezinshuis is door de inzet van gezinshuisouders een kwetsbare constructie die alleen levensvatbaar is, wanneer gezinshuisouders intensief ondersteund worden. Dit vraagt om voldoende tijd voor het coachen van gezinshuisouders in het omgaan met hun eigen emoties. Behandelcoördinatoren hebben gezien de kleine groeps grootte in een gezinshuis (maximaal 4 jeugdigen) relatief meer gezinshuizen onder hun hoede. Dit vraagt extra schakeltijd.

De inzet van de behandelcoördinator bij doelgroep D is minder gericht op de teamsamenwerking, aangezien meer individueel gewerkt wordt. De behandelcoördinator is bij deze doelgroep echter vaak meer tijd kwijt met zorgcoördinatie en behandelplanning vanwege de grotere doorloop snelheid bij deze doelgroep.

De panelsessiedeelnemers doen de aanbeveling dat behandelcoördinatoren die werkzaam zijn voor doelgroep B en doelgroep E vijf dagen per week beschikbaar zijn. Een mogelijk alternatief

voor het bewerkstelligen van de beschikbaarheid is de koppeling van twee behandelcoördinatoren die standaard beschikbaar zijn voor elkaars behandelgroepen en ook beslissingen kunnen nemen, zodat het behandelproces niet stopt bij afwezigheid van de behandelcoördinator. Daarnaast bepleiten de deelnemers dat behandelcoördinatoren voor deze twee doelgroepen een dienstverband van 32 uur of meer hebben. Dit bevordert de bereikbaarheid en draagt zorg voor een optimale verhouding van het aantal uur dat voor neventaken wordt ingezet ten opzichte van taken direct gericht op de hulpverlening aan jeugdigen.

Zoals gesteld is het van groot belang, dat jeugdzorgorganisaties ook actief zijn op het terrein van effectiviteit. Dat vraagt keuze van effectieve behandelvormen, maar ook het voortdurend meten van de eigen effectiviteit, het deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek inzake de effectiviteit en het verzorgen van trainingen om jeugdzorg ook volgens de gevonden standaarden van effectiviteit uit te voeren. Deze taken, die we hier nader zullen aanduiden met Onderzoek & Ontwikkeling (O&O), worden als regel niet door de behandelcoördinatoren uitgevoerd, zoals ook blijkt uit hun in dit onderzoek gevonden takenpakket (paragraaf 9.2). Daarvoor zijn twee belangrijke redenen. Ten eerste vraagt het uitvoeren van deze taken m.b.t. effectiviteit een aparte deskundigheid, ten tweede is het bij effectiviteitsonderzoek ter voorkoming van bias ongewenst, dat de behandelcoördinator als uitvoerder van jeugdzorg het resultaat van de eigen inspanningen meet.

In de panelsessies is de nadere invulling van inhoud van de O&O taken niet aan de orde gekomen. Er zijn wel vergelijkende gegevens beschikbaar. In een onderzoek van het Jeugdzorgberaad Noord-Brabant m.b.t. dagbehandeling gevonden, dat de O&O functie 1% van de totale personele inzet van een instelling vraagt. Afgezet tegen de formatie van gedragswetenschappers / behandelcoördinatoren is dat 20% van die formatie, waarmee de verhouding in inzet van uren tussen behandelcoördinatie en O&O 10 : 2 is. Daarmee is er een voorlopige grondslag voor de verdere berekeningen. Nader onderzoek moet hierover in de toekomst een scherper beeld over geven.

Alle instellingen kennen naast de functie 'behandelcoördinatie' ook functionarissen, die zich bezig houden met de coördinatie van de dagelijkse gang van zaken in een residentiële groep en de samenhang van de uitvoering van de pedagogische zorg. Die taken zijn van groot belang voor het pedagogisch klimaat in de groep en uiteindelijk voor het behandelresultaat. Deze taken, die we verder zullen aanduiden als 'teamcoördinatie', worden nauw afgestemd met de behandelcoördinator. Zo kan er per instelling verschil zijn in welke mate de behandelcoördinator ook teamcoördinatietaken verricht of dat daar afzonderlijke medewerkers mee belast zijn. Het kan ook voorkomen, dat zulke taken zijn belegd bij een meewerkend teamleider. In dat geval worden de uren voor de teamcoördinatie niet tot het weekrooster van de pedagogisch medewerkers gerekend. Teamcoördinatie wordt al met al gezien als behorend tot 'kwaliteitstijd'. De inhoud van de teamcoördinatie is in de panelsessies niet aan bod geweest, maar de tijdsinzet voor die functie wel (paragraaf 9.2). Daarmee is er vooralsnog voldoende grondslag voor de verdere berekeningen. Nader onderzoek moet in de toekomst een scherper beeld opleveren.

9.2 Overleg en afstemming

Om een eenduidige werkwijze te bevorderen is overleg en afstemming noodzakelijk. Hierin komen organisatiegebonden, methodiekgebonden en cliëntgebonden onderwerpen aan bod.

Voor een blijvende afstemming op de hulpvraag van de cliënt en een planmatige uitvoering is minimaal wekelijks overleg noodzakelijk, waarbij de verschillende disciplines die betrokken zijn bij het gezinssysteem aanwezig zijn. In Tabel 9.2 is het benodigde aantal uur besteed aan het formele wekelijkse overleg dat plaats vindt in teamverband weergegeven.

Tabel 9.2. Overleg en afstemming

	Organisatie en teamsamenwerking	Cliënt en methodiek	Totaal
Pedagogisch medewerker (per persoon)	1,5 uur	2 uur	3,5 uur
Behandelcoördinator	1 uur	2 uur	3 uur
Teamcoördinatie	1,5 uur	2 uur	3,5 uur

Naast bovenstaand overleg vindt veel bilateraal overleg plaats tussen verschillende partijen om de behandeling onderling goed te kunnen afstemmen. Het gaat dan om afstemming tussen de behandelcoördinator en afzonderlijke hulpverleners, overdracht tussen pedagogisch medewerkers onderling en met andere behandelaren, (telefonische) contacten met bureau jeugdzorg, school, ouders en andere externe hulpverleners zijn hierin nog niet meegenomen. Bij benadering kost dit overleg gemiddeld vijf uur per week per medewerker. Voor de pedagogisch medewerker wordt dat overleg gerekend als onderdeel van de weekroosters en wordt alleen de tijd voor de teamvergadering opgeteld bij het weekrooster, voor de behandel- en teamcoördinatie wordt zowel de tijd van het teamoverleg als het bilateraal overleg gerekend (zie paragraaf 9.5).

Tenslotte zijn er nog enkele teamoverstijgende overlegvormen, zoals overleg rond beleidsontwikkeling, teamoverstijgende activiteiten, regelgeving, ARBO/BHV en overleg met aandachtsfunctionarissen. Behandelcoördinator en teamcoördinatie hebben ook nog eigen organisatorisch overleg buiten de werkzaamheden voor teams. Bij benadering kost dit gemiddeld één uur per week per team.

Bij verdere berekeningen is het van belang om na te gaan hoe groot de omvang van het gemiddelde arbeidscontract van een medewerker in de residentiële jeugdzorg is en welk deel de overlegtijd dus van de totale arbeidstijd maakt. Want of een medewerker nu 24 of 36 uur per week werkt, juist in de residentiële jeugdzorg moet vanwege de aard van het 7x24 uren werk iedereen het wekelijkse teamoverleg bijwonen. Een globale inventarisatie bij de instellingen van het Jeugdzorgberaad Noord-Brabant resulteerde in een gemiddelde arbeidsduur van 32 uur per week.

Panelssessiedeelnemers benadrukken mede in verband met bovenstaande, maar ook om het aantal gezichten op de groep voor jeugdigen te beperken, dat residentiële jeugdzorg vraagt om contracten met arbeidsduur van 32 uur per week of meer.

9.3 Registratie en onderzoekstijd

De pedagogisch medewerkers hebben verschillende taken rond rapportage, registratie en onderzoek. Zo worden zij geacht het volgende te registreren en rapporteren:

- Overdracht en logboek (IJZA) 2 uur per dag
- Registratie leerdoelen/werkplannen/doelrealisatie 1 uur per dag
- Medicatieregistratie 15 min. per dag
- Kasboekregistratie 15 min per dag
- Aan- en afwezigheidsregistratie 5 min p. dag

- Rapportages t.b.v. behandelplanning en evaluatiecyclus 1/2 uur p. week
- Invullen vragenlijsten t.b.v. diagnostisch en wetenschappelijk onderzoek 1/2 uur per week
- Registratie i.v.m. Haccp (zoals koelkast- en levensmiddelen-temperatuur opnemen en registreren) 5 min per dag
- Div. administratie voor de leefgroep (incident meldingen/ exitvragenlijsten / registratie reden beëindiging zorg, verzekeringen etc.) 15 min per week

Dit takenpakket kost pedagogisch medewerkers gemiddeld 4 uur per dag. Aangenomen wordt, dat pedagogisch medewerkers deze taken vervullen tijdens het werken in de groep. Voor deze taken wordt geen extra indirecte cliënttijd gerekend.

9.4 Deskundigheidsbevordering

Voor het waarborgen van de kwaliteit en effectiviteit van de hulp is het nodig dat de pedagogisch medewerkers de methoden en interventies programma-integer uitvoeren. Dit betreft een van de algemeen werkzame factoren van effectieve jeugdzorg (Yperen & Veerman, 2008). Hiertoe is het noodzakelijk dat geïnvesteerd wordt in opleiding, intervisie, supervisie en werkbegeleiding.

Opleiding betreft het trainen van pedagogisch medewerkers op het gebied van methodisch handelen. Behandelcoördinatoren houden in dit kader hun beroepsregistratie bij, zodat 'state of the art' gewerkt kan worden. Opleidingsactiviteiten kosten gemiddeld 16 uur per jaar per medewerker als het gaat om het onderhouden van een bestaande methodiek. Bij implementatie van een nieuwe methodiek of niet modules vraagt dit om meer dagen training per jaar.

Om te bewerkstelligen dat hetgeen geleerd is in de opleiding ook daadwerkelijk wordt toegepast in de dagelijkse praktijk is 'supervisie en werkbegeleiding' nodig. Dit kan enerzijds plaatsvinden tijdens themabijeenkomsten en de vertaling van de methode naar de praktijk vindt uiteraard ook plaats tijdens cliëntbesprekingen. Daarnaast is coaching on the job belangrijk, waarbij medewerkers 'op de werkvloer' feedback krijgen op hun methodisch handelen. Activiteiten op het gebied van supervisie en werkbegeleiding kosten gemiddeld 2 uur per medewerker per maand. Bij nieuw op te zetten begeleiding vraagt het meer tijd, namelijk 2-4 uur per maand. Het opleiden en inzetten van een coach vraagt in dat geval ook extra tijd.

In de residentiële jeugdzorg wordt een groot beroep gedaan op het persoonlijk functioneren van pedagogisch medewerkers. Zij 'brengen zichzelf mee' in hun werk. Intervisie draagt bij aan professionele groei en persoonlijk welbevinden van de pedagogisch medewerkers. In de intervisie is tijd voor reflectie op het eigen functioneren en de eigen professie. Intervisie-activiteiten kosten gemiddeld twee uur per zes weken per medewerker.

In tabel 9.3 zijn de uren voor een pedagogisch medewerker in het kader van deskundigheidsbevordering op een rij gezet:

Tabel 9.3. Uren voor deskundigheidsbevordering

Activiteit	Aantal uur per medewerker
Opleiding	16 uur per jaar
Supervisie en werkbegeleiding	2 uur per maand
Intervisie	2 uur per zes weken
Totaal	50 uur per jaar

Bovenstaande vraagt in totaal per medewerker in de organisatie 50 uur per jaar. Deze uren komen voor de pedagogisch medewerkers bovenop de benodigde tijd voor weekroosters, overleg e.d.

De verschillende onderdelen van deskundigheidsbevordering dragen bij aan de volgende resultaten:

- Programma-integere uitvoering en daarmee effectieve zorg
- Transparant werken
- Betrokken en bevlogen personeel (tevens terugdringen ziekteverzuim en personeelsverloop)

Om de 50 uur per jaar terug te rekenen tot weekuren moet de bruto – netto verhouding tussen werkrooster en contracturen (werkrooster, kwaliteitstijd, overleg en verlof) in ogenschouw genomen worden. Want de gevonden 50 uur kwaliteitstijd per jaar is netto. Op grond van de berekeningen van het Jeugdzorgberaad Noord-Brabant is het aantal contracturen voor een fulltimer 1872 per jaar (bruto), maar daar gaan voor allerlei vormen van verlof conform de CAO gemiddeld 277 uur per jaar van af, zodat de beschikbare nettotijd 1595 uur per jaar is, hetgeen een bruto – netto verhouding oplevert van 85%. Omdat de 50 uur per jaar uiteraard besteed worden buiten tijden van verlof, moet die 50 uur over de netto tijd worden gerekend, te weten 1,24 uur per week voor een fulltimer en 1,4 uur per week voor een medewerker die 32 uur per week werkt (de gemiddelde medewerker, zie paragraaf 9.2).

9.5 Conclusie

Kwalitatief goed en effectieve residentiële jeugdzorg vraagt om uitvoering van diverse kwaliteitsactiviteiten. Zo vraagt dit op het niveau van de individuele jeugdige om behandelcoördinatie en wekelijks overleg en afstemming door de verschillende betrokken disciplines. Het monitoren van de voortgang en het meten van de effectiviteit vergt verschillende rapportage en registratietaken. Daarnaast vraagt het verantwoording afleggen om diverse registratietaken. Om de methodiek op peil te houden en te bewaken dat medewerkers professioneel handelen is permanente aandacht voor effectiviteit en deskundigheidsbevordering (kwaliteitstijd) nodig.

Kwaliteitsactiviteiten zijn op twee wijzen te zien in de inzet van personeel (zie inleiding hoofdstuk 9);.

- De inzet van pedagogisch medewerkers buiten de weekroosters voor overleg, afstemming, registratie en deskundigheidsbevordering
- De inzet van ander personeel met andere taken zoals behandelcoördinatie, teamleiding, onderzoek en organiseren van deskundigheidsbevordering.

De gevonden resultaten worden hieronder in twee tabellen weergegeven.

Kwaliteitstijd en overlegtijd pedagogisch medewerkers

In tabel 9.4 worden de gevonden gegevens samengevat in de totale formatie pedagogisch werk per doelgroep wanneer er gewerkt wordt in teamverband. Berekeningen voor gezinshuizen en deeltijd begeleiding naar zelfstandigheid vallen hier buiten.

Tabel 9.4. Formatie pedagogisch werk per doelgroep

Doelgroep	Week-rooster	Aantal medewerkers (weekrooster gedeeld door 22,1 uur)	Overleg+ kwaliteit (aantal medewerkers x 4,9 uur)	Sub-totaal	Min 5,7%	Totaal (fte's)
A 'wonen en specifiek opvoeden'	188 uur	8	39 uur	227 uur	214 uur	246 uur (6,8)
B 'wonen en behandelen'	216 uur	10	49 uur	265 uur	250 uur	287 uur (8,0)
C 'terug naar huis'	196 uur	9	44 uur	240 uur	226 uur	260 uur (7,2)
D 'zelfstandigheidstraining'	156 uur	7	34 uur	190 uur	179 uur	206 uur (5,7)
E 'begrenzen en behandelen'	226 uur	10	49 uur	275 uur	259 uur	298 uur (8,3)

Voor individuele pedagogisch medewerkers is er per doelgroep geen verschil in kwaliteitstijd en overlegtijd, maar wanneer er meer pedagogisch medewerkers ten behoeve van een bepaalde doelgroep werken, stijgt de overlegtijd en kwaliteitstijd naar rato. Rekening houdend met de gemiddelde arbeidsduur van 32 uur per week en een bruto – netto verhouding van 85% is de gemiddelde inzetbaarheid van een pedagogisch medewerker 27 uur per week (exclusief slaapdiensten). Daarvan is dan 3,5 uur overleg en 1,4 uur kwaliteitstijd (samen 4,9), zodat er 22,1 uur (exclusief slaapdiensten) beschikbaar is voor het weekrooster. Het aantal medewerkers kan vervolgens berekend worden door het aantal uur in het weekrooster te delen door het aantal uur beschikbaar voor het weekrooster (22,1 uur). De overleg en kwaliteitstijd per team is dan het aantal medewerkers in het team vermenigvuldigd met 4,9. Op grond daarvan kan de totale netto tijd per doelgroep worden berekend. In de berekening van netto naar bruto vinden twee verrekeningen plaats. Ten eerste vanwege vakanties en weekenden. Deze worden regelmatig zo georganiseerd dat niet alle dagen en weken van een jaar volledig bemenst zijn. Er is waar mogelijk sprake van vakantie of weekendsluiting of samenwerking van groepen in delen van het jaar. Opgeteld worden die sluitingen voor deze berekening gesteld op 3 weken per jaar. Dat betekent een correctie van – 5,7%. Vervolgens wordt voor de bruto berekening wel 15% (verlof) toegevoegd. Deze berekening is noodzakelijk, omdat pedagogisch medewerkers tijdens hun CAO vakantie door collega's moeten worden vervangen.

Kwaliteitstijd overige medewerkers

In tabel 9.5 worden de gevonden gegevens samengevat in de kwaliteitstijd per doelgroep voor overige medewerkers volgens de indeling van tabel 9.4. Berekeningen voor gezinshuizen en deeltijd begeleiding naar zelfstandigheid vallen hier buiten.

Tabel 9.5. Formatie overige kwaliteitstijd per doelgroep

Doelgroep	BC per kind	BC per team (BC x 7 jeugdigen)	Overleg (BC 9 uur en teamcoördinatie, 9,5 uur)	O&O (0,2 x uren BC: team en overleg)	Totaal
A 'wonen en specifiek opvoeden'	1,25	8,75	18,5	3,55	30,8
B 'wonen en behandelen'	2	14	18,5	4,6	37,1
C 'terug naar huis'	1,25	8,75	18,5	3,55	30,8
D 'zelfstandigheidstraining'	1,5	10,5	18,5	3,9	32,9
E 'begrenzen en behandelen'	2	14	18,5	4,6	37,1

Bij de overige kwaliteitstijd is de berekening eenvoudiger dan bij het pedagogisch werk, omdat hier de diverse uren kunnen worden opgeteld. Verlof speelt hier niet zo'n rol, omdat dit type functionaris tijdens zijn/haar vakantie als regel niet hoeft te worden vervangen. In feite moeten zij hun prestatie in de 85% netto werktijd leveren.

De tijd per behandelcoördinator (BC) is berekend in paragraaf 9.1. De overlegtijd is de optelsom van teamoverleg, bilateraal overleg en organisatieoverleg van behandelcoördinator en teamcoördinatie samen (paragraaf 9.2). De tijd voor O&O is 20% van de tijd voor de behandelcoördinator.

In deze eerste verkenning is slechts een indicatie van uren mogelijk is. Voor een heldere berekening van de kwaliteitstijd is behoefte aan meer eenheid in taal en is verder onderzoek nodig.

10. Conclusies en aanbevelingen

In dit slothoofdstuk vatten we eerst samen wat het onderzoek naar aanleiding van de onderzoeksvragen heeft opgeleverd (10.1), vervolgens zetten we de belangrijkste conclusies op een rij (10.2) en tot slot doen we nog een aantal aanbevelingen (10.3).

10.1 Samenvatting beantwoording onderzoeksvragen

Dit rapport bevat een inhoudelijke onderbouwing voor de normprijzen voor de residentiële jeugdzorg. Het gaat daarbij om een eerste verkenning, waarbij middels een doelgroepenonderzoek, literatuurstudie en de uitvoering van panelsessies een antwoord is gezocht op de volgende vragen:

1. Wat is de top 5 van doelgroepen die gebruik maken van de residentiële jeugdzorg?
2. Wat is het pakket van zorg dat voor elke doelgroep nodig is om effectieve zorg te verlenen?
3. Wat is een verantwoorde groeps grootte per doelgroep?
4. Welke personeelsbezetting per doelgroep is gewenst, met name wat betreft pedagogisch personeel, maar ook inzet van therapeuten, gedragswetenschappers et cetera.
5. Wat vraagt het pakket van zorg rondom het bewaken van kwaliteit en effectiviteit? Denk daarbij aan zaken als deskundigheidsbevordering en borging, middels onderhoud en monitoren van uitvoering en resultaten.

In deze paragraaf zullen deze vragen beantwoord worden.

1. ***Wat is de top 5 van doelgroepen die gebruik maken van de residentiële jeugdzorg?***

Uit de doelgroepenanalyse is gebleken dat de volgende vijf doelgroepen het meest belangrijk zijn in de Brabantse residentiële jeugdzorg:

1. **Doelgroep A: ‘Wonen en specifiek opvoeden’**

Deze doelgroep bestaat uit jeugdigen die behoefte hebben aan een stabiele, perspectiefbiedende vervangende opvoedingssituatie¹⁵, die rekening houdt met (of indien nodig behandeling biedt voor) internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen en/of hechtingsproblemen (ten gevolge van een instabiele gezinssituatie, problemen van ouders, verwaarlozing en/of mishandeling).

Daarnaast moet nog opgemerkt worden dat een aantal jeugdigen geen netwerk heeft waar zij op terug kunnen vallen, hierbij dient er dus aandacht te zijn voor het opbouwen van een netwerk. En bij een klein aantal jeugdigen is er sprake van een ‘tegenwerkend netwerk’, d.w.z. dat de ouders de plaatsing (nog) niet hebben geaccepteerd; hierbij zouden activiteiten ondernomen moeten worden om (a) de ouders te helpen die plaatsing wel te accepteren en (b) de jeugdigen te ondersteunen bij het omgaan met loyaliteitsproblemen die het niet accepteren van de plaatsing door de ouders met zich meebrengt.

N=18 (22,5%), 9 meisjes en 9 jongens, in de leeftijd van 7;3 – 16;9 jaar.

2. **Doelgroep B: ‘Behandelen’**

Deze doelgroep bestaat uit jeugdigen met ernstige internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen en/of hechtingsproblemen (ten gevolge van een instabiele gezinssituatie, problemen van ouders, verwaarlozing en/of mishandeling), die behoefte

¹⁵ Perspectiefbiedende vervangende opvoedingssituatie = geen perspectief op terugplaatsing in het eigen gezin.

hebben aan een woonvoorziening met een specialistisch opvoedingsklimaat, rekening houdend en waarin gerichte behandeling wordt geboden voor kindeigen problemen en stoornissen (o.a. ADHD, NLD, PDD-NOS, ODD).

Net als bij doelgroep A moet nog opgemerkt worden dat een aantal jeugdigen geen netwerk heeft waar zij op terug kunnen vallen, hierbij dient er dus aandacht te zijn voor het opbouwen van een netwerk. En bij een klein aantal jeugdigen is er sprake van een 'tegenwerkend netwerk', d.w.z. dat de ouders de plaatsing (nog) niet hebben geaccepteerd; hierbij zouden activiteiten ondernomen moeten worden om (a) de ouders te helpen die plaatsing wel te accepteren en (b) de jeugdigen te ondersteunen bij het omgaan met loyaliteitsproblemen die het niet accepteren van de plaatsing door de ouders met zich meebrengt.

N=10 (12,5%), 8 jongens en 2 meisjes, in de leeftijd van 5;11 – 16;3 jaar.

3. Doelgroep C: 'Terug naar huis'

De jeugdigen in deze doelgroep hebben behoefte aan een tijdelijk vervangende opvoedingssituatie, gericht op herstel van de opvoedingssituatie thuis:

- C1. met aandacht voor fasetypische problematiek, verbetering van de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s) en herstel van de relaties in het gezin (N=1),
- C2. met behandeling van kindeigen problematiek, het leren van specifieke opvoedingsvaardigheden door de ouder(s) en herstel van de (gezags)relaties in het gezin (N=4),
- C3. met behandeling van kindeigen problematiek en langdurige ondersteuning voor de ouders thuis bij de opvoeding (N=2).

N=7 (9%), 1 meisje en 6 jongens, in de leeftijd van 6;9 – 16;10 jaar.

4. Doelgroep D: 'Zelfstandigheidstraining'

Deze doelgroep bestaat uit jeugdigen (15-19 jaar) met behoefte aan een vervangende opvoedingssituatie¹⁶, die gericht is op leren zelfstandig te wonen en daarnaast rekening houdt met internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen.

N=19 (24%), 11 meisjes en 8 jongens, in de leeftijd van 15,3 tot 19,7 jaar.

5. Doelgroep E: 'Begrenzen en behandelen'

Deze doelgroep bestaat uit jeugdigen die behoefte hebben aan een tijdelijk vervangende begrenzend (van prikkels van buitenaf die de jeugdige aanzetten tot risicovol gedrag) opvoedingssituatie waarin behandeling van de problematiek van de jeugdige, herstel/verbetering van de relatie met ouders en verheldering van het toekomstperspectief centraal staan.

N=7 (9%), 4 jongens en 3 meisjes, in de leeftijd van 14,7 tot 18,5 jaar.

Bij alle doelgroepen geldt bovendien dat er aandacht nodig is voor:

- het opbouwen/verbeteren van relaties met het gezin van herkomst;
- het opbouwen/verbeteren van relaties met betekenisvolle anderen (netwerk buiten gezin en hulpverlening);
- het vinden/behouden van passend onderwijs/werk;
- het vinden/versterken van een adequate vrije tijdsbesteding.

NB. Omdat de doelgroepen hierin niet onderscheidend zijn, is het niet bij elke doelgroep apart genoemd.

2. Wat is het pakket van zorg dat voor elke doelgroep nodig is om effectieve zorg te verlenen?

Voor alle doelgroepen is het van belang dat kwalitatief goede orthopedagogisch basiszorg wordt geboden. Bij goede orthopedagogische basiszorg gaat het er om jeugdigen kwalitatief goede

¹⁶ Vervangende opvoedingssituatie = een opvoedingssituatie anders dan in het oorspronkelijke gezin.

verzorging en opvoeding te bieden, op zo'n manier dat een gezonde ontwikkeling mogelijk is. Anders dan thuis wordt verzorging en opvoeding in leefgroepen gegeven. Dit is een specifiek kenmerk van residentiële zorg dat bijzondere eisen stelt aan professionals die de verzorging en opvoeding bieden en aan de organisatie waarin zij werken.

Uit onderzoek komen een aantal aanwijzingen naar voren voor de invulling van kwalitatief goede orthopedagogische basiszorg:

- aandacht voor de normale ontwikkeling van jeugdigen,
- oog voor de fysieke gezondheid van jeugdigen,
- aandacht voor de jeugdige als individu,
- een veilige omgeving,
- aandacht voor het gezin van herkomst,
- screening van het personeel,
- vertrouwelijkheid en toegang tot informatie.

Daarnaast is er onderzoek beschikbaar naar de effecten van residentiële jeugdzorg voor jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen of gedragsstoornissen en delinquent gedrag.

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

- naast verblijf individuele en/of groepsinterventies,
- cognitief gedragstherapeutische interventies,
- passend onderwijs dat de jongere volhoudt,
- betrekken en behandelen van ouders en gezin,
- zorgvuldige nazorg en kleinschalige (gezins-) huizen met grondige gedragsmatige aanpak (TFH).

Per doelgroep gelden daarnaast aanvullende eisen voor de invulling van de zorg om effectief te kunnen inspringen op de specifieke problemen en hulpvragen van de jeugdige en zijn gezin. In Tabel 10-1 hieronder wordt hiervan een overzicht gegeven:

Tabel 10-1. Pakket van zorg per doelgroep

Doelgroep	Pakket van zorg
A. 'Wonen en specifiek opvoeden'	<p>Werkzame bestanddelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begeleiding van gezinshuisouders, jeugdigen en biologische ouders • Langdurig verblijf in gezinshuis • Contact tussen jeugdige en biologische ouders • Wederzijdse acceptatie biologische ouders en gezinshuisouders • Versterken en uitbreiden sociaal netwerk jeugdige • Aansluitende nazorg <p>Interventies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuele interventies, zoals cognitieve-gedragstherapeutische training, creatieve therapie, speltherapie • Vergroten probleemoplossende vaardigheden • Interventies op school <p>Randvoorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Goede selectie, opleiding en begeleiding van gezinshuisouders en pedagogisch medewerkers • Ontlasting gezinshuisouders
B. 'Behandelen'	<p>Werkzame bestanddelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking met en begeleiding van gezinssysteem; • Integrale behandeling: onderwijs, interventies, vrije tijd en leven op de groep zijn aan elkaar gekoppeld; • Ontwikkelingsgericht werken; • Stimuleren van de veerkracht van de jeugdige; • Versterken en uitbreiden sociaal netwerk jeugdige; • Aansluitende nazorg. <p>Interventies</p>

Doelgroep	Pakket van zorg
	<p>ADHD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicatie • Cognitieve gedragstherapie • Psycho-educatie <p>Autisme spectrum stoornissen (ASS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensieve interventie (12 mnd per jaar) • Voorspelbaarheid en routine • Sociaal-interactieve training (communicatie / taal) • Combi 1 op 1 en leren van anderen • Psycho-educatie en emotionele steun <p>Angst- en stemmingsproblemen/stoornissen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognitieve gedragstherapie (individueel / groep) • Training opvoedingsvaardigheden voor ouders • Psycho-educatie • Anti-depressiva ontraden <p>Gedragsproblemen/stoornissen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequate opvoedingsvaardigheden (gz)ouders • Cognitieve-gedragstherapie / training • Vergroten zelfcontrole & probleemoplossende vaardigheden • Interventies op school <p>Ouderbegeleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie • Opvoedondersteuning <p>Randvoorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Time-outmogelijkheden • Teambegeleiding • Samenwerking met GGZ • Flexibiliteit in opzet aanbod
<p>C. ‘Terug naar huis’</p>	<p>Werkzame bestanddelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensieve samenwerking met en begeleiding van gezinssysteem vanaf start hulp; • Waarborgen en screenen veiligheid van het kind; • Participatie van ouders op de groep; <p>Interventies voor jeugdigen gericht op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probleemoplossende vaardigheden leren • Conflictbeheersingsstrategieën leren • Sociale vaardigheden en leeftijdsadequaate gedrag versterken • Inlevingsvermogen vergroten • Zelfvertrouwen vergroten <p>Interventies voor ouders gericht op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probleemgedrag definiëren, observeren en evalueren • Positief gedrag bekrachtigen • Praktijkervaringen bespreken • Communicatieve vaardigheden leren • Probleemoplossende vaardigheden leren • Conflictbeheersingsstrategieën • Kind ondersteunen bij schoolwerk • Leren monitoren van jeugdigen <p>Randvoorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teambegeleiding • Samenwerking met lokale veld
<p>D. ‘Zelfstandigheidstraining’</p>	<p>Werkzame bestanddelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuele aanpak • Activeren van het sociale netwerk • Hulp gericht op meerdere leefgebieden • Investeren in het volhouden van schoolloopbaan of werk • Steunende vrijwilliger

Doelgroep	Pakket van zorg
	<ul style="list-style-type: none"> • Individueel geïndiceerde modules bijv. rond budgetteren • Betrekken van ouders bij de hulp en hen begeleiden • Steunend netwerk <p>Interventies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognitief gedragsmatige aanpak: <ul style="list-style-type: none"> - cognities analyseren, probleemoplossende vaardigheden vergroten, gewenst gedrag belonen, ongewenst gedrag mild bestraffen, modeling, feedback en huiswerkopdrachten; • Training woedebeheersing <p>Randvoorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warme overdracht van 24-uurszorg in leefgroep naar fasehuis gericht op zelfstandig worden en warme overdracht en afstemming naar zelfstandigheidstraining waarin het aantal uur begeleiding geleidelijk afneemt.
E. 'Begrenzen en behandelen'	<p>Werkzame bestanddelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoge intensiteit en duur • het combineren van groepssessies met een individuele trainingscomponent; • combinatie van training van de jongere met training of therapie voor de ouders of in het gezin; • Perspectief bieden qua school/opleiding • Versterken vrijetijdsvaardigheden • Fysieke begrenzing indien nodig • Ontwikkelingsgericht werken • Versterken sociale netwerk • Sport- en activiteitenmodules • Ervaringsleerprojecten <p>Interventies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systeemgerichte interventies (MST, FFT, MDFT, FFT) • Individuele therapie (CGT, EMDR, ART, SOVA, PMT) <p>Randvoorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontschotting zorg en gezamenlijke verantwoordelijkheid onderwijs en zorg voor dagbesteding • Gezinsgerichte interventies worden uitgevoerd door ander dan mentor jeugdige • Uitvoering modules zoveel mogelijk door pedagogisch medewerkers

3. *Wat is een verantwoorde groepsgrootte per doelgroep?*

De groepsgrootte is een van de factoren die invloed lijkt te hebben op de kwaliteit en de effectiviteit van de residentiële hulpverlening aan jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek. Er is echter weinig onderzoek verricht naar de daadwerkelijke invloed van de groepsgrootte op de kwaliteit en effectiviteit van de geboden residentiële zorg (Harder & Knorth, 2007). Er zijn wel aanwijzingen dat de kwaliteit en de uitkomsten van de residentiële zorg vergroot kunnen worden door een afname van de groepsgrootte tot zes tot acht jeugdigen (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010). Voordelen van kleine groepen zijn: minder stimuli / stress, betere relatievorming tussen de jeugdigen, meer individuele aandacht voor de jeugdigen, minder noodzaak tot strenge regelhandhaving, minder kans op deviantietraining en minder groepsopvoeders, waardoor er sprake is van meer continuïteit en minder inconsequenties.

In het algemeen bestaat een verantwoorde groepsgrootte dan ook maximaal uit 8 jeugdigen. Bij een groepsgrootte groter dan 8 jeugdigen, is de kwaliteit van de orthopedagogische basiszorg niet gewaarborgd. In Tabel 10-2 op pagina 80 is de groepsgrootte per doelgroep weergegeven:

Tabel 10-2. Groepsgrootte per doelgroep

Doelgroep	Leeftijd / Hulpvorm	Groepsgrootte
A. 'Wonen en specifiek opvoeden'	Gezinshuis (0-18)	4 jeugdigen
	Longstay/leefgroep (0-18)	6-8 jeugdigen
B. 'Behandelen'	0-12 jaar	6(-8) jeugdigen
	12-18 jaar	(6-)8 jeugdigen
C. 'Terug naar huis'	0-12 jaar	6-7 jeugdigen
	12-18 jaar	7 jeugdigen
D. 'Zelfstandigheidstraining'	7 x 24 uur	6-7 jeugdigen
	<24 uur	2-4 jeugdigen
E. 'Begrenzen en behandelen'	9-13/14 jaar	6 jeugdigen
	12/13-18 jaar	6-8 jeugdigen

Voor het onderzoek is verder gerekend met een gemiddelde groepsgrootte van 7 jeugdigen (exclusief gezinshuis en deeltijd zelfstandigheidstraining. Dat geeft jeugdzorginstellingen de ruimte tot differentiatie in groepen.

4. Welke personeelsbezetting per doelgroep is gewenst, met name wat betreft pedagogisch personeel, maar ook inzet van therapeuten, gedragswetenschappers et cetera.

Om kwalitatief goede orthopedagogische basiszorg te kunnen leveren is het voor de meeste doelgroepen van belang om op de momenten dat alle jeugdigen in huis zijn ('s morgens tijdens het ontbijt en na 15.00 uur 's middags) te werken met een dubbele bezetting. Dit garandeert de mogelijkheid om individuele aandacht te besteden aan jeugdigen en voorkomt verwaarlozing op de groep.

In Tabel 10-3 is per doelgroep aangegeven welke personeelsbezetting nodig is om kwalitatief goede orthopedagogische basiszorg en effectieve behandeling te kunnen bieden. Daarnaast is aangegeven wat dit vraagt aan formatie, waarbij een aantal kwaliteitsactiviteiten zijn verdisconteerd in de formatie. De inzet van de behandelcoördinator wordt meegenomen bij de beantwoording van vraag 5.

Tabel 10.3. Personeelsbezetting per doelgroep

Doelgroep	Weekrooster	Overleg+ kwaliteit (aantal medewerkers x 4,9 uur)	Subtotaal (netto werktijd)	Bruto formatie (fte's)
A 'wonen en specifiek opvoeden'	188 uur	39 uur	227 uur	246 uur (6,8)
B 'Behandelen'	216 uur	49 uur	265 uur	287 uur (8,0)
C 'terug naar huis'	196 uur	44 uur	240 uur	260 uur (7,2)
D 'zelfstandigheidstraining'	156 uur	34 uur	190 uur	206 uur (5,7)
E 'begrenzen en behandelen'	226 uur	49 uur	275 uur	298 uur (8,3)

5. Wat vraagt het pakket van zorg rondom het bewaken van kwaliteit en effectiviteit?

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. Zo vraagt dit op het niveau van de individuele jeugdige om behandelcoördinatie en wekelijks overleg en afstemming door de verschillende betrokken

disciplines. Het monitoren van de voortgang en het meten van de effectiviteit vergt verschillende rapportage en registratietaken. Daarnaast vraagt het verantwoording afleggen om diverse registratietaken. Om de methodiek op peil te houden en te bewaken dat medewerkers professioneel handelen is permanente deskundigheidsbevordering nodig.

Uit de panelsessies is naar voren gekomen dat de invulling van de kwaliteitstijd op de meeste punten niet wezenlijk verschilt voor de diverse doelgroepen. Een uitzondering hierop is de inzet van de behandelcoördinator die wel verschilt per doelgroep. Een groot deel van de genoemde activiteiten (overleg en afstemming en registratie- en onderzoektijd) is verdisconteerd in bovenstaande formatie. Daarbovenop komen gemiddeld 50 uur per jaar per medewerker voor deskundigheidsbevordering.

In tabel 10-4 wordt weergegeven welke tijdsinvestering nodig is voor diverse activiteiten.

Tabel 10.4. Tijdsinvestering

Overleg en afstemming	Registratie en onderzoektijd	Deskundigheidsbevordering
3,5 uur per medewerker per week voor formeel overleg	Voor pedagogisch medewerkers 4 uur per etmaal op de groep	50 uur per jaar per medewerker
5 uur per medewerker per week voor cliëntgerelateerde bilaterale afstemming	Voor behandelcoördinatoren 10 uur per week	

In tabel 10-5 is aangegeven welke ureninzet nodig is van behandelcoördinatoren per doelgroep.

Tabel 10.5. Ureninzet

Doelgroep	Ureninzet behandelcoördinator	
Doelgroep A 'Wonen en specifiek opvoeden'	Gezinshuis	1,5-2 uur per week
	Longstay- of leefgroep	1-1,5 uur per week
Doelgroep B 'Behandelen'		2 uur per week per jeugdige
Doelgroep C 'Terug naar huis'		1-1,5 uur
Doelgroep D 'Zelfstandigheidstraining'		1,5 uur per week per jeugdige
Doelgroep E 'Begrenzen en behandelen'		2 uur per week per jeugdige

In Tabel 10-6 wordt tenslotte een overzicht gegeven van de kwaliteitstijd voor andere medewerkers dan de pedagogisch medewerkers.

Tabel 10-6. Formatie overige kwaliteitstijd per doelgroep

Doelgroep	BC per kind	BC per team (BC x 7 jeugdigen)	Overleg (BC 9 uur en teamcoördinatie, 9,5 uur)	O&O (0,2 x uren BC: team en overleg)	Totaal
A 'wonen en specifiek opvoeden'	1,25	8,75	18,5	3,55	30,8
B 'Behandelen'	2	14	18,5	4,6	37,1
C 'terug naar huis'	1,25	8,75	18,5	3,55	30,8
D 'zelfstandigheidstraining'	1,5	10,5	18,5	3,9	32,9
E 'begrenzen en behandelen'	2	14	18,5	4,6	37,1

6. Doelgroepen versus bekostigingseenheden

In hoofdstuk 4 tot en met 8 is steeds aangegeven hoe de gevonden doelgroepen zich verhielden ten opzichte van het systeem van bekostigingseenheden. Deze gegevens worden samengevat in Tabel 10-7.

Tabel 10-7, Doelgroepen versus bekostigingseenheden

Doelgroep	Bekostigingseenheden					
	VF2	VF4	VF5	VF6	VF7	JH2A
A 'wonen en specifiek opvoeden'		X		X		X
B 'Behandelen'					X	X
C 'terug naar huis'				X		X
D 'zelfstandigheidstraining'	X		X			X
E 'begrenzen en behandelen'				X	X	X

Bij alle doelgroepen is standaard sprake van de toe te voegen bekostigingseenheid Jeugdhulp thuis: JH2A.

Doelgroep B en doelgroep E vragen daarnaast standaard om één of twee extra individuele of groepsmodules. Het gaat kan daarbij gaan om therapie (uitgevoerd door de GGZ), de inzet van een jeugdhulpmodule (HBO of WO) of inzet van (para-)medisch zorg, zoals fysiotherapie of logopedie. Ook voor de overige doelgroepen geldt dat op grond van individuele problematiek een aanvullende indicatie nodig is voor een van bovenstaande modules.

10.2 Conclusies

De doelgroep die residentiële jeugdzorg ontvangt blijkt een doelgroep te zijn met een diversiteit aan problematiek, zorgbehoefte en perspectief. Binnen de grote groep zijn in dit onderzoek vijf doelgroepen onderscheiden. Opvallend in dit onderzoek is de ernst van de problematiek van deze jeugdigen en de ernst van de verwaarlozing en mishandeling van een deel van deze jeugdigen. Tenslotte valt op dat een relatief groot deel voor langere tijd afhankelijk is van residentiële jeugdzorg. Dit komt enerzijds omdat zij niet beschikken over een netwerk waar zij op terug kunnen vallen en anderzijds omdat hun problematiek te ernstig is om in aanmerking te komen voor plaatsing in een (pleeg-) gezin.

De invulling van een pakket van zorg dat minimaal nodig is om kwalitatief goede orthopedagogische basiszorg en effectieve behandeling voor deze vijf doelgroepen te bieden, heeft consequenties voor de groeps grootte en personeelsbezetting. Bovenstaande overzichten geven weer wat minimaal nodig is op dit gebied.

Om ervoor te zorgen dat jeugdigen de zorg krijgen die zij nodig hebben (niet meer en niet minder) zijn de volgende zaken van belang:

1. Kennis hebben van welke zorg het beste past bij bepaalde doelgroepen (zoals in dit onderzoek op een rij is gezet) en het toepassen van bewezen effectieve interventies voor deze doelgroepen.
2. Individuele cliënten adequaat en snel kunnen toeleiden naar die zorg die zij nodig hebben op basis van diagnostiek en indicatiestelling. Dit vraagt om differentiatie van de residentiële jeugdzorg voor verschillende doelgroepen, zodat het zorgaanbod toegespitst is op de problematiek en de zorgbehoefte van de jeugdige en zijn gezin.
3. Volgens het *stepped care* model (zie ook themabericht van het NJi over de Evaluatie op de Wet op de jeugdzorg, Jeugd & Samenleving 2009/3) krijgen cliënten in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste behandeling die mogelijk is. Pas als deze minimale aanpak onvoldoende effect heeft, komt een intensievere interventie in

beeld. Jeugdigen bij wie meteen duidelijk is dat zij gespecialiseerde zorg nodig hebben, slaan stappen over en krijgen die zorg direct. Residentiële zorg is jeugdzorg bedoeld voor de zwaarste groep en maakt deel uit van een zorgcontinuüm van pedagogische basiszorg, opvoed- en opgroeihulp, preventie, geïndiceerde specialistische zorg (variërend in zwaarte) en nazorg. Als dit zorgcontinuüm adequaat wordt uitgevoerd zal er minder beroep hoeven worden gedaan op geïndiceerde jeugdzorg. Deze zorg komt dan ten goede aan de zwaarste groep jeugdigen die deze specialistische zorg echt nodig heeft. Dit betreft onder andere de in het onderzoek beschreven doelgroepen. Belangrijk is om deze doelgroepen zo snel mogelijk de juiste hulp te bieden. Daarmee bereik je:

- Verkorting behandelduur
 - Verbetering van de doorstroom
 - Reductie en verkorten van wachtlijsten
 - Voorkomen van herhaald beroep op jeugdzorg / “rondpompen van jeugdigen.
4. Residentiële zorg is te beschouwen als een onderdeel van trajecthulpverlening: een aansluitend geheel van effectieve interventies, uitgevoerd onder eenduidige regie. Residentiële zorg is een onderdeel van dit traject, waarbij sprake is van aanvullende interventies voorafgaand, tijdens en na afloop van de residentiële jeugdzorg met als doel om de jeugdige en zijn ouders te helpen om de bereikte resultaten te gebruiken om succesvol regie te houden over het eigen leven. Een vervolg kan variëren van pleegzorg en kamertraining tot ambulante hulpverlening. Er wordt vanuit gegaan dat binnen dergelijke trajecthulpverlening de duur van de residentiële zorg beperkt kan blijven. Onze aanvulling hierop kan zijn, dat dat alleen het geval zal zijn als ook bij de doelgroep passende hulp geboden wordt. Alleen dan geldt het adagium: residentieel zorg zo lang als nodig, zo kort als mogelijk.
 5. Anders gezegd: het zou mooi zijn als er middels gebruik van effectieve interventies minder vaak en minder lang residentiële jeugdzorg nodig is, maar dan moet die zorg wel van genoegzame kwaliteit zijn. Wat dat betreft leert dit onderzoek dat doelgroepen van residentiële jeugdzorg echt heel forse problemen hebben en dat er voor goede residentiële jeugdzorg meer personele inzet nodig is, dan momenteel gangbaar is.

10.3 Aanbevelingen

Om de juiste hulp voor de juiste doelgroep te kunnen bieden en de kwaliteit en effectiviteit hiervan te behouden en indien nodig te verbeteren, is het naar onze mening noodzakelijk om investeringen te doen in drie zaken:

1. Orthopedagogische basiszorg en effectieve behandelmethoden voor de vijf belangrijkste doelgroepen en de daarvoor benodigde personeelsformatie.
2. Adequate diagnostiek en indicatiestelling om voor de cliënten voor wie de benodigde behandeling en toekomstperspectief nog niet duidelijk is, daarover zo snel mogelijk helderheid te krijgen zodat de juiste hulp kan worden ingezet.
3. Disciplines en activiteiten die nodig zijn voor een kwalitatieve ondersteuning van het primair proces: gedragswetenschappers, werkbegeleiders, opleidingstijd, opleidingskosten en activiteiten met betrekking tot onderzoek en effectiviteit (zogenaamde kwaliteitstijd).

In het licht van deze drie zaken komen wij tot de volgende aanbevelingen:

- Jeugdzorgaanbieders zullen duidelijker met de boodschap naar buiten moeten treden welke doelgroepen zij bedienen, welke orthopedagogische basiszorg deze doelgroepen nodig hebben en welke effectieve behandeling nodig is. Vervolgens kunnen zij op basis van inhoudelijke argumenten gewenste groeps grootte, personele formatie en kwaliteitstijd onderbouwen. Het is belangrijk dat jeugdzorgaanbieders gaan staan voor een benodigd pakket van zorg voor

bepaalde doelgroepen en de consequenties daarvoor op personeelsgebied en kwaliteitstijd. Gewaakt moet worden voor inleveren op kwaliteit en effectiviteit ten koste van jeugdigen.

- Op basis hiervan zullen financiers en zorgaanbieders zich nader moeten bezinnen op de kosten van een kwalitatief goede en effectieve residentiële zorg. Residentiële zorg kan daarbij worden gezien als onderdeel van trajecthulpverlening. Zo ook de financiering van deze zorg. Prijzen behoeven dan niet gebonden te zijn aan bedden, maar er zou sprake kunnen zijn van gemiddelde prijzen per traject per doelgroep, waarvan verblijf een onderdeel is. De hogere kosten voor het deel verblijf kunnen worden gecompenseerd binnen de totaalprijs van een traject. Dit leidt naar verwachting tot een beter behandelresultaat en jeugdigen zullen, wanneer zij kwalitatief goede en effectieve zorg ontvangen, niet steeds opnieuw aankloppen aan de deur van de jeugdzorg.
- Zorgaanbieders en financiers zullen zich nader moeten bezinnen op een inhoudelijke invulling van trajecthulpverlening. In dit verband is tevens een nadere specificatie van de doelen en de gemiddelde duur van de hulp nodig, zowel het totale traject als het residentiële deel daarbinnen.
- Zoals al eerder werd aangegeven gaat het om een eerste verkennend onderzoek. De inhoudelijke onderbouwing van de normprijzen is gebaseerd op literatuuronderzoek en practice based kennis. De onderbouwing is, hoewel steekhoudend, niet wetenschappelijk onderbouwd. Er is tenslotte (nog) geen onderzoek gedaan naar de invloed van groeps grootte en personeelsbezetting op de effectiviteit van de zorg. Daarbij heeft het onderzoek zich werkendeweg ontwikkeld en moet het gezien worden als een eerste verkenning om te komen tot normprijzen. Daarom bevelen we van harte aan om hier verder onderzoek naar te doen, bij voorkeur middels replicatieonderzoek, effectonderzoek en rendementsstudies. Daarbij gaat het dan niet alleen om afzonderlijke modules, maar om 'wat werkt' in relatie tot de doelgroepen.

Dit onderzoek kan in elk geval een bijdrage leveren aan de discussie over effectiviteit van de residentiële zorg en de randvoorwaarden (waaronder toereikende financiering) die nodig zijn om deze zorg te realiseren.

Mogelijkheden voor vervolgonderzoek zijn:

- Verificatie doelgroepanalyse; wordt bij herhalingsonderzoek met een grotere steekproef het onderscheid in verschillende doelgroepen en de relatieve grootte per subgroep opnieuw gevonden?;
- Relatie tussen continuïteit van zorg bij jeugdigen die langdurige afhankelijk zijn van 24-uurszorg tot de inzet van trajecthulpverlening;
- Effectiviteit van generiek aanbod in de wijk versus specialistisch aanbod meer op afstand;
- De vraag naar succesfactoren van verschillende vormen van 24-uurszorg (residentieel, gezinshuis of pleegzorg) voor verschillende doelgroepen;
- Verdieping van onderzoek c.q. effectstudie over één of meer doelgroepen bij een bredere steekproef van instellingen voor jeugdzorg en jeugd-ggz in Nederland;
- Onderzoek naar de duur van de hulptrajecten per doelgroep, en de optimale duur van de residentiële fase daarbinnen;
- Onderzoek naar de noodzakelijke intensiteit van de aan residentiële hulp te koppelen jeugdhulp modules;
- Verdieping van het onderzoek naar de kwaliteitstijd;
- Verbreding van het onderzoek en inhoudelijke onderbouwing van dagbehandeling en jeugdhulp;
- Internationale vergelijking met andere landen

Tot slot

In het rapport worden per doelgroep een aantal knelpunten besproken. Het is van belang dat zorgaanbieders beleid ontwikkelen op deze genoemde knelpunten.

Literatuur

- Abramovitz, R., & Bloom, M. D. (2003). Creating sanctuary in residential treatment for youth: from the "well-ordered asylum" to a "living-learning environment". *Psychiatric Quarterly*, 74 (2), 119-135.
- Anglin, J.M. (2002). *Pain, normality, and the struggle for congruence*. New York: The Haworth Press, Inc.
- Baat, M. de, Berg, T., & Steege, M. van der (nog niet gepubliceerd). *Wat werkt in gezinshuizen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., M.H. van IJzendoorn & F. Juffer (2003). Less is more. Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, vol. 129, nr. 2, p. 195-215.
- Berg, M. van den, Knorth, E.J., & Noom, M.J. (2004). *Omkapseling van jeugdigen. Besloten opvang en begeleiding voor jeugdigen met sterk antisociaal en oppositioneel gedrag?* Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Berger, M. & J. van Everdingen (2006). *De positionering van PMTO ten opzichte van ander intensieve ouderinterventies in Nederland*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Berridge, D. & Brodie, I. (1998). *Childrens' Homes revisited*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Boendermaker, L. (red.) (2005). *De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen*. Utrecht: NIZW jeugd.
- Boendermaker, L. (2008). *Wat werkt bij jeugdigen met gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Boendermaker, L., Baat, M. de (2010). *Wat werkt bij jeugdigen met gedragsproblemen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Boendermaker, L. & Berg, J.F. van den (2005). Een verblijfplaats voor langere tijd buiten het gezin. In: L. Boendermaker (red.), *De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen* (pp.19-38). Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Boendermaker, L., & Bruinsma, W. (2007). *Aanbieders van gesloten jeugdzorg: Een overzicht van de stand van zaken. Verslag van de kenniskring gesloten jeugdzorg december 2006-mei 2007*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Boendermaker, L., Harder, A.T. e.a. (2007) *Programmeringsstudie jeugdzorg*. Utrecht: NIZW jeugd.
- Boendermaker, L., & Ince, D. (2008). Effectieve interventies tegen jeugddelinquentie: geen tucht en discipline, maar oudertraining en therapie. *Jeugd & Co Kennis*, 4, 26-38.
- Boendermaker, L., Rooijen, K. van, & Berg, T. (2010). *Residentiële jeugdzorg: wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Breuk, R.E. (2008). *Breaking the Cycle. Day Treatment for Juvenile Delinquents*. Amsterdam, Vrije Universiteit. Het proefschrift is te downloaden via www.debascul.com.
- Cawson, P., Berridge, D., Barter, C., & Renold, E. (2004). *Physical and Sexual Violence Between Children Living in Residential Settings: Exploring Perspectives and Experiences. End of Award Report to ESRC*. London: NSPCC and University of Luton.

- Chipenda-Dansokho, S. & The Centre for Social Policy (2003). The determinants and influence of size on residential settings for children. *International Journal of Child and Family Welfare*, 6 (3), 66-76.
- Clough, R., Bullock, R., & Ward, A. (2006). *What Works in Residential Child Care: A review of research evidence and the practical considerations*. London: National Children's Bureau.
- Department of Health (1998). *Caring for children away from home. Messages from research*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Dishion, T.J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm. Peer Groups and Problem Behavior. *American Psychologist*, 54 (9), 755-764.
- Elderman, E., Van der Steege, M., & Van den Braak, J. (2007). Ouders met opvoedingsproblemen. In: Konijn, C., Van der Steege, M., Elderman, E., Bruinsma, W., & Van den Braak, J. (2007). *Werkzame werkwijzen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Hair, H.J. (2005). Outcomes for children and adolescents after residential treatment: a review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14 (4), 551-575.
- Harder, A., & Knorth, E. (2007). Groepsgrootte telt in de residentiële jeugdzorg: kleine groepen voor grote problemen. *Jeugd & Co*, 3, 22-29.
- Handwerk, M.L., Field, C.E. & Friman, P.C. (2000). The iatrogenic effects of group intervention for antisocial youth: premature extrapolations? *Journal of Behavioral Education*, 10 (4), 223-238.
- Harder, A., Knorth, E.J., & Zandberg, Tj. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld: een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.
- Jansen, M.G., & Feltzer, M.J.A. (2002). Follow-up en belevingsonderzoek bij jeugdigen uit een behandelingstehuis. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 41, 6, 332-345.
- Kalsbeek, A., Holter, N., & Boendermaker, L. (2009). *Wat werkt bij jeugdigen met ADHD?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Klüppel, J.E.J., & Slijkerman, A.J.M. (1983). *Gebruik en beleving van kindertehuizen. Hoe beleven jeugdigen met psychosociale gedragsproblemen de tehuissituatie?* Wageningen, Landbouwhogeschool Wageningen, vakgroep Psychologie.
- Konijn, C. (2007). Therapeutische pleegzorg: kinderen met hechtings- en gedragsproblemen. In: Konijn, C., Van der Steege, M., Elderman, E., Bruinsma, W., & Van den Braak, J. (2007). *Werkzame werkwijzen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Konijn, C., Cavelaars, E., & Boendermaker, L. (2003). Effectieve interventies bij jongens met een gedragsstoornis. In: C. Konijn (red.) (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Konijn, C., W. Bruinsma, L. Lekkerkerker, K. Eijgenraam, M. van der Steege en M. Oudhof (2009). *Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Landenberger, N.A. & Lipsey, M.W. (2005). The Positive Effects of Cognitive-behavioral Programs for Offenders. A Meta-analysis of Factors Associated with Effective Treatment. *Journal of Experimental Criminology*, jaargang 1, nummer 4, pagina 451-476.
- Lipsey, M.W. & Wilson, D. (1998). Effective Intervention for Serious Juvenile Offenders. A Synthesis of Research. In: Loeber, R. & Farrington, D.P. (red.). *Serious & Violent Juvenile Offenders. Risk Factors and Successful Interventions*. Newbury Park (CA), Sage.

- Loeffen, M. (2007). *Residentiële jeugdzorg in beeld: een onderzoek naar de intersectorale stand van zaken in Nederland*. Utrecht: Collegio.
- Mager, W., Milich, R., Harris, M.J. & Howard, A. (2005). Intervention groups for adolescents with conduct problems: Is aggregation harmful or helpful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (3), 349-362.
- Morton, J., Clark, R., & Pead, J. (1999). *When care is not enough*. Melbourne: Department of Human Services, Victoria.
- Mutsaers, K. (2009). *Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Mutsaers, K. (2008). *Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Mutsaers, K. (2009). *Wat werkt bij jeugdigen met angststoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Mutsaers, K. (2009). *Wat werkt bij jeugdigen met depressie?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- O'Connor, T.G., & Zeanah, C.H. (2003). Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment & Human Development*, 5, 3, 223-244.
- Scottish Institute for Residential Child Care. (2004). *Areas of concern in residential child care. Taken from the SIRCC Annual Report*. Retrieved 28 July, 2005.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Sinclair, I. & Gibbs, I. (1998). *Children's homes: a study in diversity*. Wiley, Chichester. Emond, R 'An outsider's view of the inside' in Crimmens, D and Milligan, I (eds) (2005) *Facing Forward. Residential child care in the 21st century*. Lyme Regis: Russel House.
- Steege, M. van der (2007). Jongeren van 16 tot 18 jaar met meervoudige problematiek. In: Konijn, C., Van der Steege, M., Elderman, E., Bruinsma, W., & Van den Braak, J. (2007). *Werkzame werkwijzen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Taylor, T.K., & Biglan, A. (1998). Behavioural family interventions for improving child-rearing. A review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology*, 1, 1, 41-60.
- Thomson, L., McArthur, M., Long, R. & Camilleri, P. (2005). *What works in residential care?* Watson: Institute of child protection studies.
- Vermande, M, E. Faber & G. Hutschemaekers (1997). *Vraag en aanbod in de Riagg-jeugdzorg. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van cliënten, hulpverleners en verwijzers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Webster Stratton, C., & M. Hammond (1997). Treating children with early-onset conduct problems. A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 65, nr. 1, p. 93-109.
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (red.) 2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

Bijlagen

Bijlage 1. Normprijzenmatrix

Om te komen tot normprijzen is door het Brabantse Jeugdzorgberaad (provinciaal branche overleg) een normprijzenmatrix ontwikkeld (Jeugdzorgberaad, 2010). Dit model ziet er als volgt uit:

Bekostigingseenheid/ Doelgroep	Primair proces	Kwaliteits- tijd	Verzorgings- kosten	Overhead	Totaal
Jeugdhulp thuis		1)			
Jeugdhulp ZA		1)			
Jeugdhulp therapeutisch		1)			
Jeugdhulp groep		1)			
Jeugdhulp crisis		1)			
Observatiediagnostiek		1)			
Dagbehandeling		1)			
Pleegzorg		1)			
Residentieel A	2)	1)			
Residentieel B	2)	1)			
Residentieel C	2)	1)			
Residentieel D	2)	1)			
Residentieel E	2)	1)			

Toelichting kostensoorten:

- Onder *primair proces* wordt verstaan de personele inzet van medewerkers, die rechtstreeks in het primair proces werken met cliënten: ambulante werkers, pedagogisch medewerkers, therapeuten en gastvrouwen.
- Onder *kwaliteitstijd* worden alle activiteiten begrepen, die nodig zijn voor een kwalitatieve ondersteuning van het primair proces: gedragswetenschappers, werkbegeleiders, opleidingstijd, opleidingskosten, activiteiten met betrekking tot onderzoek en effectiviteit.
- Onder *verzorgingskosten* worden de kosten verstaan ten behoeve van cliënten zoals voeding, zakgeld kleedgeld etc. De reden om deze kostensoort te verbijzonderen is, dat het evident kosten primair proces zijn, en dat ze per bke behoorlijk kunnen verschillen.
- Onder de *overhead* wordt verstaan alle leidinggevenden en administratief/secretarieel personeel als mede alle materiële organisatorische kosten exclusief huisvesting (huur, rente/afschrijving, welke vooralsnog niet in de normprijs zitten). Daarin zitten zowel personele kosten als apparaatskosten. De overweging om die zo bij elkaar te nemen is, dat wat de ene instelling zelf doet, koopt een andere instelling in (b.v. schoonmaak). Kosten voor energie en gebruik van accommodaties vallen ook onder de overhead.

Bijlage 2. Formulier doelgroepenanalyse

Doelgroepenanalyse – Formulier

Normprijzenonderzoek Noord-Brabant (april-augustus 2010)

Nederlands
Jeugd
instituut



A. ACHTERGRONDINFORMATIE VAN DE JEUGDIGE		
Geslacht: jongen / meisje	Leeftijd (jr;mnd):	Etniciteit:
Gezinsamenstelling:		

B. VERZAMELEN EN ORDENEN VAN INFORMATIE			
	Problemen en sterke kanten	Hulpvragen	Gewenste uitkomsten
Psychosociaal functioneren jeugdige			
Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige			
Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige			
Gezin en opvoeding			
Jeugdige en omgeving			

C. KERN PROBLEMATIEK EN HULPVRAAG (kernachtige samenvatting van deel B)

D. HULPVERLENINGSGESCHIEDENIS VAN DE JEUGDIGE		
	Periode	Omschrijving zorg
1.	_____ - Heden	Omschrijf hier de huidige zorg:
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Bijlage 3. Assen, groepen en categorieën uit CAP-J

In deze bijlage is de inhoudsopgave van het Classificatiesysteem Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J) opgenomen. De volledige beschrijvingen zijn te vinden in Konijn, C., W. Bruinsma, L. Lekkerkerker, K. Eijgenraam, M. van der Steege en M. Oudhof (2009). *Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

As A Psychosociaal functioneren jeugdige

Groep A100 Emotionele problemen

A101	Introvert gedrag
A102	Angstproblemen
A103	Stemmingsproblemen

Groep A200 Gedragsproblemen

A201	Druk en impulsief gedrag
A202	Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag

Groep A300 Problemen in de persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling)

A301	Problemen met de competentiebeleving
A302	Problemen in de gewetensvorming/morele ontwikkeling
A303	Identiteitsproblemen

Groep A400 Gebruik van middelen/verslaving

A401	Problematisch gebruik van alcohol
A402	Problematisch gebruik van amfetamine
A403	Problematisch gebruik van cafeïne
A404	Problematisch gebruik van cannabis
A405	Problematisch gebruik van cocaïne
A406	Problematisch gebruik van (synthetische of natuurlijke) stoffen die hallucinaties opwekken zoals LSD, XTC en paddo's
A407	Problematisch gebruik van een vluchtige stof
A408	Problematisch gebruik van nicotine
A409	Problematisch gebruik van overige middelen
A410	Problematisch afhankelijkheidsgedrag niet aan middelen gerelateerd

Groep A900 Overige psychosociale problemen jeugdige

A901	Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen
A902	Overmatige stress
A903	Automutilatie
A904	Andere problemen psychosociaal functioneren jeugdige

As B	Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige
-------------	--

Groep B100	Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap
-------------------	--

B101	Gehoorandoeningen
B102	Oogaandoeningen
B103	Spraakaandoening
B104	Motorische handicap
B105	(Chronische) lichamelijke ziekte

Groep B200	Gebrekkige zelfverzorging, zelfhygiëne, ongezonde levenswijze
-------------------	--

B201	Problemen met zelfverzorging en zelfhygiëne
B202	Ongezonde levenswijze
B203	Overgewicht

Groep B300	Aan lichamelijke functies gerelateerde klachten
-------------------	--

B301	Lichamelijke klachten
B302	Voedings-/eetproblemen
B303	Zindelijkheidsproblemen
B304	Slaapproblemen
B305	Groei problemen
B306	Onverklaarbare lichamelijke klachten

Groep B900	Overige problemen lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige
-------------------	--

B901	Andere problemen lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige
------	--

As C	Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige
-------------	---

Groep C100	Problemen in de cognitieve ontwikkeling
-------------------	--

C101	Problemen met schoolprestaties/leerproblemen
C102	Aandachtsproblemen
C103	Problemen verbandhoudend met hoogbegaafdheid
C104	Problemen met het sociaal aanpassingsvermogen

Groep C200	Problemen met vaardigheden
-------------------	-----------------------------------

C201	Sociale vaardigheidsproblemen
------	-------------------------------

Groep C900	Overige problemen vaardigheden en cognitieve ontwikkeling
-------------------	--

C901	Andere problemen cognitieve ontwikkeling jeugdige
C902	Andere problemen vaardigheden jeugdige

Groep D100 *Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding*

D101	Ontoereikende opvoedingsvaardigheden
D102	Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen
D103	Pedagogische onwil
D104	Onenigheid tussen ouders over opvoedingsaanpak
D105	Problematische gezinscommunicatie

Groep D200 *Problemen in de ouder-kindrelatie*

D201	Gebrek aan warmte in ouder-kindrelatie
D202	Symbiotische relatie tussen ouder en jeugdige
D203	Jeugdige in de rol van ouder (parentificatie)
D204	Vijandigheid tegen of zondebok maken van jeugdige door de ouder
D205	Problemen in de loyaliteit van jeugdige naar ouder
D206	Problemen in de hechting van jeugdige aan ouder
D207	Generatieconflict
D208	Problemen door religieuze en/of culturele verschillen tussen ouder en jeugdige
D209	Mishandeling ouder door jeugdige
D210	Jeugdige weggelopen van huis
D211	Jeugdige weggestuurd door ouders

Groep D300 *Verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling, incest, seksueel misbruik van de jeugdige in het gezin*

D301	Jeugdige slachtoffer verwaarlozing
D302	Jeugdige slachtoffer mishandeling
D303	Jeugdige slachtoffer seksueel misbruik

Groep D400 *Instabiele opvoedingssituatie*

D401	Problemen bij scheiding ouders
D402	Problemen met omgangsregeling
D403	Problemen met gezagsrelaties
D404	Problemen die gepaard gaan met het samengaan van twee gezinnen/samengestelde gezinnen
D405	Problematische relatie tussen ouders
D406	Problematische relatie jeugdige met partner opvoeder
D407	Problematische relatie (stief)broers/zussen

Groep D500 *Problemen van ouder*

D501	Negatieve jeugdervaring/traumatische ervaring ouder
D502	Problemen met werkloosheid ouder
D503	Problemen bij zwangerschap of bevalling
D504	Moeilijke start ouderschap
D505	Gezondheidsproblemen of handicap/invaliditeit ouder
D506	Antisociaal gedrag ouder
D507	Gebruik van middelen/verslaving ouder
D508	Pleger seksueel misbruik

D509	Overmatige stress ouder
D510	Psychische/psychiatrische problematiek ouder

Groep D600	Problemen van ander gezinslid
-------------------	--------------------------------------

D601	Gezondheidsproblemen of handicap/invaliditeit ander gezinslid
D602	Antisociaal gedrag ander gezinslid
D603	Gebruik van middelen/verslaving ander gezinslid
D604	Psychische/psychiatrische problematiek ander gezinslid

Groep D700	Problemen in het sociaal netwerk gezin
-------------------	---

D701	Problemen in de familierelaties (niet het gezin)
D702	Gebrekkig sociaal netwerk gezin

Groep D800	Problemen in omstandigheden gezin
-------------------	--

D801	Problemen met huisvesting
D802	Financiële problemen
D803	Problemen met hulpverleners of (vertegenwoordigers van) instanties
D804	Problematische maatschappelijke positie gezin als gevolg van migratie

Groep D900	Overige problemen gezin en opvoeding
-------------------	---

D901	Andere problemen gezin en opvoeding
------	-------------------------------------

As E	Jeugdige en omgeving
-------------	-----------------------------

Groep E100	Problemen op speelzaal, school of werk
-------------------	---

E101	Problematische relatie met leerkracht, werkgever of leidinggevende/problemen met hiërarchische relatie
E102	Problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden
E103	Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen)
E104	Van school gestuurd
E105	Problemen met school-, studie- of beroepskeuze of vakkenpakket
E106	Problemen met werkloosheid jeugdige
E107	Problemen met speelzaal, schoolorganisatie of onderwijsstijl, arbeidsorganisatie

Groep E200	Problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd
-------------------	--

E201	Problemen met vrijetijdsbesteding
E202	Problemen met verliefdheid/liefde en relaties
E203	Problematische relatie met leeftijdgenoten (onder andere gepest worden buiten school/werk)
E204	Gebrekkig sociaal netwerk jeugdige
E205	Risicovolle vriendenkring (antisociaal gedrag, gebruik middelen)

Groep E300	Problemen in omstandigheden jeugdige
-------------------	---

E301	Problemen met zelfstandige huisvesting jeugdige
E302	Financiële problemen jeugdige

E303	Problemen van jeugdige met hulpverleners of (vertegenwoordigers van) instanties
E304	Problematische maatschappelijke positie jeugdige (onder meer als gevolg van migratie)
E305	Problemen jeugdige met justitiële instanties

<i>Groep E900</i>	<i>Overige problemen omgeving jeugdige</i>
--------------------------	---

E901	Andere problemen jeugdige en omgeving
------	---------------------------------------

Bijlage 4. Verantwoording literatuursearch groeps grootte en personeelsbezetting

Er is gezocht naar zowel nationale als internationale publicaties over (effectonderzoek naar) groeps grootte en personeelsbezetting in de residentiële jeugdzorg. In de internationale literatuurdatabases PsychINFO, Omega en The Campbell Collaboration en ook in Picarta, Google Scholar, Google Books en Google is er gezocht met de volgende Engelse zoektermen:

- Effectiveness
- Residential child care, residential care & child or youth or adolescent, residential treatment & child or youth or adolescent
- Group size, unit size, number of residents in residential homes
- Staff to child ratios or child-staff ratio or staff-child ratio, staff to client ratio, staff to young offender ratio
- Staff numbers, staffing levels, staffing

In twee Nederlandse literatuurdatabases Picarta en de Mulock Houwer Bibliotheek en in Google Scholar, Google Books en Google hebben we aanvullend gezocht met de volgende zoektermen:

- Effectiviteit
- Residentiële jeugdzorg, residentiële zorg & kinderen of jeugdigen of jongeren, residentiële behandeling & kinderen of jeugdigen of jongeren
- Groeps grootte, omvang leefgroepen
- Personeelsbezetting, staf-cliënt ratio, verhouding staf/hulpverleners en kinderen/jeugdigen/jongeren

Aanvullend is er in drie toonaangevende publicaties over de residentiële jeugdzorg in Nederland gezocht naar informatie over groeps grootte en personeelsbezetting en de bronnen waar naar wordt verwezen. Het gaat om de volgende bronnen:

- Boendermaker, L., Rooijen, K. van, & Berg, T. (2010). *Residentiële jeugdzorg: wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Harder, A., Knorth, E.J., & Zandberg, Tj. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld: een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten.* Amsterdam: SWP.
- Loeffen, M. (2007). *Residentiële jeugdzorg in beeld: een onderzoek naar de intersectorale stand van zaken in Nederland.* Utrecht: Collegio.

De resultaten van de search zijn beperkt tot de residentiële jeugdzorg. Publicaties over groeps grootte en personeelsbezetting in andere vormen van zorg en onderwijs zijn buiten beschouwing gelaten.

