



'Betrek mij gewoon!'

Op zoek naar verbeterkansen voor de
jeugdhulp in het casusonderzoek
Ketenbreed Leren

VOORWOORD

Een uniek onderzoek

Ketenbreed Leren is een uniek onderzoek. Om verschillende redenen. Het is uniek in zijn soort. Ondanks het feit dat een klinische opname of een uithuisplaatsing een van de meest ingrijpende interventies is in de jeugdhulp, is er nog nooit eerder op deze manier en op deze schaal onderzoek gedaan naar hoe het zo heeft kunnen gebeuren. Daarnaast is het een uniek onderzoek omdat de jongeren en de ouders zelf zo'n centrale rol hebben gespeeld in het onderzoek. Zij hebben de tijd en moeite genomen en de moed gehad om samen met de onderzoekers hun levensloop door te nemen. Om samen terug te kijken naar al die moeilijke momenten waar er soms met, en soms voor hen beslissingen zijn genomen. Momenten die bepalend waren voor hun verdere ontwikkeling.

Het onderzoek leidde tot 31 *unieke levensverhalen* met een aantal rode draden zitten. Levensverhalen waaruit we veel kunnen leren. Bijvoorbeeld dat ernstige problematiek meestal niet op zichzelf staat, dat jongeren en ouders zich vaak niet begrepen of gehoord voelen, dat wat zij nodig hebben niet altijd datgene is wat de hulpverlener of de organisatie kan bieden. Maar ook het belang van basale levensbehoeften komt in alle verhalen naar voren: een veilige omgeving, een plek om te wonen en te mogen zijn wie je bent en een school waar je niet weggestuurd wordt omdat je gedrag anders is.

Het onderzoek laat ook *indrukwekkende cijfers* zien. Bijvoorbeeld over de hoeveelheid wisselingen die jongeren meemaken: in waar ze wonen en waar ze naar school gaan. Jongeren wisselen gemiddeld 8 à 9 keer van woonplek, met hun eigen gezin, maar ook daarbuiten. En ze wisselen gemiddeld 4 keer van school. Er is weinig verbeelding nodig om te bedenken wat het effect daarvan is geweest op hun ontwikkeling.

Ketenbreed Leren is uniek omdat de verhalen en de cijfers ons laten zien wat er mis gaat. Maar juist ook omdat het kansen biedt om te leren. Diezelfde ouders en jongeren die de vinger leggen op de 'zere' plekken, verwoorden ook waar ze behoefte aan hebben. Wat zou hen hebben geholpen op de moeilijkste momenten. Wat hen meer vertrouwen had gegeven en meer regie over hun eigen leven. En daar liggen de kansen!

>>>

Auteurs:

Marieke Spijk-de Jonge
Marjan de Lange
MARIKE SERRA
Mariska van der Steege
Peter Dijkshoorn

Eindredactie:

Anke Wammes

Vormgeving:

Suzanne Nieuman [Phanatique]

November 2022



Mijn hoop voor de toekomst van de jeugdhulp is dat we die kansen aangrijpen om te leren en te verbeteren. Vanuit de onderzoeksgroep gaan we daar hard mee aan de slag. Het ministerie van VWS stelde ons in staat het onderzoek uit te voeren. Maar geeft ons ook de gelegenheid er in het komende jaar voor te zorgen dat de aanbevelingen in de praktijk worden gebracht. Dat ze bij de professionals zelf terecht komen, bij opleiders, bij beleidsmakers en bij belangrijke netwerken en kennisinstituten. Want dit onderzoek mag niet in de la blijven liggen!

Dank, aan alle jongeren en ouders die zo moedig zijn geweest hun levens vol tegenspoed en moeilijkheden met ons te delen en dank aan de onderzoekers die met veel doorzettingsvermogen dit unieke onderzoek hebben uitgevoerd.

Marco Bottelier,
Bestuurder Accare en penvoerder Ketenbreed Leren

Waren goede bedoelingen maar genoeg...

Als het niet goed met een kind, jongere of gezin gaat, willen alle betrokkenen niets liever dan snel en goed helpen. Voor ouders zijn hun kinderen het belangrijkste in hun leven. En professionals kozen vaak met hart en ziel voor hun mooie, maar zeker niet eenvoudige vak. Maar ondanks ieders beste bedoelingen blijkt goed bedoelde hulp lang niet altijd te werken, en soms zelfs eerder problemen te vergroten dan te verkleinen. En ondanks – of misschien soms juist wel door – ieders gevoel van urgentie grijpen we vaak te snel naar hulp die niet goed genoeg aansluit bij de behoeftes van het betreffende kind en bij onze kennis over wat werkelijk helpt.

Het onderzoek van Ketenbreed Leren laat treffend zien hoezeer jongeren, ouders en hulpverlening kunnen vastlopen in een door ieder goed bedoelde maalstroom van misverstanden, aannames en gewoontes. Met verstreckende gevolgen voor jongeren en gezinnen. We weten natuurlijk niet zeker hoe het met deze jongeren en gezinnen zou zijn gegaan als andere keuzes gemaakt waren. Maar het wordt uit dit onderzoek wel heel duidelijk dat maar zelden echt goed geluisterd en geanalyseerd is. En dat met de beste bedoelingen een reeks van trajecten werd gestart gebaseerd op verkeerde aannames of een onvolledig beeld van wat er aan de hand is. Misschien maakt juist de combinatie van urgentie en goede bedoelingen het lastig om echt goed te luisteren naar wat nodig is?

Ketenbreed Leren laat niet alleen zien hoe moeilijk het is om jongeren in de knel echt goed te helpen, maar toont ons vooral hoe het beter kan. Niet door een wondermiddel zoals een stelselwijzing. De geschiedenis (en dit onderzoek) laten wel zien dat haarlemmerolie niet bestaat. Ketenbreed Leren laat overtuigend zien dat passende hulp – zeker wanneer de hulpvragen intensief en complex zijn - begint bij goed en oordeelvrij luisteren, bij het vormen van een goed en volledig beeld van hoe de dingen met elkaar samenhangen en bij goed samenwerken.

Als we hulp bovendien zo inrichten dat samen zoeken naar oplossingen, samen leren van tegenvallers en successen en het toepassen van onderbouwde kennis belangrijk is, kunnen we werkelijk vooruitgang boeken. Ik hoop dan ook dat u dit rapport niet alleen leest als een bundeling van onderzoeksresultaten, maar vooral als het begin van jeugdhulp waarin leren van ieder hulpverleningstraject gewoon en vanzelfsprekend is.

Bram Orobio de Castro
Hoogeleraar Orthopedagogiek UvA

INHOUD

VOORWOORD

5

Een uniek onderzoek	2
Waren goede bedoelingen maar genoeg...	3

INLEIDING

5

Onderzoeken én leren	5
Onderzoeksvragen	5
Werkwijze	6
Enkele kritische noten vooraf	6
Leeswijzer	6
Woord van dank	7

ONDERZOEKSMETHODE

9

Werving van deelnemers	9
Inclusiecriteria: wie deden mee?	10
Exclusiecriteria: wie deden niet mee?	10
Casusselectie	10
Medisch-ethische toetsing en toestemming5	10
Methodiek casusonderzoeken	11
Consistente uitvoering van de methodiek	11
Belasting voor de jeugdige en de ouder(s)	14
Regionale leertafels	15
Analyse van de data	15

RESULTATEN

17

Kenmerken van de jongeren	17
Kenmerken van de hulptrajecten	23
Inzichten uit leer- en reflectiesessies	29

DE VIJF BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

34

Opvallende bevindingen en patronen	34
Symptomen behandelen in plaats van onderliggende factoren	35
Schade door behandeling en te weinig resultaat	36
Niet gehoord worden en te weinig samen beslissen	37
Te weinig prioriteit voor onderwijs	38
Te weinig hulp voor eigen problemen van ouders	38

AANBEVELINGEN

42

Verklarende Analyse inzetten	43
Monitoren van resultaat	44
Goed luisteren en gelijkwaardig samenwerken	46
Prioriteren van deelname aan onderwijs	47
Hulp voor ouders bij eigen problemen	49
Scholing en supervisie in werken met richtlijnen	50
Referenties	52
Bijlage 1: Publicaties tijdens de onderzoeksfase van Ketenbreed Leren	54
Bijlage 2: Overzicht uitkomstmaten	54
Bijlage 3: Deelnemers stakeholdersessies	55

INLEIDING

Het onderzoeks- en leerproject Ketenbreed Leren is eind 2018 gestart en richtte zich op het systematisch verzamelen van kennis en het gezamenlijk leren over hulpverleningstrajecten waarbij een vorm van 24-uurszorg werd ingezet. Dat kan zijn in de jeugd-ggz, de gesloten jeugdzorg, orthopedagogische behandelcentra of andere verblijfsvoorzieningen voor jeugdigen. Ketenbreed Leren borduurt voort op verschillende onderzoeken, waarin op een verkennende manier kennis verzameld is over het verloop van hulptrajecten (o.a. Tempel & Vissenberg, 2018). Deze onderzoeken lieten onder andere zien dat de problematiek van jeugdigen te weinig deskundig is geanalyseerd voorafgaand aan de inzet van intensieve 24-uurszorg, en dat effectieve interventies te weinig of te laat zijn ingezet.

De evaluatie van de Jeugdwet in 2018 was een belangrijke aanleiding om op een meer systematische en meer omvangrijke manier kennis te verzamelen over jeugdhulptrajecten met verblijf. Er zijn stappen gezet in de richting van betere jeugdhulp, maar de gestelde transformatiedoelen zijn nog niet bereikt (Friele et al., 2018). Daarvoor is meer tijd nodig en het vraagt van de hele keten een flinke en gezamenlijke investering om kennis op te halen, uit te wisselen en met elkaar te leren.

Daarnaast raken we er steeds meer van overtuigd dat opnames en verblijf slecht zijn voor jeugdigen en hun ouders. Zeker als dat langdurig is en zonder uitzicht op wat daarna komt. Dit leidt tot ongewenste uitkomsten voor de ontwikkeling van jeugdigen en voor de relatie tussen jeugdigen en hun gezinsleden (Addink & Van der Veldt, 2022). Eerdere onderzoeken gaven aanleiding om te veronderstellen dat een zorgvuldigere analyse en eerdere inzet van passende en effectieve hulp kan bijdragen aan het voorkomen van opnames en verblijf (Jacobs et al., 2020). Uitzonderingen daargelaten: het is wenselijk dat jeugdigen bij hun ouders opgroeien (Broersma et al., 2021).

Onderzoeken én leren

Ketenbreed Leren heeft als ambitie ervoor te zorgen dat jeugdigen nu en in de toekomst eerder de best passende en de meest werkzame hulp¹ ontvangen. Met zo min mogelijk onderbrekingen en waar de hulp zo dichtbij huis is als mogelijk. We veronderstellen dat daardoor de inzet van zeer intensieve specialistische jeugdhulp met een vorm van verblijf (zoals plaatsing in een JJI, OTS met uithuisplaatsing of langdurige opnames in de LVB-zorg, jeugd-ggz, jeugd- en opvoedhulp en JeugdzorgPlus) minder nodig zal zijn.

We onderzochten het verloop van jeugdhulptrajecten in verschillende delen van het land en met verschillende onderzoekspartners. We interviewden jeugdigen en hun ouders over het levensverhaal van de jeugdige en we vroegen hen naar hun visie op hoe de moeilijkheden zijn ontstaan, welke factoren daaraan hebben bijgedragen, welke hulp is ingezet, met welk effect en welke ervaringen zij daarbij hadden. We gingen hierover in gesprek met de ouders, met de jeugdigen en met professionals, om zo ook de visie van professionals mee te nemen. Op die manier kregen we zicht op de dingen die goed gaan, maar ook op waar de ruimte voor verbetering is.

Ketenbreed Leren is een onderzoeksproject met zowel aandacht voor leren in het hier en nu, als leren op de langere termijn. Juist daarom bespraken we de resultaten van de interviews met de jeugdigen, hun ouders én de betrokken professionals. Van die leer- en reflectiesessies gaat een grote kracht uit. Samen terugkijken op het levensverhaal van een jeugdige en diens hulpverleningstraject was voor veel van de deelnemers een heftige en indrukwekkende ervaring. Het maakte indruk op professionals om te zien hoe bijvoorbeeld steeds opnieuw vergelijkbare vormen van opvoedondersteuning elkaar volgden, ook wanneer resultaat uitbleef, hoe ze bepaalde ervaringen van het gezin niet eens kenden of hoe weinig oog en steun er was voor de eigen problemen van ouders. Deelnemers gingen naar huis met concrete actiepunten variërend van ‘veel beter luisteren naar het verhaal van ouders en jeugdigen en echt samen met hen een verklarende analyse maken’ tot ‘eerder bijschakelen van extra deskundigheid als resultaat van hulp uitblijft’.

Na vijf casusonderzoeken in een regio organiseerden we een regionale leertafel, voor professionals vanuit de volledige keten. Daarvoor werden de resultaten van de onderzoeken gebundeld en besproken met professionals in de regio. Ook weer om van te leren en samen te kijken: welke patronen zien we en op welke punten kan het beter? Tot slot verzamelden we in dit rapport de data van alle casusonderzoeken.

Onderzoeksvragen

Welke lessen kunnen we leren uit trajecten van jeugdigen die weinig voorkomende specialistische jeugdhulp ontvangen?

- Wat zijn de kenmerken van de levensloop van jeugdigen die specialistische, weinig voorkomende jeugdhulp ontvangen?
- In hoeverre is de informatieverzameling, analyse en diagnostiek uitgevoerd volgens de huidige geldende richtlijnen?
- In hoeverre is de jeugdhulp (behandeling/interventie) uitgevoerd volgens de huidige geldende richtlijnen?
- In hoeverre is het toekomstperspectief van de jeugdige helder?
- In hoeverre is er sprake van afstemming en samenwerking tussen de betrokken partijen?
- Wat zijn bevorderende factoren die bijdragen aan een positief verloop van het hulpverleningstraject?
- Wat zijn barrières die het verloop van het hulpverleningstraject belemmeren?
- Wat zijn volgens de betrokkenen verbeterpunten in eerdere fasen van het hulpverleningstraject?
- Wat zijn volgens de betrokkenen verbeterpunten in de huidige fase van het hulpverleningstraject?

Werkwijze

Het leer- en onderzoeksmiddel binnen Ketenbreed Leren is het casusonderzoek. Dit casusonderzoek bestaat uit een interview met de jeugdige, een interview met de ouders, een dossier-onderzoek, een leersessie met het gezin en de professionals die bij hen (vanuit verschillende instellingen) waren betrokken en een reflectiesessie met professionals (zie hoofdstuk 2 voor een uitgebreidere beschrijving van de gevolgde methodiek)².

In het casusonderzoek staat het levensverhaal van de jeugdige centraal. De procesbegeleiders maken een levensloop van de plekken waar de jeugdige gewoond heeft, waar hij naar school ging, hoe het daar was en welke mensen in zijn leven belangrijk voor hem zijn geweest. Daarnaast komen in de levensloop leuke en minder leuke gebeurtenissen die de jeugdige heeft meegemaakt aan bod en hulpverlening die hij heeft ontvangen. Verder wordt in het interview met de jeugdige en met ouders gevraagd naar de huidige hulp: was er overeenstemming over de aanmeldingsreden, de hulpvraag, de doelen en de aanpak? Is er een goede en gedeelde analyse gemaakt van de problemen? Werd er goed samengewerkt met het netwerk van de jeugdige en het gezin? En was er voor de jeugdige en de ouders ook aandacht voor hun sterke kanten?

Bovenstaande werkwijze is ontleend aan de werkwijze en uitkomsten van eerder (verkennend) casusonderzoek. Voorbeelden van leeronderzoek op casusniveau zijn:

- Dialoogtafel (www.awtijf.nl).
- Learning Together (www.learningtogether.nl) en drie leerreviews in Amsterdam naar het voorkomen van bovenregionale of gesloten plaatsing (De Lange & Taekema, 2018).
- Action-Learning naar de uitstroom van 24-uurszorg (Tempel & Vissenberg, 2018).
- Onderzoek Apeldoorn naar legitimiteit van residentiële plaatsing (Van der Steege, 2017).

Enkele kritische noten vooraf

Een kritische noot bij deze werkwijze is op zijn plaats. We hebben de casusonderzoeken systematisch en methodisch uitgevoerd. De vragen zijn gebaseerd op factoren waarvan we uit de literatuur weten dat ze belangrijk zijn voor succesvolle jeugdhulptrajecten. Procesbegeleiders zijn getraind in het volgen van een vaste onderzoeksmethodiek. Toch hebben we niet de pretentie volledig te zijn. Wat is opgeschreven in dit rapport, is alles dat we van voldoende waarde vonden om mee te nemen in de interviews en die de jeugdige en hun ouders de moeite waard vonden te vertellen.

Het is bijna onmogelijk om helemaal onbevooroordeeld naar het leven van een jeugdige en van hun ouders te luisteren. Ook is het bijna onmogelijk alle gebeurtenissen en aspecten uit een leven te ‘vangen’. De geïnterviewde jeugdigen, hun ouders en de professionals keken terug op een periode die soms al langer achter hen lag. Het is voor de lezers van dit rapport belangrijk om zich dit te realiseren. Uit de ‘rijke’ levensverhalen van jeugdigen en hun ouders kan meer geleerd worden dan terug te lezen is in dit rapport.

We hebben in dit onderzoek gekeken naar de levensverhalen van jeugdigen die ‘weinig voorkomende, specialistische jeugdhulp’ hebben ontvangen. Dit zijn verhalen van jeugdigen en gezinnen die onvoldoende hebben kunnen profiteren van de huidige ambulante jeugdhulp. Dit heeft uiteraard invloed op onze bevindingen en op de kijkrichting in dit onderzoek.

Een laatste kritische noot betreft het uiteindelijk aantal opgeleverde casusonderzoeken. De ambitie was om 75 casusonderzoeken uit te voeren. Uiteindelijk zijn het er 31 geworden. Dat heeft verschillende redenen:

- Corona en de bijbehorende maatregelen maakten het in sommige periodes moeilijk om afspraken te maken voor interviews en leersessies.
- De werk- en prestatiedruk bij de professionals die we uitnodigden deel te nemen aan de leer- en reflectiesessie was hoog en het feit dat zij hun deelname niet altijd konden ‘wegschrijven’ onder directe (cliëntcontact-)uren, was soms een belemmering om mee te doen.
- Vanwege de eventuele impact op het behandelverloop waren sommige professionals huiverig jeugdigen en hun ouders te benaderen voor deelname aan het casusonderzoek.
- De werkdruk binnen de jeugdhulporganisaties is hoog waardoor er te weinig prioriteit kon worden gegeven aan ‘nog een project’.
- De urgentie om aan dit soort onderzoek en leersessies mee te doen wordt nog te weinig gevoeld. Jeugdhulp is een nog relatief jonge, en aan grote veranderingen onderhevig zijnde sector en weinig gewend en daartoe ook niet opgeleid te leren van eigen werk.

Hoewel minder casusonderzoeken zijn uitgevoerd dan de ambitie was, zijn we ervan overtuigd dat dit weinig afdoet aan de zeggingskracht van het onderzoek. Elk levensverhaal biedt voldoende informatie en aanknopingspunten om van te leren. Ook bereikten we een bepaalde mate van ‘verzadiging’. Nieuwe casusonderzoeken leidden steeds minder tot nieuwe inzichten of leerpunten.

Leeswijzer

Na deze inleiding volgt hoofdstuk twee met de onderzoeksmethode. In hoofdstuk drie lees je de resultaten van het onderzoek terug. In hoofdstuk vier presenteren we de rode draden die we overall terugzagen door alle casusonderzoeken heen. In het laatste, vijfde hoofdstuk doen we aanbevelingen. Deze zijn mede geformuleerd op basis van gesprekken met stakeholders.

In dit rapport kom je overal quotes en levensverhalen tegen. We gebruiken ze omdat deze quotes en verhalen het verdienen om gehoord te worden. Ze zijn echter geanonimiseerd en alles wat mogelijk te herleiden is, is fictief.

In de meeste gevallen spreken we van jeugdigen en hun ouders. Soms, als het gaat over een enkeling, spreken we over ‘hij’. Daar had net zo goed ‘zij’ kunnen staan.

Woord van dank

De rijke onderzoeksbevindingen uit dit onderzoek hebben wij volledig te danken aan de jeugdigen en hun ouders die bereid waren om aan de onderzoekers en de procesbegeleiders hun levensverhaal te vertellen. En niet alleen dat, zij durfden het ook aan om erover in gesprek te gaan met de professionals die nu of eerder op hun pad kwamen. Wat hebben we enorm veel van jullie geleerd!

Daarnaast bedanken wij de professionals die bereid waren om deel te nemen aan de leer- en reflectiesessies en open stonden voor het verhaal van jeugdigen en hun ouders. Ze keken kritisch naar zichzelf. Dank voor het maken van tijd en ruimte in jullie drukke agenda's om aan dit onderzoek deel te nemen.

Verder bedanken wij Accare, Ambiq, Horizon Jeugdzorg en Onderwijs³, LUMC Curium, De Koraalgroep, Sterk Huis, Levvel, CJG Apeldoorn, CJG Nunspeet, Molendrift, de Mutsaersstichting, de Rading, Timon, Ipse de Bruggen, Schakenbosch, Jeugdformaat en Jeugdbescherming West en Woodbrookers voor hun medewerking. Zij hebben zich gastvrij opgesteld en ondersteuning verleend aan het organiseren en faciliteren van het casusonderzoek in hun instelling.

Tot slot bedanken wij de procesbegeleiders: Alida Hielema, Cathelijne Mieloo, Chanel Bansema, Harmke Leloux, Hilde Tempel en Ilona Klein-Doornwaard, wat hebben jullie hard gewerkt en wat was het soms 'leuren' om binnen de instellingen aandacht te krijgen voor het onderzoek en om deelnemers te vinden. Voor jullie allemaal geldt dat 'de aanhouder wint'. Dank voor jullie aanhoudende doorzettingsvermogen en bereidheid om samen met ons te leren en ontwikkelen.

Dank aan Accare, LUMC Curium, de Haagse Hogeschool en Horizon voor het samen dragen van dit onderzoek en het beschikbaar stellen van procesbegeleiders.



Onderzoeksmethode

ONDERZOEKSMETHODE

In dit onderzoek maakten we gebruik van casusonderzoek. Op basis van eerdere ervaringen met casusonderzoeken en op basis van literatuur kozen we voor een methode voor casusonderzoek die verwant is aan het Social Care Institute for Excellence (SCIE) model en 'learning together'(www.learningtogether.nl). In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we het onderzoek hebben uitgevoerd.

Onderzoeksgroep

Dit onderzoek richtte zich op jeugdigen en hun ouders die zeer intensieve, specialistische jeugdhulp ontvangen. Dat betekent dat we ons richtten op hulptrajecten waarbij verblijf is ingezet. Dat verblijf kan verschillend van aard zijn:

Orthopedagogische Behandelcentra (OBC)

In dit type instellingen verblijven jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) in combinatie met psychische en/of psychosociale problemen. Vaak is er sprake van een langdurende opname in combinatie met juridische maatregel, zoals een OTS.

JeugdzorgPlus

JeugdzorgPlus is een vorm van (vaak gesloten) jeugdhulp die wordt geboden aan jeugdigen die niet bereikbaar zijn voor lichtere vormen van hulpverlening. Zonder behandeling vormen zij een risico voor zichzelf of hun omgeving.

Jeugd-ggz

Binnen de gespecialiseerde jeugd-ggz verblijven kinderen met ernstige psychiatrische problematiek die soms levensbedreigend is (denk bijvoorbeeld aan suïcide of psychose) of een ernstige bedreiging vormt voor de ontwikkeling van de jeugdige. Indicaties voor opname liggen vaak niet alleen in de ernst of aard van de problematiek zelf, maar ook in de draagkracht van het gezin.

Jeugd- en opvoedhulp

Binnen de jeugd- en opvoedhulp wordt 24-uurszorg geboden aan kinderen, jeugdigen en hun gezinnen waarbij een combinatie van problemen (kind-, gezins- en veiligheidsproblemen) ertoe leidt dat een kind voor kortere of langere tijd niet thuis kan wonen.

Gemeenschappelijk is dat er bij al deze jeugdigen sprake was van complexe en samengestelde problemen op meerdere levensgebieden: in het gezin, bij het kind zelf, op school en daarbuiten. Er was veel overlap in de problemen. Bovendien gaat het in alle situaties om jeugdigen die vaak al lange tijd hulp hadden en waarbij zich traject op traject stapelde.

We hebben in totaal 31 casusonderzoeken uitgevoerd. De casussen waren verdeeld over de verschillende typen instellingen (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 Regionale onderzoekspartners, deelnemende organisaties en aantal casusonderzoeken

	Partner	Deelnemende organisaties	Aantal casus-onderzoeken
Noord Nederland	Accare	Accare, Ambiq, Woodbrookers Molendrift	12
Noord-Holland/Amsterdam	Levvel	Levvel	1
Zuid Holland	Curium/LUMC Horizon Haagse Hogeschool	Curium, Horizon, Timon, Jeugdbescherming West, Ipse de Bruggen, Schakenbosch, Jeugdformaat	13
Midden Nederland		De Rading	1
Brabant/Limburg		Sterk Huis, Koraal Groep, Mutsaersstichting	3
Gelderland		CJG Apeldoorn	1
Totaal			31

Opmerkingen

- In het oorspronkelijke onderzoeksplan waren ook de JJI's (Justitiële Jeugdinrichtingen) opgenomen. Een justitiële jeugdinrichting is een gesloten instelling voor jeugdigen met jeugddetentie of een maatregel tot plaatsing in een justitiële jeugdinrichting (PIJ, ook wel bekend als 'jeugd-tbs'). In de JJI's worden straffen en maatregelen van het jeugdstrafrecht uitgevoerd. Ondanks het feit dat er vanuit de Dienst Justiele Instellingen toestemming was voor deelname, is het niet gelukt binnen deze instellingen casusonderzoek te doen. Dat had mede te maken met de recente hervormingen (inclusief sluitingen) binnen deze sector.
- In het oorspronkelijke plan waren zes onderzoekspartners opgenomen. Een van deze partners heeft vroegtijdig te kennen gegeven niet meer te kunnen deelnemen aan het onderzoek, vanwege de toenemende werkdruk door Corona.
- In de loop van de tijd hebben zich vrijwillig een aantal andere instellingen gemeld voor deelname aan het onderzoek (zie tabel 2.1 bij deelnemende organisaties). Deze verzoeken hebben we gehonoreerd indien passend binnen het onderzoek.

Werving van deelnemers

De deelnemers voor het onderzoek werden geworven in verschillende regio's in Nederland via de vier onderzoekspartners (i.e. Accare, LUMC Curium, Levvel en Horizon). Vanuit deze instellingen hadden procesbegeleiders contacten met relevante partners. Binnen de partnerinstellingen informeerden aandachtsfunctionarissen jeugdigen, gezinnen en professionals over het onderzoek en zorgden voor *Informed Consent* (toestemming). De procesbegeleiders voerden de casusonderzoeken uit.

Inclusiecriteria: wie deden mee?

Jeugdigen en hun ouder(s) die aan de volgende inclusiecriteria voldeden, kwamen in aanmerking voor deelname aan dit onderzoek:

- Jeugdigen die in de zes maanden voorafgaand aan het moment van casusselectie opgenomen zijn geweest in de betreffende instelling.
- Die op het moment van casusselectie nog steeds een vorm van hulp ontvingen.
- Die minimaal 8 en maximaal 18 jaar oud waren.

We stelden als minimale leeftijd 8 jaar, omdat we de inschatting maakten dat deelname aan het onderzoek voor jongere jeugdigen te moeilijk zou zijn (o.a. in verband met het veronderstelde reflectief vermogen en het invullen van vragenlijsten).

Exclusiecriteria: wie deden niet mee?

Jeugdigen en hun ouder(s) konden *niet* deelnemen aan het onderzoek als:

- De jeugdige wilde deelnemen aan het onderzoek, maar niet wilde dat ouder(s)/verzorger(s) deelnamen.
- De jeugdige of het gezin op het moment van inclusie in een crisissituatie verkeerde.

Het eerste exclusie criterium hebben we tijdens het onderzoek laten vervallen. Enkele jeugdigen van 18 jaar of ouder, met name vanuit de gesloten jeugdzorg, wilden erg graag mee doen met het onderzoek, maar wilden niet dat hun ouder(s) zouden participeren. Vanwege hun motivatie en de meerwaarde van het casusonderzoek voor deze jeugdigen, is er voor gekozen hen wel te includeren in het onderzoek.

Casusselectie

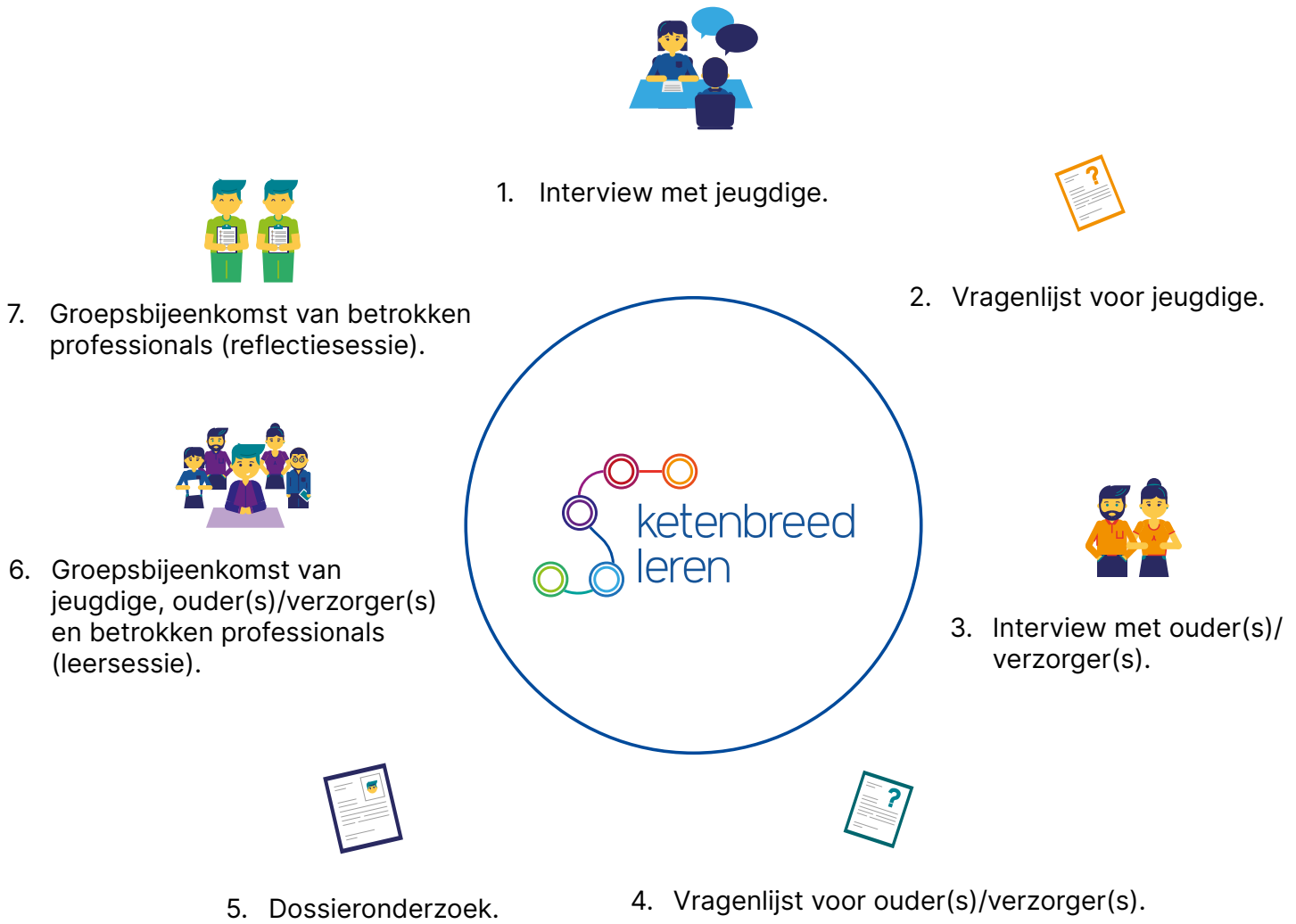
In het oorspronkelijke onderzoeksplan was opgenomen dat de selectie van casuïstiek op volgorde van opnamedatum diende te gebeuren (de laatst opgenomen cliënt die voldoet aan de inclusiecriteria werd het eerst benaderd en daarna terugwerkend naar maximaal 6 maanden voor de selectiedatum). Deze manier van werken was gekozen om selectiebias te voorkomen, maar bleek in de praktijk niet werkbaar⁴.

Wel is tussentijds gemonitord of er voldoende gevarieerde casuïstiek werd onderzocht. Gedurende de looptijd van het onderzoek werd er gevarieerde casuïstiek aangedragen, zowel qua leeftijd, type problematiek als type jeugdhulp die was ingezet. Er waren cases waar jeugdigen en ouders redelijk positief bleken over de geboden hulp en ook cases met negatieve ervaringen. Vanwege het exploratieve karakter van dit onderzoek en de gebleken mate van variatie, was het verantwoord af te wijken van de gekozen strategie.

Medisch-ethische toetsing en toestemming⁵

Het casusonderzoek is goedgekeurd door de METc van het UMCG. In de loop van het onderzoek zijn twee amendementen ingediend in verband met de hierboven genoemde wijzigingen (december 2019, maart 2021). De ouders en de jeugdigen gaven schriftelijke toestemming (informed consent) voor deelname aan het onderzoek.

Deelnemers konden hun deelname aan het onderzoek op ieder moment stopzetten als zij dat wilden. Daar hoefden zij geen reden voor op te geven. Bij calamiteiten met jeugdigen of ouders tijdens de looptijd van het onderzoek kon ook van de kant van het onderzoeksteam worden besloten om deelname op te schorten of stop te zetten. Er is een jongere die na het interview het casusonderzoek heeft stopgezet. Er hebben zich geen calamiteiten voorgedaan in de looptijd van het onderzoek die hebben geleid tot stopzetten van het casusonderzoek.



Figuur 1 Verschillende onderdelen van het casusonderzoek

⁴ Inclusie van deelnemers verliep zeer traag. We hebben ernstige hinder ondervonden door Corona (zie hoofdstuk 1).

⁵ Het onderzoeksprotocol dat is voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) en de beoordeling door het METC zijn opvraagbaar bij de onderzoekers.

Methodiek casusonderzoeken

We maakten gebruik van een *mixed methods* onderzoeksopzet, met per casusonderzoek de onderdelen uit figuur 1.

Gedurende de casusonderzoeken verzamelden we een set van vooraf bepaalde, kwantitatieve gegevens (zie bijlage 2 met uitkomstmaten) en daarnaast systematisch kwalitatieve gegevens. We gebruikten de verzamelde informatie voor een systematische analyse van hulpverleningstrajecten. We verzamelden gegevens die leidden tot sterke punten en verbeterpunten en achterliggende bevorderende factoren en barrières voor goede jeugdhulp. Op basis van de rapportages van de casusonderzoeken zijn vijf regionale bijeenkomsten georganiseerd ter ondersteuning van de implementatie van deze bevindingen.

De procesbegeleiders waren in dit onderzoek dus niet alleen onderzoeker in engere zin, maar ook onderdeel van een ‘verbeterteam’. Zij droegen bij aan het vertalen van onderzoeksgegevens naar concrete aanknopingspunten voor verbetering. Deze praktijkgerichte manier van onderzoek typeren we als actie-ondersteunend onderzoek.

Consistente uitvoering van de methodiek

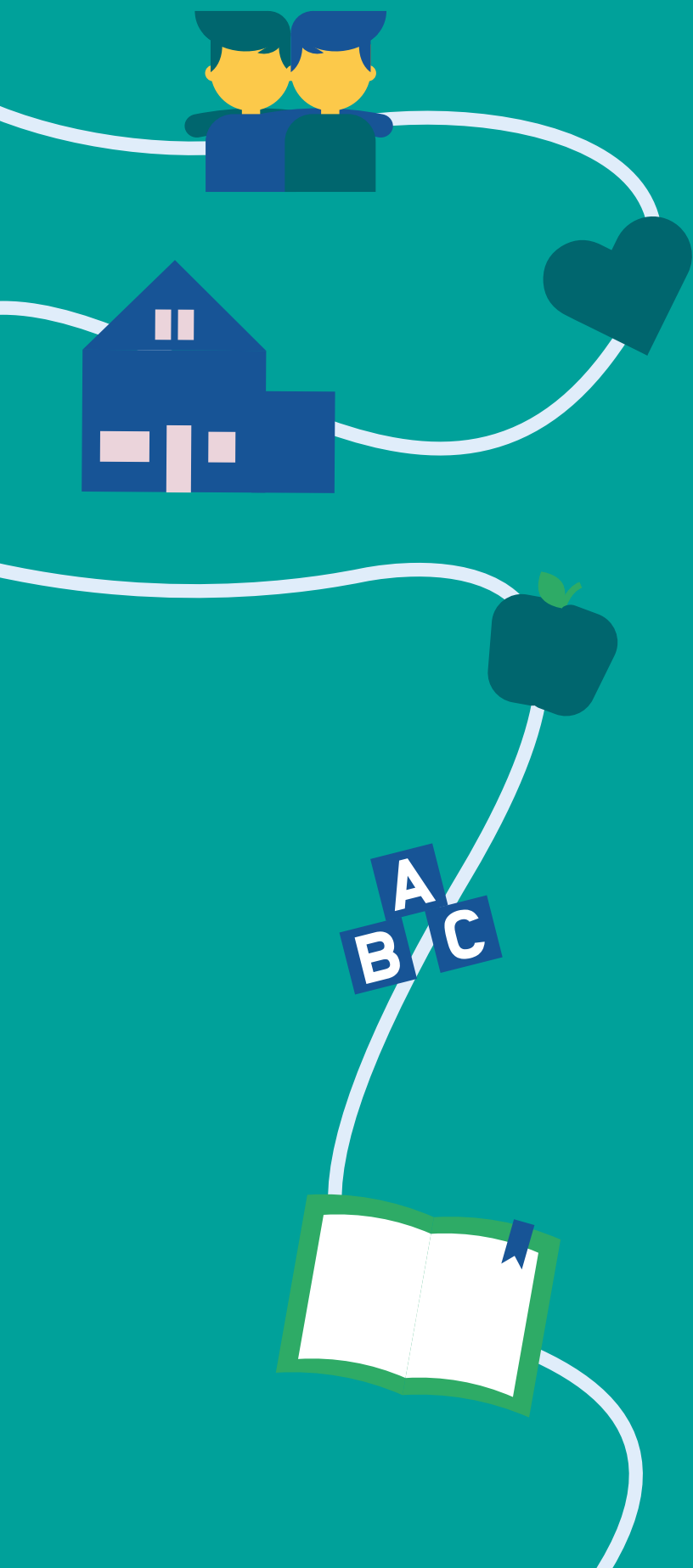
Per regio voerde een procesbegeleider van de betreffende onderzoekspartners de casusonderzoeken uit bij instellingen uit de regio (zie tabel 2.1). De projectleiders trainden de procesbegeleiders om data te verzamelen volgens de afspraken en definities. De procesbegeleiders ontvingen daarvoor een gedetailleerd draaiboek voor de casusonderzoeken en een basismap met handleidingen/materiaal voor het project⁶.

De projectleiders deden in elke regio de eerste twee casusonderzoeken samen met procesbegeleiders. Na de eerste twee casusbesprekingen scoren de procesbegeleiders en de projectleiders apart van elkaar met behulp van de handleiding de kwantitatieve data. Daarna vergeleken en bespraken zij de scoring, bekeken ze de onderlinge overeenkomsten en verschillen en deden zij waar nodig toevoegingen of aanpassingen in de handleiding.

Daarnaast kwamen de procesbegeleiders tijdens de uitvoering van het onderzoek regelmatig bij elkaar om ervaringen uit te wisselen en elkaar te toetsen op de juiste uitvoering van de methodiek. De procesbegeleiders konden te allen tijde een beroep doen op de projectleiders voor vragen.

⁶ Dit handboek is bij de projectleiders op te vragen.

LEVENSVERRHAAL



LIZZY (17 JAAR)

De ouders van Lizzy leren elkaar kennen wanneer zij beiden opgenomen zijn in de volwassen GGZ. Na de geboorte van Lizzy volgen snel op elkaar twee broertjes en een zusje. De ouders geven aan dat deze beginperiode in het gezin voor beide ouders zwaar was en moeder is in de eerste vier jaar van Lizzy twee keer een periode van drie maanden opgenomen geweest.

Lizzy gaat met 4 jaar naar het basisonderwijs. Ze vond leren leuk en denkt met veel plezier terug aan een regionale kennisquiz in groep 6, waar ze namens haar school aan mee mocht doen. Lizzy had wel altijd weinig contact met haar klasgenoten. Ze hing er een beetje bij. Met de juf van groep 4 heeft zij een goede band. Zij helpt deze juf graag. Omdat het contact met klasgenoten niet goed verloopt, krijgt zij Rots en Water op school.

Als Lizzy 8 jaar is gaan haar ouders scheiden. Lizzy blijft bij moeder wonen. De relatie tussen haar ouders (ex-partners) verloopt zeer conflictueus en er volgen drie ambulante hulptrajecten: ambulante spoedhulp, Ouderschap na scheiding en Intensieve gezinsbehandeling. Lizzy onttrekt zich steeds meer aan het contact met leeftijdgenoten en is angstig. Ze ontvangt speltherapie en is daarna een jaar klachtenvrij. Na dit jaar komen de klachten terug, wordt de diagnose ASS gesteld en wordt jeugd-GGZ-hulp opgestart.

Na de lagere school start Lizzy op het VSO. Er zijn in de eerste jaren op de middelbare school in toenemende conflicten thuis tussen moeder en Lizzy, waarbij zij wordt mishandeld door haar moeder. Zij geeft dit aan bij een hulpverlener, maar deze vraagt niet door en er volgt geen VT-melding. Zij woont in deze periode een tijdje afwisselend bij haar vader en moeder.

Wanneer Lizzy 14 jaar is doet zij op school een suïcidepoging. Ze wordt opgenomen op een crisisafdeling. Er volgt een periode van verschillende suïcidepogingen en zij woont afwisselend bij vader, moeder of in een crisisgroep. Ook wordt zij gedurende een korte periode opgevangen in gastgezinnen. Op een van de plekken waar zij verblijft, vertoont een zoon uit het gastgezin seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Naast de genoemde klachten ontwikkelt Lizzy een eetstoornis. Zij wordt opgenomen in de GGZ en er wordt gestart met intensieve traumabehandeling, maar Lizzy is niet stabiel genoeg om deze behandeling te kunnen vervolgen. Ook in een andere instelling wordt de traumabehandeling na twee sessies gestopt en volgt separeren en dwangmedicatie.

Er volgt opnieuw een overplaatsing naar een andere instelling. Ook hier blijkt Lizzy niet op haar plek. Lizzy is ondertussen 18 jaar, heeft 8 ambulante hulptrajecten gehad en is 11 keer opgenomen geweest. Haar vader en zij zien geen perspectief. Ook de hulpverleners weten niet goed wat ze nog kunnen betekenen voor Lizzy.

We beschrijven hieronder kort de verschillende onderdelen van de casusonderzoeken.

Stap 1: een casus voor het review selecteren

Een voor het onderzoek aangestelde aandachtsfunctionaris van de eigen organisatie of van een van de partners voerde de casusselectie uit. In (geanonimiseerd) overleg met de procesbegeleider selecteerde de aandachtsfunctionaris dossiers van jeugdigen die voldeden aan de inclusiecriteria (zie pagina 9).

Stap 2: de deelnemers op de casusonderzoek voorbereiden

De jeugdige en de ouders werden benaderd voor deelname aan het casusonderzoek. Bij voorkeur door iemand die zij goed kennen (bijvoorbeeld de betrokken mentor). Deze persoon legde hen uit wat een casusonderzoek inhoudt (o.a. deelname aan individuele interviews en een leersessie met professionals), vroeg hen of ze willen deelnemen. De jeugdige en ouders ontvingen schriftelijke informatie over het onderzoek en kregen tijd om over deelname na te denken. Als zij instemden met deelname gaven ze schriftelijke toestemming (informed consent) voor dossier-onderzoek en voor deelname van meerdere professionals aan het casusonderzoek⁷. Als de jeugdige en ouder(s) instemden, werden, in overleg met de jeugdige en diens ouders, de overige deelnemers (zie stap 3) benaderd om deel te nemen aan een leer- en reflectiesessie.

Stap 3: selecteren wie aan de casusonderzoek moet deelnemen

Per casus werd gekeken wie de belangrijkste personen zijn om inzicht te kunnen geven in het verloop van het hulpverleningstraject. Bij voorkeur:

- De jeugdige zelf.
- Een of beide (pleeg-)ouders.
- De mentor/persoonlijk begeleider van de jongere.
- Betrokken gedragswetenschapper en/of manager.
- Betrokken ketenpartners (bijvoorbeeld een wijkteam, jeugdbescherming, jeugd-ggz).
- Betrokkenen uit het onderwijs.

Stap 4: interviews met de jeugdige en ouder(s)

De jeugdige en de ouders werden apart geïnterviewd door de procesbegeleider en de aandachtsfunctionaris aan de hand van een semi-gestructureerd interview. Voor dit interview is een draaiboek beschikbaar⁷. Punten die in ieder geval aan de orde kwamen tijdens het interview zijn:

- Het levensverhaal van de jeugdige met daarin plekken waar de jeugdige heeft gewoond, de ontwikkeling van het gezin in deze periode, de onderwijsloopbaan, belangrijke personen en inzet van hulp en resultaten daarvan (en eventuele wisseling).
- Keerpunten of cruciale momenten in het leven waarin er goede hulp is gegeven of waarin er juist andere hulp nodig was.
- Bespreking van de huidige hulp (diagnostiek, doelen, aanpak, samenwerking, toekomstperspectief) en het effect of resultaat daarvan. Wat ging goed en wat had beter gekund?
- Factoren die hebben bijgedragen dat het traject verlopen is zoals het nu is verlopen (zowel positief bijdragende factoren als negatief bijdragende factoren).
- Samenvatting en reflectie.

De deelnemende jeugdigen en ouders vullen eenmalig een set vragenlijsten in.

Gebruikte vragenlijsten

Negatieve jeugdervaringen van zowel de jeugdige als de ouder(s) met behulp van de **Adverse Childhood Experience (ACE)** vragenlijst. Deze lijst bestaat uit 11 vragen over negatieve jeugdervaringen. De respondent wordt gevraagd of de negatieve jeugdervaring op zijn of haar leven van toepassing is (ja/nee) (Felitti et al., 1998).

Lichamelijke en psychische klachten en algemeen functioneren van de ouder(s) met behulp van de **Outcome Questionnaire (OQ-45)**. De vragenlijst kent de subschalen Symptomatische distress, Interpersoonlijke relaties en Aanpassing aan de sociale rol. Er is ook een totaalscore die wordt berekend op basis van deze subschalen. Een hogere score staat voor meer problemen bij zowel de subschalen als de totale score. In totaal bevat de vragenlijst uit 45 vragen met elk vijf antwoordmogelijkheden (nooit, zelden, soms, regelmatig en bijna altijd). Er zijn specifieke afkapwaarden voor mannen en vrouwen, die de uitkomsten indelen in de categorieën zeer laag, laag, beneden gemiddeld, gemiddeld, bovengemiddeld, hoog en zeer hoog (Timman et al., 2017).

Psychische problematiek en vaardigheden bij kinderen met behulp van de **Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)** screeningsvragenlijst voor de jeugdige (SDQ, 2016; Vugteveen et al., 2018; Theunissen et al., 2019). Deze screeningslijst vraagt naar de aanwezigheid van emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort en problemen met leeftijdsgenoten. De vragenlijst bestaat uit 25 stellingen met drie antwoordopties (niet waar, een beetje waar en zeker waar). Bij alle schalen is een minimumscore van nul punten en een maximale score van tien punten te behalen. De vragenlijst kan ingevuld worden door middel van zelfrapportage als een jeugdige oud genoeg is. Ook zijn er versies voor ouders, behandelaren en leerkrachten. In dit onderzoek zijn de versies voor zelfrapportage en ouders gebruikt. Met de scores op deze subschalen is een totale probleemscores te berekenen, die met behulp van afkappunten kan worden geduid als normale score, een score in het grensgebied, of een verhoogde score ten opzichte van de Nederlandse normpopulatie (Theunissen et al., 2019). Individuele afkappunten verschillen op basis van sekse en leeftijd van de jeugdige en verschillen ook op basis van de informant.

Deze vragenlijsten werden halverwege het interview afgenomen, na het bespreken van de levensloop. Dat gaf de jeugdige en ouder(s)/verzorger(s) en procesbegeleider de mogelijkheid om over de vragenlijsten door te praten. Zo zorgden de procesbegeleiders ervoor dat jeugdigen en ouders na het invullen van vragenlijsten nog gelegenheid hadden om te praten over de gevoelens die het opriep.

Stap 5: dossierinformatie van een casus selecteren

Op basis van de interviews werd gekeken welke aanvullende informatie nog miste. Deze informatie werd tijdens een dossieranalyse verzameld door de procesbegeleider (zie bijlage 2). Hierbij werd met name onderzocht welke hulp is ingezet in het leven van de jeugdige, met welk doel en met welke resultaten. Ook werd recente diagnostische rapportage en een recent behandelplan onderzocht.

Stap 6: Voorbereiden leersessie en reflectiesessie

Vervolgens werden twee aan elkaar gekoppelde leersessies gehouden:

- Een leersessie met ouder(s), jongere en betrokken professionals (2 uur).
- Een reflectiesessie met de professionals (1,5 uur).

⁷ De nodige informatie en materialen zijn op te vragen bij de projectleiders.

Ter voorbereiding op beide sessies werd op basis van de interviews en de dossieranalyse een eerste samenvatting en analyse gemaakt in de vorm van een levensverhaal en werd een eerste inventarisatie gemaakt van sterke punten en verbeterpunten.

Stap 7: Uitvoering van de leer- en reflectiesessie

In hoofdlijnen werd tijdens de uitvoering van de leer- en reflectiesessies⁸ stilgestaan bij de volgende onderdelen:

1. Het levensverhaal van de jeugdige (en controleren van de feiten).
2. Formuleren en prioriteren van de belangrijkste sterke punten in de huidige hulp en in de hulpverleningsgeschiedenis.
3. Formuleren en prioriteren van de belangrijkste verbeterpunten.
4. Formuleren en prioriteren van de bevorderende factoren.
5. Formuleren en prioriteren van de belangrijkste barrières.

Voor beide sessies is een draaiboek uitgewerkt. De procesbegeleiders zijn hierin opgeleid door de projectleiders tijdens een trainingssessie en door twee casusonderzoeken per regio gezamenlijk uit te voeren. Daarnaast is in verschillende bijeenkomsten met de procesbegeleiders de methodische uitvoering van de leer- en reflectiesessies besproken.

Er is gekozen voor een leersessie met alle betrokkenen en een reflectiesessie met alleen professionals. Uit ervaringen met eerdere casusonderzoeken kwam naar voren dat professionals soms ter bescherming van de jeugdige of de ouders bepaalde informatie of bepaalde reflecties achterwege lieten. Door een aparte reflectiesessie te beleggen, reflecteerden professionals in vrijheid met elkaar.

Accare trad op als penvoeder en hoofdonderzoeker van het onderzoek. De verwerkersovereenkomsten zijn opgesteld tussen de respectievelijke partners en Accare.

Tabel 2.2 Overzicht van tijdsinvestering van de ouders en de jeugdige

Activiteit	Tijd (minuten) Jeugdige	Tijd (minuten) (pleeg)ouders
Informatiebijeenkomst over het onderzoek (individueel, face to face) + toestemming	30	30
Invullen vragenlijsten	30	30
Interview	60-90	60-90
Deelname leersessie 1	120	120
Terugkoppeling + lezen verslag + vragen	45	45
Deelname aan regionale bijeenkomsten	Optioneel	Optioneel
Totaal	ca. 4-5 uur	ca. 4-5 uur

Belasting voor de jeugdige en de ouder(s)

Deelname aan de casusonderzoek vroeg een tijdsinvestering van ongeveer 4 tot 5 uur voor de jeugdige en de ouders (zie tabel 2.2). Zij kregen tijdens de informatiebijeenkomst uitleg over het doel van het onderzoek.

Terugkijken op het levensverhaal tot nu toe en de ontvangen hulp kan gevoelens van schaamte, boosheid, verdriet of frustratie oproepen. Met name wanneer het levensverhaal schokkende of traumatische gebeurtenissen bevat en/of de hulp niet tot gewenste resultaten heeft geleid. Het gaat immers om gezinnen met een langdurige en niet altijd positieve zorggeschiedenis. Dit zou kunnen interfereren met de huidige behandeling. We realiseerden ons dat er voor deelnemers risico's konden zitten aan meedoen. We hebben geprobeerd de risico's van dit onderzoek te minimaliseren door als volgt te werk te gaan:

- We bespraken kansen en risico's van deelname voorafgaand aan het onderzoek met de beoogde deelnemers (inclusief de professionals).
- We includeerden geen gezinnen die zich in een crisissituatie bevinden.
- We informeerden, met toestemming van de betrokkenen, de vertrouwenspersoon van de instelling waar de jeugdige verbleef. De jeugdige en de ouders konden een beroep op de vertrouwenspersoon doen als er situaties zouden ontstaan die niet goed opgepakt konden worden door de betrokken behandelaren.

We hebben in dit onderzoek gewerkt met onafhankelijke procesbegeleiders die veel ervaring hadden in de jeugdhulp (vaak als behandelaar, soms als onderzoeker).

⁸De draaiboeken voor de leer- en reflectiesessies zijn op te vragen bij de projectleiders.

Regionale leertafels

Nadat er ongeveer vier tot vijf casusonderzoeken zijn gedaan in een regio, organiseerden de projectleiders in samenwerking met de procesbegeleiders een zogenaamde regionale leertafel. In totaal zijn er vijf regionale leertafels georganiseerd: twee in Noord Nederland, twee in Zuid-Holland en een in Gelderland.

Naast uitleg over het onderzoek, werden zowel een uitgewerkt levensverhaal als de meest opvallende uitkomsten (i.e. patronen, rode draden) gedeeld met een aantal belangrijke stakeholders in de regio. Een draaiboek voor deze regionale leertafels is beschikbaar.

Opmerkingen

Er zijn in de loop van het project vijf regionale leertafels georganiseerd. Dat is minder dan aanvankelijk gepland. Dat heeft verschillende redenen:

- De inclusie van de casuïstiek ging langzaam en daardoor is veel aandacht uitgegaan naar werving. Bovendien vonden de casusonderzoeken minder geclusterd in regio's plaats dan we hadden gepland.
- Door tussenkomst van Corona konden de bijeenkomsten niet live plaatsvinden en hebben we moeten improviseren met digitale bijeenkomsten.

Analyse van de data

De kwantitatieve en kwalitatieve data van alle casusonderzoeken zijn verzameld door de onderzoeker in een gezamenlijk databestand en geanalyseerd met behulp van SPSS. Er is gebruik gemaakt van eenvoudige descriptieve technieken (frequenties, gemiddelden, range).

De kwalitatieve data over sterke punten en verbeterpunten en onderliggende bevorderende factoren en barrières zijn geanalyseerd door twee onderzoekers. Hierbij zijn de kwalitatieve gegevens geordend en geteld.

Tot slot zijn ter voorbereiding op een analysedag alle levenslijnen en onderzoeksverslagen zorgvuldig gelezen en geanalyseerd door een groep van 11 deskundigen (i.e. projectleiders (2), onderzoeker(1), procesbegeleiders (5) en adviseurs (3). Zij hebben voor zichzelf opgeschreven wat hen daarin opviel. Wat sprong eruit al deze verhalen lezend? En wat vond daarbij ook weerklank in de ervaringen die zij eerder hadden opgedaan tijdens de begeleiding van leer- en reflectiesessies? Tijdens een analysedag hebben zij na een bespreking en duiding van de kwantitatieve gegevens gezamenlijk de verzamelde informatie tegen het licht gehouden. Zij hebben uit deze verslagen de meest opvallende patronen en verbeterpunten geselecteerd en geprioriteerd in meerdere elkaar opvolgende ronden (vergelijkbaar met de Delphi-methode).



Terug naar inhoudsopgave

Resultaten

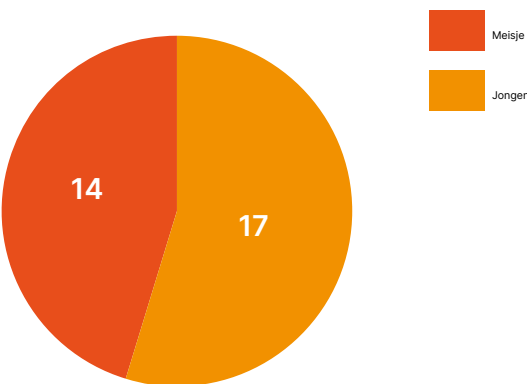
RESULTATEN

Kenmerken van de jongeren

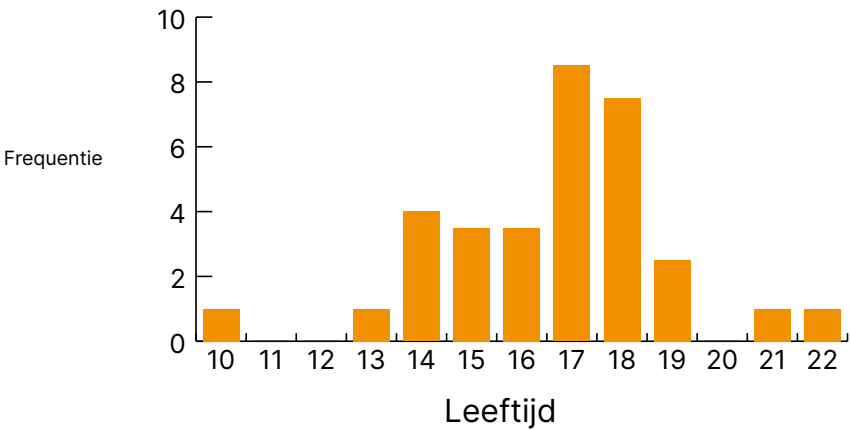
Geslacht en leeftijd

Aan de 31 casusonderzoeken van Ketenbreed Leren hebben 17 jongens (waarvan 1 in transitie naar jongen) en 14 meisjes meegedaan (zie figuur 3.1). Hun gemiddelde leeftijd op het moment van de casusonderzoeken was 16,6 jaar. De jongste deelnemer was tien jaar en de oudste deelnemer was 22 jaar (zie figuur 3.2).

De 31 jeugdigen die geïnccludeerd zijn in dit onderzoek zijn, in de zes maanden voorafgaand aan het moment van casusselectie, opgenomen geweest in een instelling die jeugdhulp met verblijf biedt. De meeste jeugdigen verbleven bij een instelling voor jeugd-ggz en in de JeugdzorgPlus (zie tabel 3.1). Naast deze 24-uurszorg maakten deze jeugdigen vaak ook gebruik van andere vormen van jeugdhulp (zie verder bij: Kenmerken van hulptrajecten).



Figuur 3.1 Geslacht (n=31)



Figuur 2 Leeftijd (n=31)

Tabel 3.1: Type hulp bij inclusie

	Aantal jongeren
OBC	6
Jeugd GGZ	12
Jeugdzorg Plus	8
Jeugd & Opvoedhulp	5
Totaal	31

Tabel 3.2 Problematiek geclassificeerd met CAP-J* (n=26, 5 missend)

As	Groep	Subrubriek	Aantal
As A: Psychosociaal functioneren	A100: Emotionele problemen	A103.01: Depressieve stoornis	2
		A103.x: Stemningsstoornissen (rubriek)	1
	A200: Gedragsproblemen	A201: Druk en impulsief gedrag	1
		A201.01: Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD)	5
		A202: Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag	2
	A300: Problemen in persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling)	A305.04: Borderline persoonlijkheidsstoornis	4
		n.b.	1
	A500: Sociale vaardigheidsproblemen	A501: Sociale vaardigheidsproblemen	1
	A900: Overige psychosociale problemen	A901.01: Autismespectrumstoornis	7
		A901.02 Andere gespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornis	2
A901.03: Ongespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornis		2	
A902.01: Posttraumatische stressstoornis		7	
As B: Lichamelijke gezondheid	B300: Aan lichamelijke functies gerelateerde klachten	B302.05: Anorexia nervosa	1
		B302.09: Ongespecificeerde voedings- of eetstoornis	2
As C: Cognitieve ontwikkeling	C100: Problemen in de cognitieve ontwikkeling	C102: Aandachtsproblemen	1
		C105.01: Verstandelijke beperking licht	2
		C105.06: Ongespecificeerde verstandelijke beperking	1
AS D: Gezin en opvoeding	D200: Problemen in de ouder-kindrelatie	D206.01: Reactieve hechtingsstoornis	1
		D206.x: Aan hechting gerelateerde stoornis (rubriek)	5
	D900: Overige problemen gezin en opvoeding	n.b.	3
		n.b.	2
Totaal			53

* per jongere meerdere classificaties mogelijk; n.b.: onvoldoende informatie om (sub)rubriek te specificeren

Problematiek

Op basis van dossieronderzoek zijn de hulpvragen en/of de aard van de problematiek van de jeugdigen gecategoriseerd met behulp van het Classificatiesysteem voor de Aard van Problematiek van Jeugd (CAP-J)⁹. CAP-J categoriseert problemen in vijf grote categorieën (assen) die weer zijn onderverdeeld in groepen van problemen. Deze groepen zijn weer onderverdeeld in specifieke rubrieken en sub-rubrieken.

In tabel 3.2 is de problematiek weergegeven van 26 van de jeugdigen (5 missend) die hebben meegewerkt aan Ketenbreed Leren¹⁰. Het ging om de problemen die op het moment van het casusonderzoek in het dossier beschreven waren. Het ging niet (alleen) om de problemen bij het eerste of huidige hulptraject: de problemen konden ook na verloop van tijd ontstaan zijn terwijl de jeugdigen al hulp kregen. Hoewel de dossiers lang niet altijd compleet waren en ook niet altijd een duidelijk beeld gaven over de aard en ernst van de problemen, bleek dat bij de meeste jeugdigen sprake was van samengestelde problematiek.

⁹ Beschikbaar via: <https://www.nji.nl/nl/Databank/Classificatie-Jeugdproblemen>

¹⁰ Van 5 jeugdigen konden we de dossiers niet inzien.

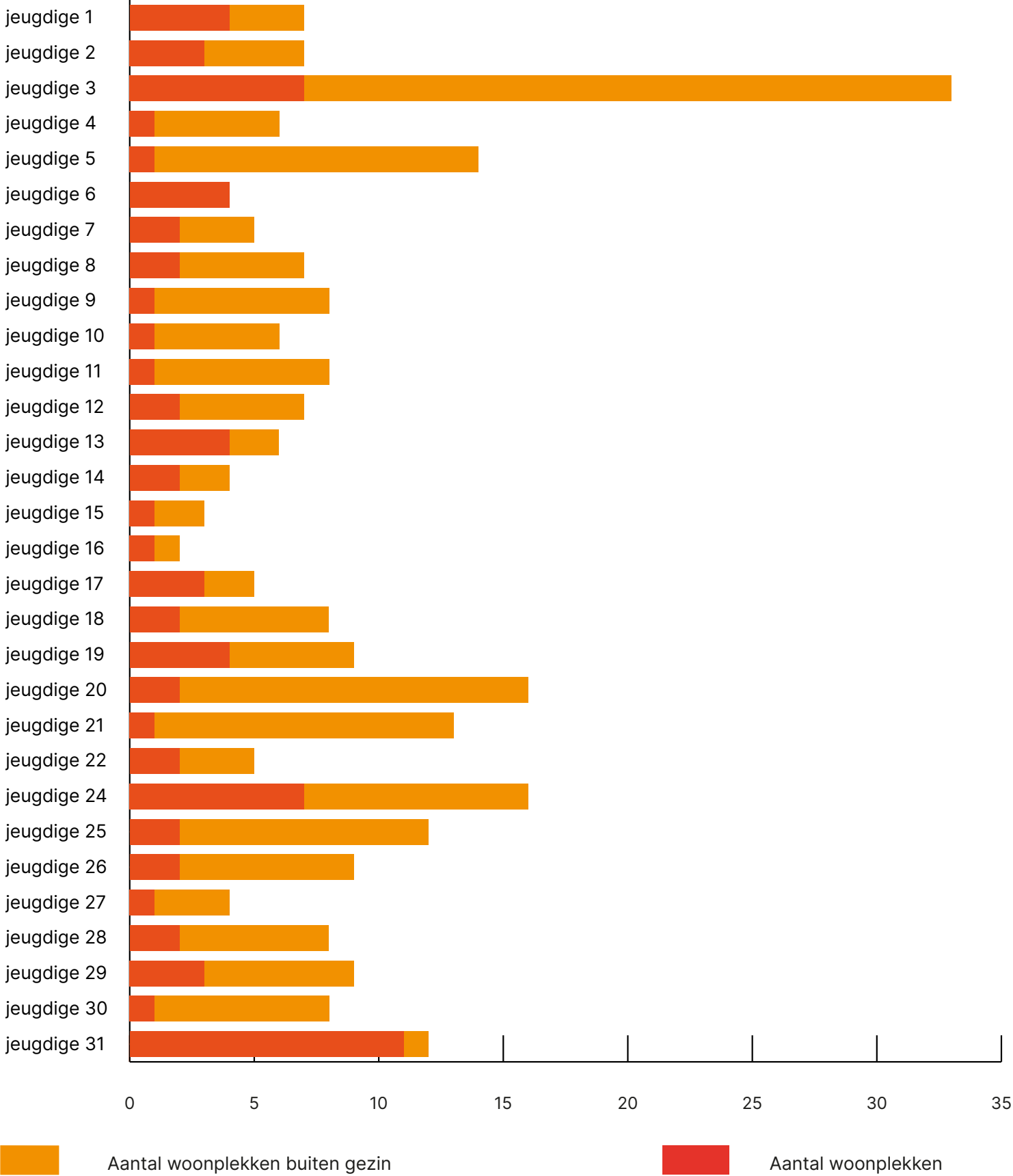
Bovenstaande tabel is bedoeld om een globaal beeld te geven van de problematiek die het *vaakst wordt gesignaleerd*. Niet om een exact beeld te geven hoe vaak welke problemen bij welke jeugdigen voorkwamen. Problemen zoals beschreven op *As A van de CAP-J* (psychosociale problemen) werden het vaakst beschreven in de dossiers (35 keer, 66,0% van alle 53 beschreven classificaties). Daarbij ging het om emotionele problemen (3 keer, 8,6%), gedragsproblemen (8 keer, 22,9%), problemen in persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling) (5 keer, 14,3%), sociale vaardigheidsproblemen (1 keer, 2,6%) en overige psychosociale problemen (18 keer, 51,4%). Binnen deze groep vallen bijvoorbeeld: autisme spectrum stoornissen, neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en trauma gerelateerde problemen zoals PTSS. Ook problemen in het gezin en met de opvoeding (*As D van de CAP-J*) kwamen in deze groep regelmatig voor (11 keer, 20,8%), met name hechtingsstoornissen (6 keer, 54,5%).

Bij enkele jeugdigen werden problemen in de cognitieve ontwikkeling beschreven (*As C van de CAP-J*, 4x, 7,5%) of problemen rondom de lichamelijke gezondheid van de jeugdige (*As B van de CAP-J*, 3x, 5,7%). De vier meest voorkomende problematieken (subrubrieken) onder de jeugdigen die meededen aan Ketenbreed Leren waren een autismespectrumstoornis (zeven jeugdigen), een posttraumatische stressstoornis (zeven jeugdigen), een aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (vijf jeugdigen), een borderline persoonlijkheidsstoornis (vier jeugdigen).

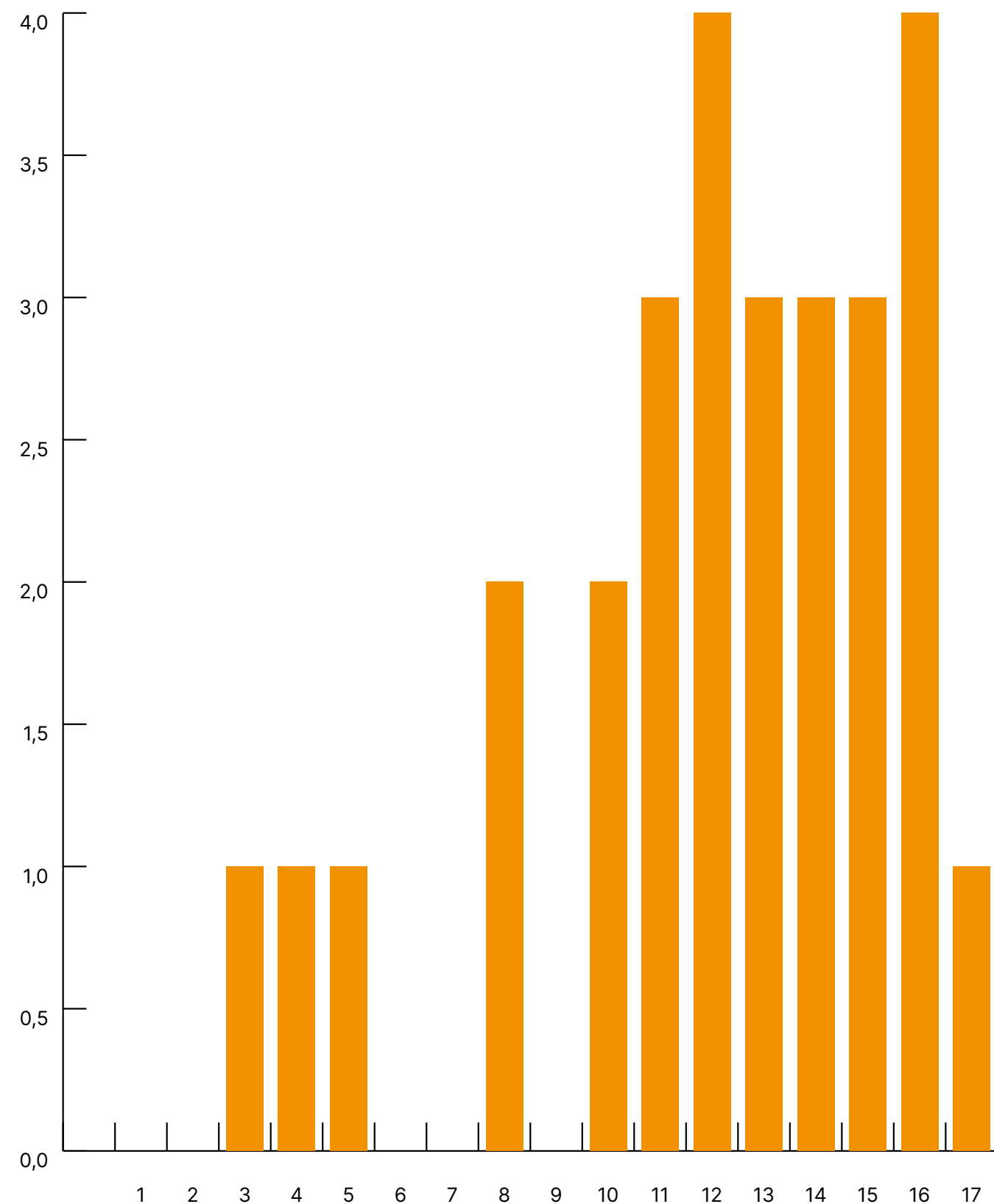
Wonen

We hebben vastgelegd op hoeveel plekken deze jeugdigen hebben gewoond, zowel binnen als buiten het eigen gezin (zie figuur 3.3). In totaal hebben 30 jeugdigen (1 missend) op 261 verschillende plekken gewoond. Dat betekent dat iedere jeugdige gemiddeld 8,7 woonplekken heeft gehad. Van die 261 verschillende woonplekken ging het om 80 (30,7%) woonplekken binnen/met het eigen gezin, bijvoorbeeld door verhuizingen van het gezin of veranderingen in de woonsituatie van de jeugdigen door een echtscheiding (bij vader of moeder wonen en veranderingen daarin). Van de 261 woonplekken waren er 181 (69,3%) buiten het eigen gezin. Dat betekent plaatsing in een pleeggezin, gezinshuis of 24-uurssetting.

Van de 31 jeugdigen die meededen aan Ketenbreed Leren waren er op het moment van het onderzoek 28 uit huis geplaatst (zie figuur 3.4). De gemiddelde leeftijd waarop deze jeugdigen uit huis geplaatst werden, was 12 jaar. Tien van hen (35,7%) waren jonger dan 12 bij de eerste uithuisplaatsing.



Figuur 3.3 Aantal woonplekken per jeugdige (n=30, 1 missend)



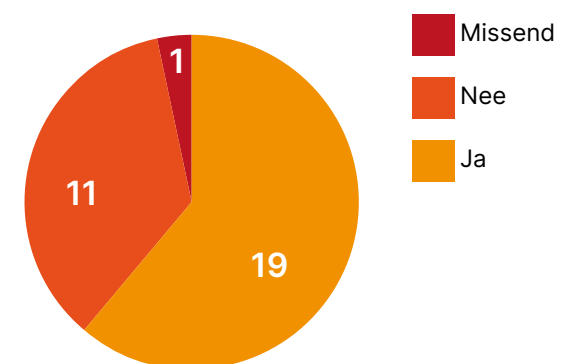
Figuur 3.4 Leeftijd jeugdige bij eerste uithuisplaatsing (n=28)

Onderwijs

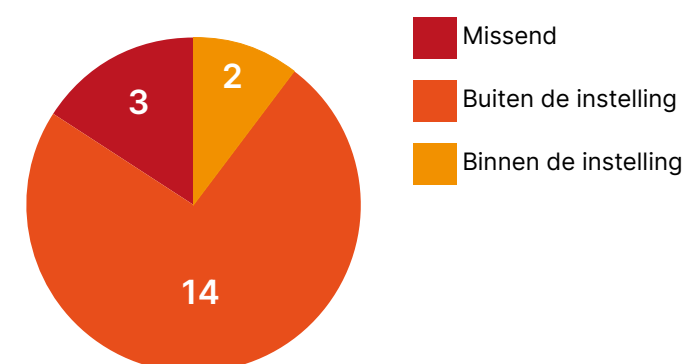
De meeste jeugdigen die meededen aan Ketenbreed Leren hebben een bewogen schoolloopbaan met veel schoolwisselingen, met perioden waarin zij geen onderwijs volgden én waarin langdurig gepest worden veel voorkomt. Van de 31 jeugdigen volgden er 19 (61,3%) onderwijs op het moment van het casusonderzoek (zie figuur 3.5a), over 1 jeugdige missen gegevens hierover. Veertien van deze 19 volgden onderwijs buiten de instelling waar ze op dat moment verbleven, twee binnen de instelling en bij drie jeugdigen was het onbekend bij de onderzoekers (zie figuur 3.5b). Bekend is dat van de 31 jeugdigen er 18 gedurende een langere periode ($\geq$ drie maanden) geen onderwijs hebben gevolgd (2 missend, zie figuur 3.5c). In totaal 13 jeugdigen zijn terecht gekomen op een lager schoolniveau (4 missend, zie figuur 3.5d).

Uit de resultaten bleek dat de meeste jeugdigen die hebben meegewerkt aan Ketenbreed Leren meerdere keren van school zijn gewisseld. Bij 30 jeugdigen (1 missend) was er sprake van in totaal 124 schoolwisselingen. Gemiddeld betekent dat dat iedere jongere zo'n 4 keer van school is gewisseld. De jeugdigen zijn minimaal één en maximaal tien keer gewisseld van school.

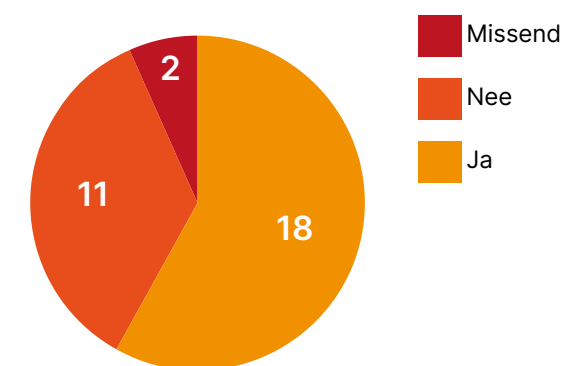
In figuur 3.6 is het aantal schoolwisselingen per jeugdige terug te vinden, gekoppeld aan hun leeftijd. Deze figuur geeft een goed beeld van het grote aantal schoolwisselingen in deze groep, waarbij tien van de vermelde 30 jeugdigen (1 missend) les hebben gehad op vijf of meer scholen. Daarnaast is van 12 van de 31 jeugdigen in Ketenbreed Leren bekend dat zij langdurig gepest werden in het onderwijs, doordat dat tijdens de interviews naar voren kwam.



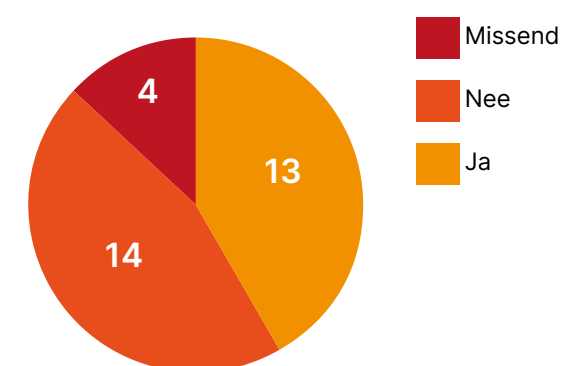
Figuur 3.5a Volgt de jeugdige op dit moment maanden onderwijs? (n=30, 1 missend)



Figuur 3.5b Volgt de jeugdige onderwijs binnen of buiten instelling? (n=16, 3 missend)

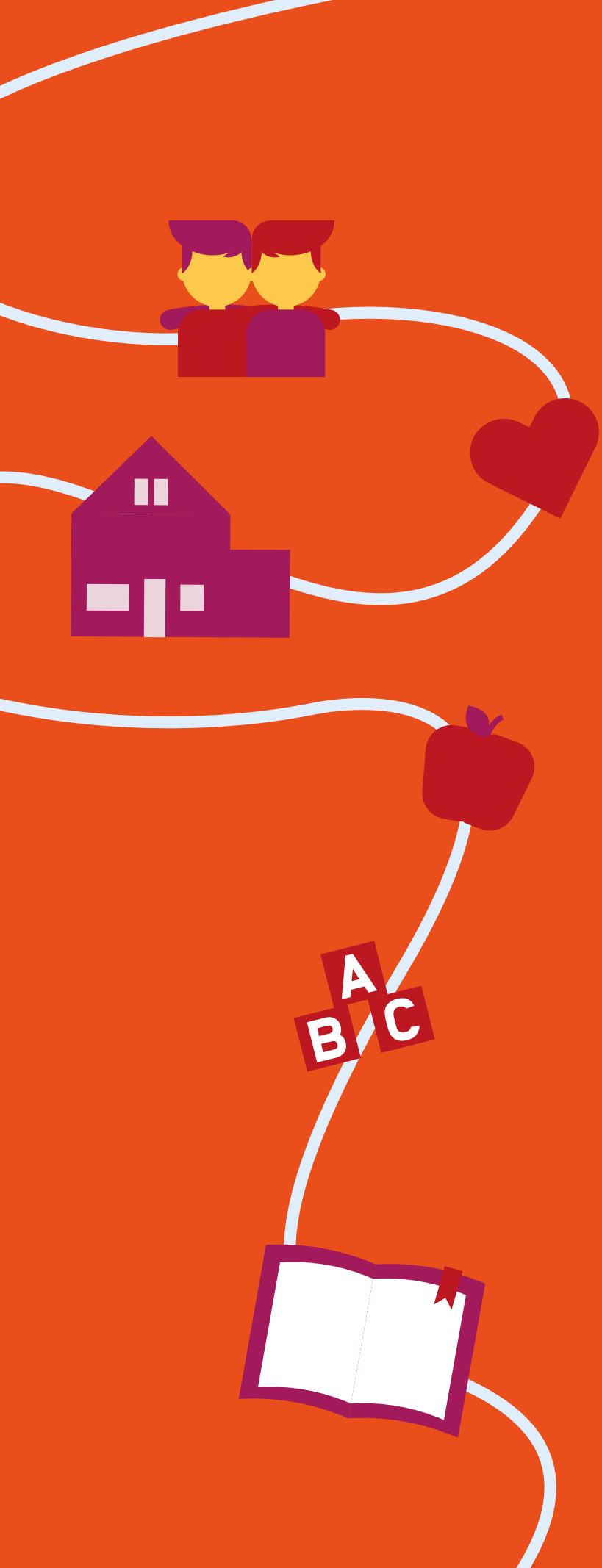


Figuur 3.5c Heeft de jeugdige ≥ 3 maanden geen onderwijs gehad? (n=29, 2 missend)



Figuur 3.5d Is de jeugdige afgeschaald qua schoolniveau? (n=27, 4 missend)

LEVENSVERRHAAL



SAM (13 JAAR)

Moeder woont in een middelgrote plaats in Zuid Holland. Ze vertelt dat de zwangerschap van Sam ongewenst was. Zij had tijdens de zwangerschap veel ruzie met haar partner, waarbij zij ook tijdens haar zwangerschap geslagen is. Tijdens de zwangerschap eindigt de relatie. Sam wordt vier weken te vroeg geboren en na de geboorte wonen Sam en moeder eerst bij oma en opa, maar na een jaar gaan moeder en Sam op zichzelf wonen. Moeder heeft het eerste jaar een postnatale depressie. Ze krijgt hiervoor geen hulp.

Als Sam 2 jaar is krijgt moeder een nieuwe vriend. Moeder en de nieuwe vriend gaan na twee maanden samenwonen. De vriend van moeder is agressief en slaat zowel moeder als Sam wekelijks. Hiervoor hebben Sam en zijn moeder geen hulp ontvangen. Deze relatie wordt beëindigd als Sam 4 is.

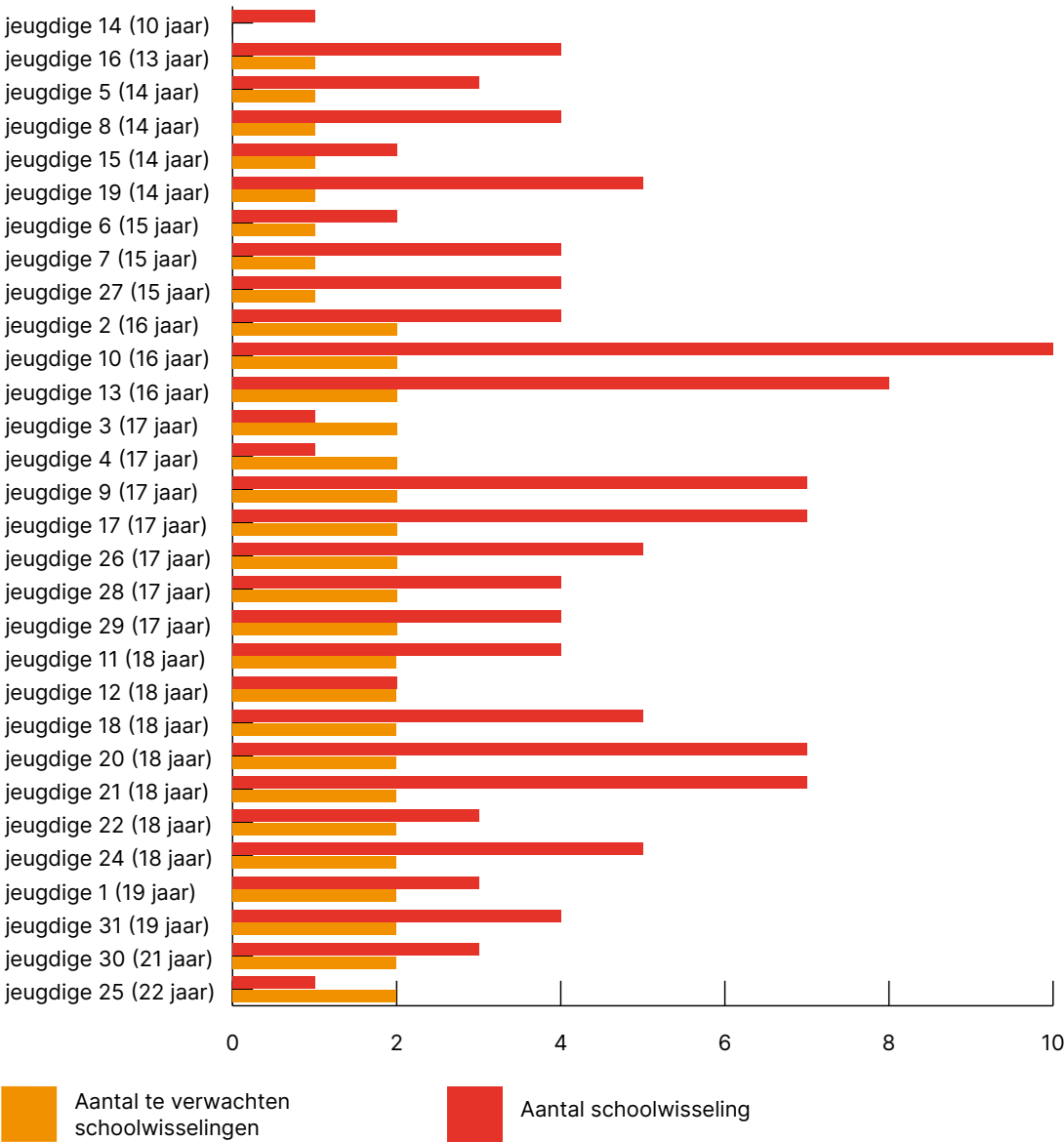
Als Sam naar de kleuterschool gaat valt hij op door agressief gedrag naar andere kinderen. Hij gaat daarom 2 jaar, gedurende drie dagen per week naar een naschoolse dagbehandeling. De andere kinderen hebben hem er regelmatig aangevallen (slaan, schoppen en duwen). Als Sam zes jaar is stopt de dagbehandeling. De moeder van Sam krijgt geen hulp.

Wanneer Sam 8 jaar is, wordt hij besproken in het ZorgAdviesTeam. Hij heeft een forse achterstand met zijn schoolwerk en heeft voortdurend agressieve conflicten met leeftijdgenoten (heeft een keer een kopstoot uitgedeeld aan een klasgenoot). Sam krijgt dan een sociale vaardigheidstraining op school. Sam herinnert zich niet veel van deze periode, maar wel dat hij veel buiten ging voetballen met andere kinderen. Hij had dan weinig ruzie, omdat hij heel goed in voetballen is.

Omdat de juf het niet meer redt met hem in de klas, vanwege dagelijkse agressieve incidenten, moet Sam wanneer hij 10 jaar is naar het VSO. Een jaar later lukt het moeder thuis niet meer om Sam rustig te krijgen als hij boos is en wordt hij in een behandelgroep geplaatst en overgeplaatst naar een VSO-school in de regio van de behandelgroep. Moeder is niet enthousiast over de periode in deze groep. Volgens haar zijn de groepsleiders te bang voor Sam en geven ze hem te veel vrijheid. Hierdoor ontspoot Sam verder. Wanneer hij in twee weken meerdere vernielingen aanricht in de groep (er is voor meer dan 3000 euro aan schade), wordt hij overgeplaatst naar een andere groep.

Moeder is heel tevreden over deze nieuwe groep. De behandeldoelen van Sam zijn gericht op stabilisatie van zijn problemen en positiever over zichzelf gaan denken. Hij vindt de rust en structuur er fijn. Ook informeren ze moeder goed over hoe het met hem gaat. Wat zorgelijk is, is dat Sam ook sombere gevoelens heeft ontwikkeld en zich steeds vaker suïcidaal uit.

Sam is nu 13 jaar en woont in een kleinschalige groep met 1 andere jongere en een beperkt aantal vaste begeleiders. Sam krijgt er 1 op 1 begeleiding. Hij weet niet hoe lang hij nog op de groep blijft wonen of wanneer hij terug gaat naar huis of ergens anders kan gaan wonen.



Figuur 3.6 Aantal schoolwisselingen per jeugdige (n=30, 1 missend)

Gezinnen

De procesbegeleiders verzamelden gegevens over de gezinnen waarin de jeugdigen die meededen aan Ketenbreed Leren opgroeiden. Welke eventuele ingrijpende gebeurtenissen hebben zij meegemaakt? Wat is de impact van de problemen van de jeugdige en van eventuele eigen problemen op hun dagelijks functioneren? Wat is hun achtergrond, zoals opleidingsniveau?

Ingrijpende gebeurtenissen

In dit onderzoek is in kaart gebracht in hoeverre de jeugdigen en hun ouders in de eerste 18 jaar van hun leven ingrijpende, traumatische gebeurtenissen (negatieve jeugdervaringen) hebben meegemaakt. Dat is gemeten met de Nederlandse versie Adverse Childhood Experiences (ACE) vragenlijst. Ondanks de beladen onderwerpen die deze vragenlijst behandelt, waren de jeugdigen over het algemeen zeer bereid om deze

vragenlijst in te vullen. Vaak was er minimaal één ouder bereid om de vragenlijst in te vullen: in vijf gevallen hebben we wel een ACE score van de jeugdige, maar niet van een ouder. Uit eerder onderzoek is bekend dat mensen die vier of meer ACEs hebben meegemaakt, een grotere kans hebben op problemen met hun mentale en somatische gezondheid op volwassen leeftijd. Ook kinderen van ouders met veel negatieve jeugdervaringen, hebben daar een verhoogde kans op (Hughes et al., 2017). In de groep jeugdigen en ouders die voor Ketenbreed Leren een ACE vragenlijst hebben ingevuld, kwamen scores van vier of hoger vaak voor.

Tabel 3.3 Adverse Childhood Experiences (ACEs)

	ACE's jeugdige (n=23, 8 missend)	ACE's moeder (n=16)	ACE's vader (n=12)
jeugdige 1	6	8	0
jeugdige 2	7	-	2
jeugdige 3	7	-	2
jeugdige 4	1	0	0
jeugdige 5	6	0	1
jeugdige 6	7	4	-
jeugdige 7	-	-	-
jeugdige 8	5	-	-
jeugdige 9	2	-	-
jeugdige 10	-	2	-
jeugdige 11	-	-	-
jeugdige 12	5	7	0
jeugdige 13	1	5	-
jeugdige 14	-	9	6
jeugdige 15	3	8	1
jeugdige 16	0	1	1
jeugdige 17	5	1	1
jeugdige 18	-	-	-
jeugdige 19	-	-	-
jeugdige 20	3	-	-
jeugdige 21	6	-	3
jeugdige 22	-	-	-
jeugdige 23	5	-	-
jeugdige 24	7	-	-
jeugdige 25	5	-	-
jeugdige 26	5	0	-
jeugdige 27	1	0	0
jeugdige 28	-	-	-
jeugdige 29	8	3	-
jeugdige 30	4	3	-
jeugdige 31	8	8	-

In totaal hebben 23 jeugdigen de ACEs ingevuld (8 missend). Van hen hadden er 16 een score van vier of hoger (69,6%; zie tabel 3.3). Van hun ouders hebben er 28 de vragenlijst ingevuld, waarvan er 8 vier of meer ACEs aankruisten (28,6%). Het gaat hierbij dus om negatieve jeugdervaringen tot en met de leeftijd van 18 jaar, gemeten op het moment van het casusonderzoek.

Tabel 3.4 Meest frequent genoemde negatieve jeugdervaringen

Top 3 jongeren (n=23, 8 missend)		Aantal 'ja'
1	Heb je vaak het gevoel gehad dat je er niet echt toe deed in jouw gezin? Dat er niet echt iemand van je hield of je bijzonder vond? Of dat er in jouw familie niet echt naar elkaar omgekeken werd. Dat jullie niet close waren met elkaar of voor elkaar opkwamen?	16
2	Zijn jouw ouders gescheiden of uit elkaar gegaan toen je klein was?	13
3	Was iemand in jouw gezin depressief of mentaal ziek? Of heeft er iemand in jouw gezin ooit een zelfmoordpoging gedaan of zelfmoord gepleegd?	12

Top 3 ouders (n=28)		Aantal 'ja'
1	Heeft een ouder of een andere volwassenen in jouw gezin je regelmatig uitgescholden, beledigd, vernederd of teleurgesteld? Of zich zo gedragen dat je bang was dat je mishandeld zou worden?	11
2	Heb je vaak het gevoel gehad dat je er niet echt toe deed in jouw gezin? Dat er niet echt iemand van je hield of je bijzonder vond?Of dat er in jouw familie niet echt naar elkaar omgekeken werd. Dat jullie niet close waren met elkaar of voor elkaar opkwamen?	10
3	Heeft een ouder of een andere volwassenen in jouw gezin je regelmatig geduwd, geknepen, geslagen of dingen naar je toegegooid in woede? Of je zo hard geslagen zodat het zichtbaar was op jouw lichaam of dat je echt gewond raakte?	9

In tabel 3.4 zijn de drie meest door jeugdigen en ouders aangekruiste ACEs weergegeven. De meest voorkomende ACEs van kinderen hebben betrekking op een gevoel van verwaarlozing van emoties (*neglect*), scheiding van de ouders en gezinsleden met psychische problemen. De ouders die de ACE-lijst invulden gaven aan dat zij fysieke en/of lichamelijke mishandeling meemaakten en het gevoel van verwaarlozing van emoties (*neglect*).

Psychische problemen jeugdigen

Met de Strenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ) is de aanwezigheid van sociaal-emotionele problemen van de jeugdigen op het moment van de casusanalyse in kaart gebracht. Van 24 jeugdigen hebben we een SDQ-score (7 missend).

Voor het berekenen van de *Totale probleemscore* worden de scores voor emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort en problemen met leeftijdsgenoten bij elkaar opgeteld. Dat resulteert in een maximale score van 40 punten. De schaal prosociaal gedrag werkt ‘net andersom’. Daarvoor geldt: hoe hoger de score, hoe beter het functioneren. In tabel 3.5 staan de gemiddelden en standaarddeviaties van de schaal- en probleemscore. De totale probleemscore is bij 11 van de 24 jeugdigen verhoogd¹¹. Voor emotionele problemen en problemen in aandacht/hyperactiviteit zien we dat de gemiddelde score het hoogst is. De meeste jeugdigen hebben een verhoogde score op de subschaal emotionele problemen en/of gedragsproblemen.

Voor de subschalen emotionele problemen, gedragsproblemen en hyperactiviteit/aandachtstekort geldt dat één jongere verhoogd scoorde volgens de rapportage van de ouder, maar niet volgens de zelfrapportage.

Tabel 3.5 Psychische problemen jeugdige: Strengths and Difficulties Questionnaire jeugdigen (n=24, 7 missend)

	Emotionele problemen	Gedrags-problemen	Hyperactiviteit/aandachtstekort	Problemen met leeftijdsgenoten	Pro-sociaal gedrag	Totale probleemscore
Gem.	5,4	2,6	5,2	3,8	9,1	17
SD	2,6	2	1,8	1,8	1,1	6,9
Scorebereik (1)	0-9	0-7	0-9	0-7	7-10	0-40
Verhoogde score	17 (70,8%)	13 (54,2%)	11 (45,8%)	12 (50%)	n.v.t.	11 (45,8%)

De score op de subschalen kan liggen tussen 0-10

Voor de gemiddelde score zijn, bij twee jeugdigen met twee informanten, beide scores meegenomen in het berekenen van de gemiddelden.

De SDQ bevat vijf vragen die de impact van sociaal-emotionele problemen op het dagelijks leven (gezin, vriendschappen, school/werk en vrije tijd) meten. De totale score kan variëren van nul tot tien, waarbij een score van twee of meer als een verhoogde score wordt beschouwd. In totaal hebben 19 jeugdigen de impactvragen (compleet) ingevuld. Van hen waren er 15 met een verhoogde impactscore. De 19 jeugdigen scoorden minimaal nul en maximaal tien punten op de impactvragen. Met name een hoge impactscore in combinatie met een hoge totaalscore is een sterke aanwijzing voor sociaal-emotionele problemen (Theunissen et al., 2019).

Het was niet mogelijk om een complete vergelijking te maken tussen de classificaties zoals die zijn beschreven in de dossiers (zie tabel 3.2) en de ingevulde SDQ vragenlijsten. Zo is de range van problemen die in de SDQ worden bevraagd beperkter: de SDQ meet bijvoorbeeld geen problemen in gezin en opvoeding, terwijl deze wel geclassificeerd werden in de dossiers. Wat wel opviel is dat er relatief veel jeugdigen zijn die een

Tabel 3.6 Psychische problemen ouders: Outcome Questionnaire 45 (OQ45) (n=23)

	Symptomatische distress ¹	Interpersoonlijke relaties ²	Aanpassing aan de sociale rol ³	Totaal score ⁴
Vaders				
Aantal	11	11	11	11
Gemiddelde	23 (bovengemiddeld)	9,9 (bovengemiddeld)	8,2 (bovengemiddeld)	41,1 (bovengemiddeld)
Standaard Deviatie (SD)	17	7	5	27
Range				
Moeders				
Aantal	12	12	10	10
Gemiddelde	33,7 (hoog)	12,4 (bovengemiddeld)	10,3 (bovengemiddeld)	53,1 (hoog)
Standaard Deviatie (SD)	22	7	6	33
Range ¹¹				
Aantal	12	11	8	10

¹ deze schaal meet klachten op het gebied van depressie, angst en afhankelijkheid van middelen.

² deze schaal meet tevredenheid met en problemen in interpersoonlijke relaties.

³ deze schaal meet ontevredenheid, onvermogen, conflicten, stress rond werk en vrijetijd

⁴ De maximaal mogelijk score verschilt per schaal: Symptomatische distress (25 vragen max. 100), Interpersoonlijke relaties (11 vragen, max. 44), Aanpassing aan sociale rol (9 vragen, max. 36). De maximale score voor de totaalscore is 180.

¹¹ Volgens de normering van Theunissen et al. (2019)

verhoogde SDQ score hebben op de schaal emotionele problemen, terwijl classificaties rondom emotionele problemen nauwelijks gevonden werden in de dossiers. Wellicht was er sprake van onderdiagnose van emotionele problemen in deze doelgroep of zijn andere problemen meer op de voorgrond in de behandeling van deze jeugdigen. Daarnaast zagen we dat zowel in de SDQ als in de dossiers regelmatig gedragsproblemen werden genoteerd.

Psychische problemen ouder(s)

De Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) meet huidige psychische problemen bij volwassenen door middel van zelf-rapportage (Timman et al., 2017). We hebben dit instrument afgenomen bij de ouder(s) van de jeugdigen die meedoen aan Ketenbreed Leren. De vragenlijst is ingevuld door 23 ouders van de 31 jeugdigen. Tabel 3.6 vat de belangrijkste resultaten samen.

Uit de metingen met de SDQ en de OQ-45 bleek dat een redelijke groep van de jeugdigen en hun ouders – op het moment dat ze meededen met het onderzoek – kampten met psychosociale problemen. Bij de jeugdigen speelden er – bij rapportage op de SDQ – vooral emotionele, gedragsproblemen en aandachtsproblemen en/of hyperactiviteit. Bij de ouders waren het vooral klachten die te maken hebben met angst, depressie of middelen afhankelijkheid en ontevredenheid over het functioneren in interpersoonlijke relaties. Bij de moeders leken de problemen wat sterker dan bij de vaders.

Opleidingsniveau

Van 31 van de 62 ouders weten we het hoogst behaalde opleidingsniveau. Van hen hebben er 21 het middelbaar of hoger beroepsonderwijs afgerond. Eén ouder heeft geen opleiding afgemaakt en twee alleen de basisschool (zie tabel 3.7).

Als we deze gegevens vergelijken met een publicatie van het SCP over het opleidingsniveau van autochtone Nederlanders in 2019, zien we dat het opleidingsniveau van de ouders daar niet sterk van afwijkt (Maslowski,

Tabel 3.7 Opleidingsniveau van de ouders

	Aantal ouders
Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)	1
Lager algemeen onderwijs (basisschool)	2
Lager beroepsonderwijs (LTS, LEAO, VMBO basis/kader)	5
Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO, VMBO-TL)	2
Middelbaar beroepsonderwijs (MTS, MEAO, MBO)	12
Hoger beroepsonderwijs (HBO, HEAO, HTS)	9
Onbekend (bv. ouder niet aanwezig)	31
Totaal	62

Tabel 3.8 Berekening score voor kwaliteit dossier over diagnostiek (0-6)

Aard van problematiek beschreven in dossier? (ja/nee)	ja=1 punt
Is ernst van de problematiek beschreven in dossier? (ja/nee)	ja=1 punt
Zijn instrumenten gebruikt bij vaststellen aard en/of ernst? (ja/nee)	ja=1 punt
Is diagnostiek nog actueel (≤2 jaar)? (ja/nee)	ja=1 punt
Is in dossier inschatting gemaakt van problematiek betrokken ouder(s)? (ja/nee)	ja=1 punt
Is in dossier een risico-inschatting van de veiligheid van de jeugdige opgenomen? (ja/nee)	ja=1 punt
Totaal	0-6 punten*

(*) Als er (maximaal) één element ontbrak, kenden we daarvoor geen punt toe om toch een totaalscore te kunnen berekenen.

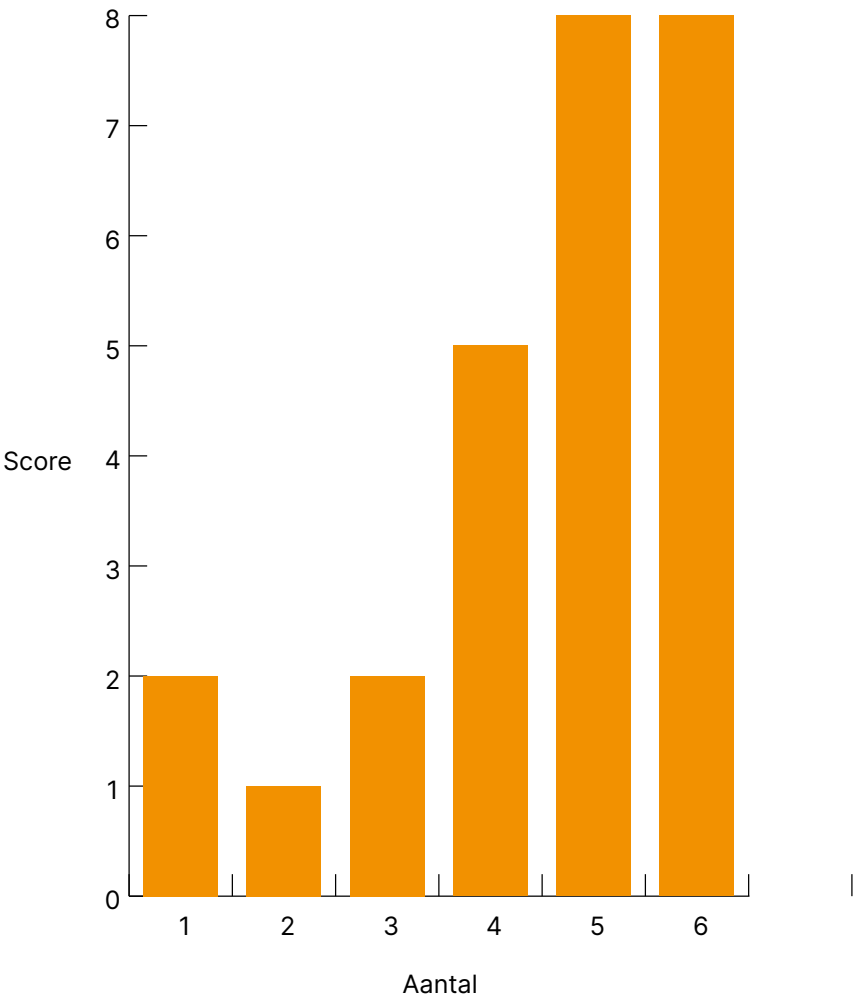
2020). Van de ouders in dit onderzoek is 26% (8 ouders) niet of lager opgeleid, 45% heeft een middelbare opleiding (14 ouders) en 29% is hoger opgeleid (29%). In de cijfers van het SCP zijn deze percentages respectievelijk 19%, 40% en 41%. Bij deze vergelijking moeten we wel opmerken dat het bij Ketenbreed Leren gaat om kleine aantallen.

Kenmerken van de hulptrajecten

Kwaliteit diagnostiek

Bij 26 van de 31 jeugdigen die meededen aan Ketenbreed Leren kon de procesbegeleider ook dossieronderzoek doen. We keken naar de kwaliteit van de informatie over de diagnostiek die in het dossier te vinden was. Als de procesbegeleider geen dossieronderzoek kon doen, dan was dat in vier gevallen omdat er geen volledig dossier beschikbaar was bij de betreffende instelling. Eén jeugdige was tijdens het casusonderzoek verschillende keren verhuisd (verplaatst), waardoor de procesbegeleider het dossieronderzoek niet kon uitvoeren.

We hebben een totaalscore samengesteld bestaande uit zes elementen die, ontleend aan geldende richtlijnen, belangrijk zijn voor kwalitatief goede diagnostiek. Door voor elk vermeld element een punt toe te kennen, staat een hogere score voor een betere kwaliteit van de dossiervoering over diagnostiek, met een maximale score van 6 punten (zie tabel 3.8) (GGZ Standaarden, 2017; GGZ Standaarden, 2019; Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2021a; Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2021b; Van Leeuwen & Geeraets, 2022).



Figuur 3.7 Score voor kwaliteit dossier over diagnostiek (n=26, 5 missend)

Op basis van scoringsmethode bleek dat de dossiervoering over diagnostiek bij 16 van de 26 jeugdigen vrij compleet was, de score was vijf of zes punten (zie figuur 3.7). Bij vijf jeugdigen scoorden 3 of minder punten en de overige vijf dossiers scoorden vier punten.

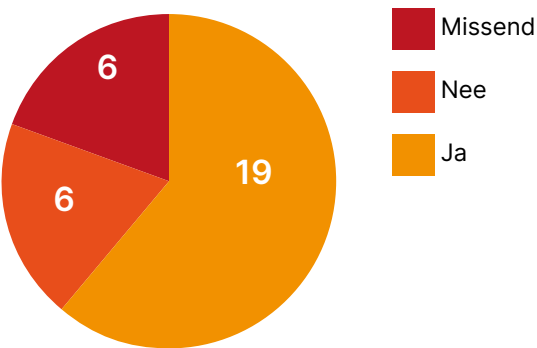
Bij 19 van de 25 onderzochte dossiers (6 missend) bleek dat de diagnostiek nog actueel was en in zes dossiers was dat niet het geval (zie figuur 3.8a). Bij 20 van de 26 jeugdigen (6 missend) waren er in het dossier factoren beschreven die een rol spelen in het ontstaan of in stand houden van problematiek (verklarende factoren; zie figuur 3.8b). In het hoofdstuk 4 gaan we verder in op het gebruik van verklarende factoren in de behandeling van deze jeugdigen.

Omdat problemen bij de ouder(s) zelf in de onderzochte groep veel voorkomen en de problemen van jeugdigen en van ouder(s) elkaar kunnen beïnvloeden, is onderzocht in hoeverre in de dossiers ook een inschatting is gemaakt van de problemen van de ouders zelf (zie figuur 10). Bij de 25 jeugdigen waarbij de procesbegeleiders dossieronderzoek konden doen (6 missend), vonden ze in 12 dossiers (48%) een inschatting van de problematiek van de ouder(s). Bij 28 jeugdigen (3 missend) konden de procesbegeleiders achterhalen of er ouderbehandeling was ingezet, gericht op eigen problemen van de ouder(s) (zie figuur 3.10). Dat was in de situatie van 7 jeugdigen (25%) wel het geval en bij 21 jeugdigen (75%) niet.

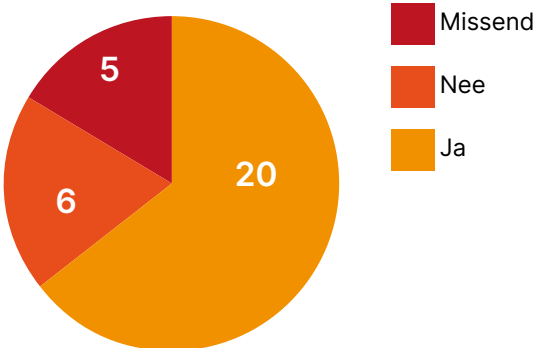
Inzet van hulp

De jeugdigen die meededen aan Ketenbreed Leren waren gemiddeld 16,6 jaar oud. Gemiddeld kregen zij voor het eerst met hulpverleners te maken toen zij ruim 7 jaar (7,33) oud waren. De variatie in leeftijd waarop er voor het eerst hulp werd ingezet was groot, tussen 0 en 16 jaar (1 missend, zie tabel 3.9).

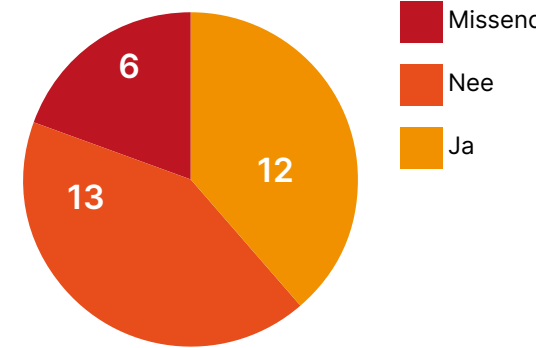
In totaal werden – tot aan het moment waarop de casusonderzoeken plaats vonden - 285 hulptrajecten gestart. Gemiddeld komt dat neer op 9,5 trajecten per jeugdige. Van de 285 trajecten betroffen er 134 ambulante hulp, 36 dagbehandeling, 13 gezinsplaatsing en 102 24-uurzorg (zie figuur 3.11). In totaal werden 74 trajecten met een positief resultaat afgesloten, hadden er 119 onvoldoende resultaat en is het resultaat van 92 (nog) onbekend (zie figuur 3.12). Uit deze resultaten blijkt dat de jeugdigen die meededen aan de casusonderzoeken van Ketenbreed Leren vrijwel allemaal een lange hulpverleningsgeschiedenis hadden waarin veel verschillende trajecten zijn gestart. De levenslijnen van jeugdige 3 en jeugdige 10 zijn hiervoor illustratief



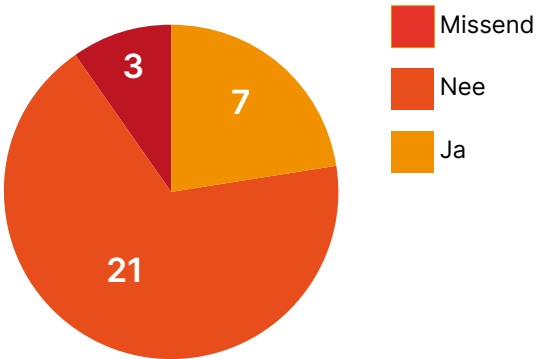
Figuur 3.8a Diagnostiek actueel (≤ 2 jaar)? (n=25, 6 missend)



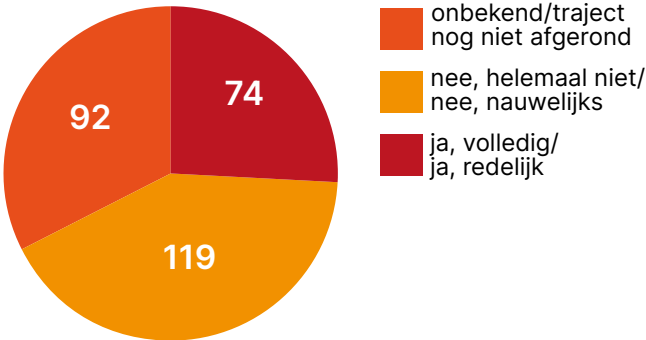
Figuur 3.8b Verklarende factoren in dossier? (n=25, 6 missend)



Figuur 3.9 Inschatting problematiek betrokken ouder(s) in dossier? (n=25, 6 missend)



Figuur 3.10 Is ouderbehandeling ingezet, gericht op eigen problemen van de ouders? (n=28, 3 missend)



Figuur 3.11 Is het gewenste resultaat van de hulp bereikt? (285 trajecten)

Tabel 3.9 Inzet van hulp tijdens levensloop (n=30, 1 missend)

	Leeftijd bij start eerste hulptraject	Huidige leeftijd	Aantal hulptrajecten tot casusonderzoek
jeugdige 1	13	19	5
jeugdige 2	10	16	8
jeugdige 3	7	17	11
jeugdige 4	15	17	6
jeugdige 5	8	14	7
jeugdige 6	2	15	9
jeugdige 7	8	15	12
jeugdige 8	4	14	4
jeugdige 9	7	17	8
jeugdige 10	10	16	9
jeugdige 11	5	18	5
jeugdige 12	8	18	4
jeugdige 13	11	16	6
jeugdige 14	0	10	6
jeugdige 15	3	14	25
jeugdige 16	6	13	9
jeugdige 17	8	17	10
jeugdige 18	11	18	6
jeugdige 19	7	14	10
jeugdige 20	12	18	15
jeugdige 21	7	18	11
jeugdige 22	10	18	12
jeugdige 24	8	18	13
jeugdige 25	14	22	9
jeugdige 26	10	17	10
jeugdige 27	0	15	12
jeugdige 28	0	17	14
jeugdige 29	0	17	12
jeugdige 30	0	21	12
jeugdige 31	16	19	5

LEVENSVERRHAAL

ANOUK (15JAAR)

Anouk woont na haar geboorte bij haar ouders in klein plaatsje in Groningen. Als ze 3 jaar is, wordt haar zusje geboren en als ze vijf is krijgt ze een broertje. Op haar 4e gaat ze naar basisschool de Toverlantaarn. Ze kan zich nog herinneren dat ze op de kleuterschool veel in de poppenhoek speelde. Ze wordt vanaf het begin op school gepest door de andere kinderen. Ouders maken zich zorgen of het wel goed gaat met Anouk op school. Ook hebben ze vragen over haar ontwikkeling. Ze bespreken dit met juf van groep 2 en later ook met de juf van groep 3. School ziet geen reden hulp in te schakelen. In groep 3 merkt Anouk dat ze het niet begint te snappen. Het pesten houdt aan in groep 3 en groep 4. In groep 5 werkt Anouk aan groep 3-stof. Ze zegt hier zelf over 'Het was heel raar, met name met rekenen, dat kinderen die kleiner waren dan ik het beter begrepen'.

In groep 5 wordt ze besproken in het zorgteam, vanwege haar leerprestaties en omdat haar contact met leeftijdgenoten zorgelijk is (pesten en gepest worden). Uit onderzoek blijkt ze een benedengemiddelde intelligentie te hebben. In dat jaar gaan haar ouders scheiden. Anouk en haar zusje en broertje gaan bij moeder wonen en komen om het weekend bij vader. Ze volgt KIES, een hulpvorm voor kinderen van gescheiden ouders.

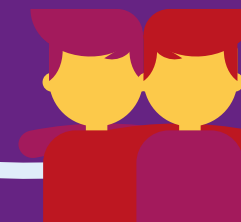
In deze periode is moeder thuis depressief. Ze ligt regelmatig hele dagen op bed en Anouk moet min of meer voor zichzelf en haar zusje en broertje en zusje zorgen. Dit wordt niet gesignaleerd. Moeder neemt in deze periode af en toe veel slaappillen in en Anouk krijgt haar dan niet wakker. Moeder ontwaakt hier zelf uit. Op school gaat het pesten door en krijgt Anouk Rots en Water.

In groep 7 begint Anouk thuis te blijven van school, omdat ze zich regelmatig ziek voelt en klaagt over buikpijn en hoofdpijn. Ze wordt door de GGZ gediagnosticeerd met ADHD en krijgt individuele gesprekken en medicatie. Die helpen niet volgens Anouk. Anouk heeft goede herinneringen aan de afscheidsmusical. Zij had samen met een handenarbeid-docent alle decors gemaakt.

Om de overgang naar de middelbare school te versoepelen volgt Anouk een specifieke training 'Go!' Volgens haar ouders vond Anouk dat 3x niks. Op de middelbare school gaat het vrijwel direct mis. Anouk heeft grote conflicten met leeftijdgenoten en docenten, schreeuwt, gooit met spullen en houdt zich niet aan de regels. Wanneer ze 14 jaar is gaat ze naar een andere school: een onderwijs-opvang-voorziening. Daar vindt seksueel misbruik plaats door een leeftijdsgenoot. Anouk wil hier niet over praten.

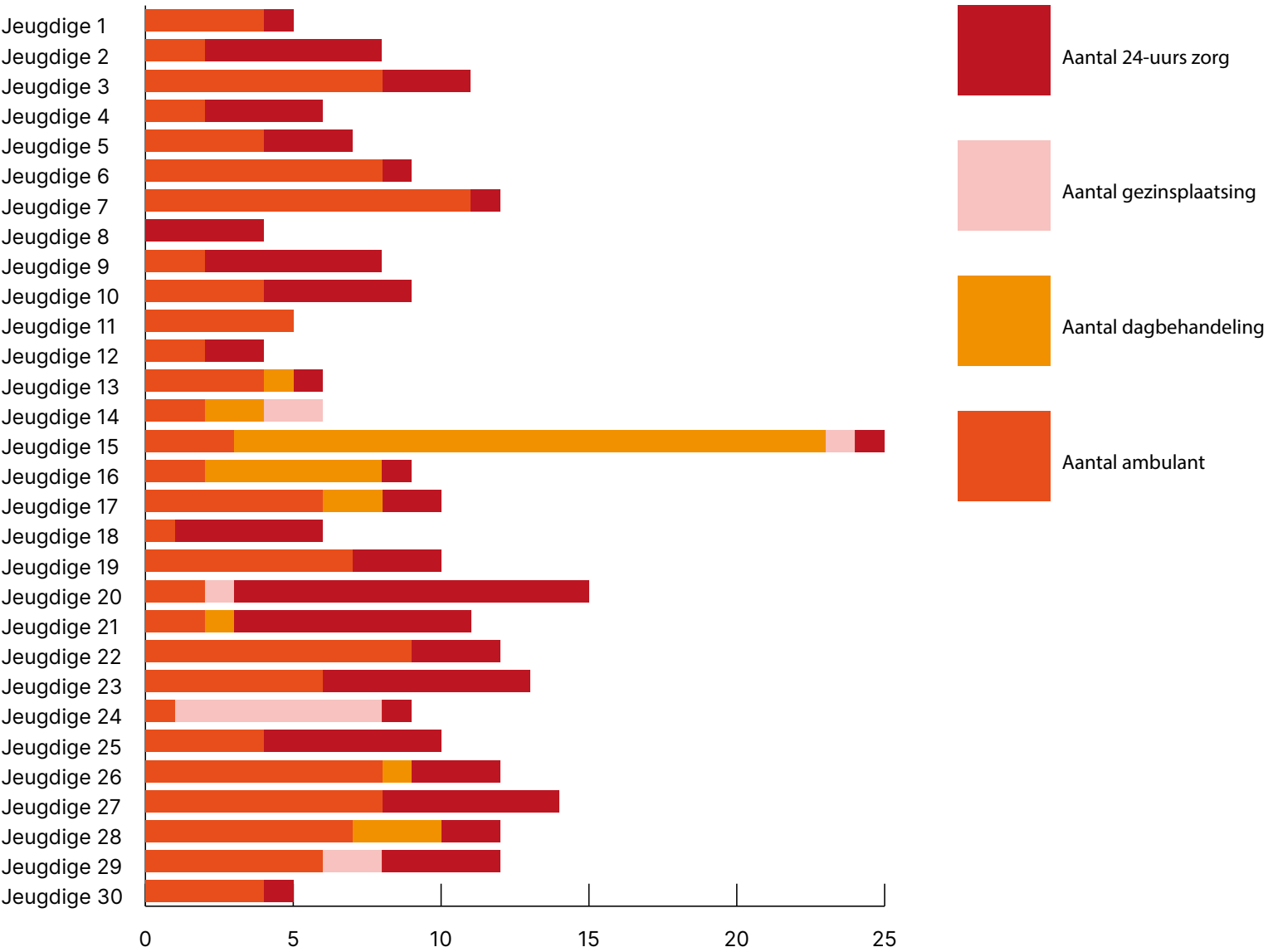
De conflicten thuis bij zowel moeder als vader nemen toe. Nadat deze conflicten ook fysiek worden, start gezinstherapie voor Anouk en haar beide ouders. Ouders kijken daar zeer ontevreden op terug, omdat ze het gevoel hebben dat de gezinstherapeut een front vormt met Anouk tegenover hen als ouders.

Omdat Anouk regelmatig niet naar school gaat, de gezinsconflicten aanhouden en ze 's nachts regelmatig afwezig is, wordt ze geplaatst in de gesloten jeugdzorg. Ouders vragen psychologisch onderzoek aan, maar dat komt niet van de grond. Anouk zelf vindt het afschuwelijk in de gesloten jeugdzorg. Vooral de fixaties van groepsgenoten vindt ze erg heftig. Tijdens deze plaatsing start opnieuw gezinstherapie. Hier zijn beide ouders enorm enthousiast over. Hoewel het voor hen confronterend is geweest om ook over hun eigen aandeel te praten, hebben ze deze hulp erg steunend gevonden en heeft het hen geholpen om beter te begrijpen hoe Anouk zich zo heeft ontwikkeld.

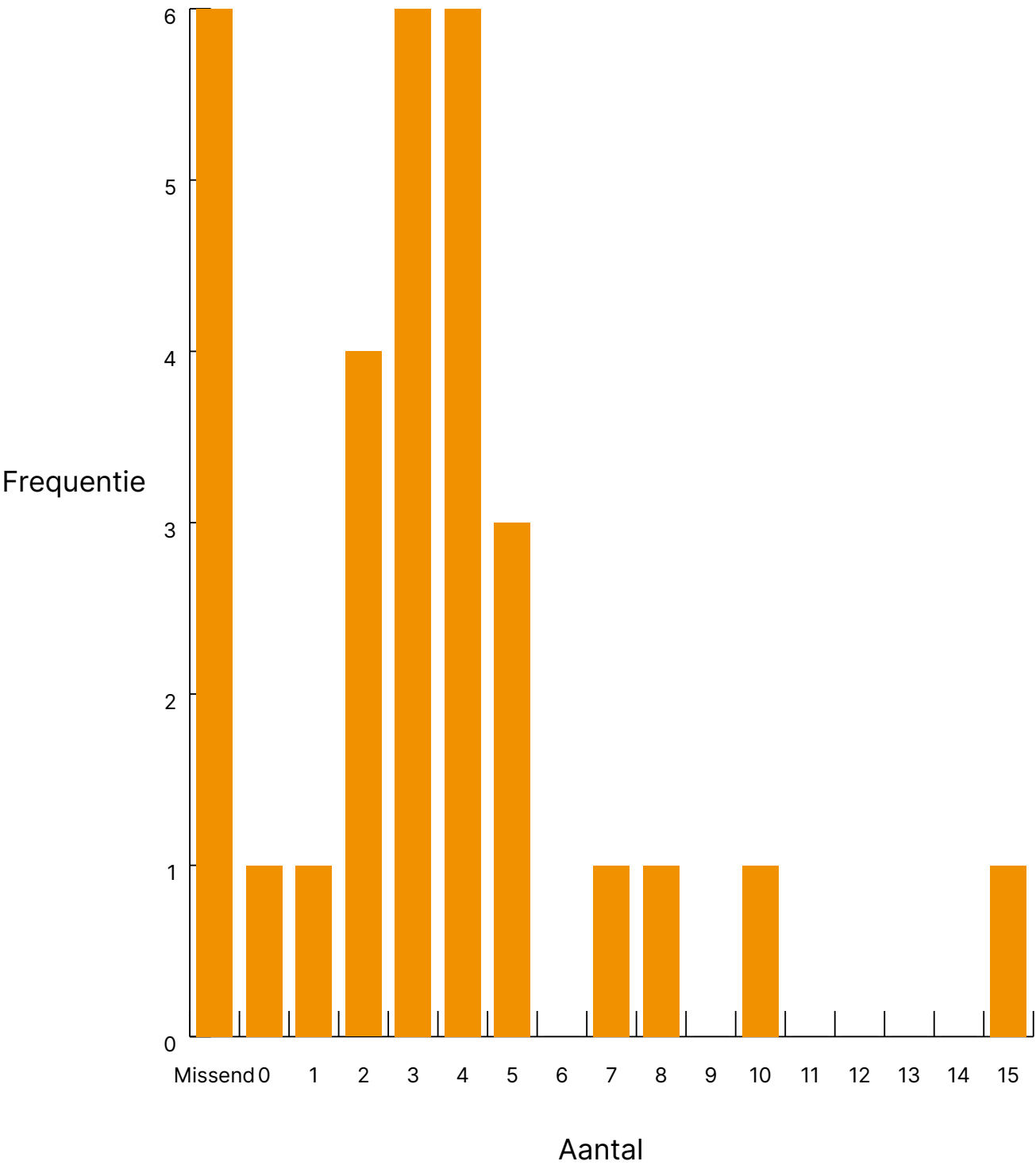


(zie figuur 3.13). Beiden ontvingen ze gedurende een periode van tien jaar hulp, waarbij de trajecten soms gestapeld werden en regelmatig niet het gewenste effect hadden. Uiteindelijk zijn al deze jeugdigen in een 24-uurs setting terecht gekomen.

De procesbegeleiders van Ketenbreed Leren onderzochten ook hoeveel professionals op het moment van de casusonderzoeken betrokken waren bij de jeugdigen (zie figuur 3.14). Op basis van de beschikbare informatie konden ze die vraag voor 25 jeugdigen beantwoorden (6 missend). Bij deze jeugdigen zijn in totaal



Figuur 3.12 Aantal en type hulptrajecten per jeugdige (n=30, 1 missend)



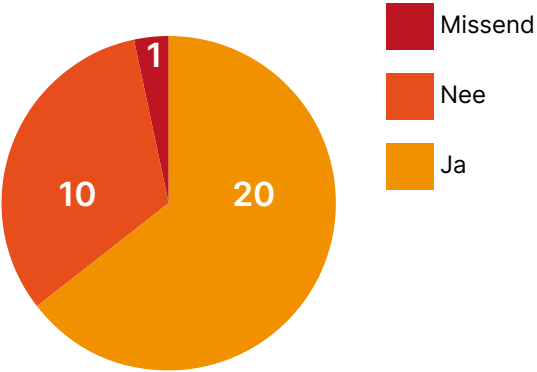
Figuur 3.14 Aantal betrokken professionals (n=25, 6 missend)

106 professionals betrokken, wat neerkomt op gemiddeld 4 professionals (gemiddelde 4,2) per jongere. Bij één jeugdige waren op dat moment geen professionals betrokken (minimum) en bij één jeugdige waren er 15 betrokken .

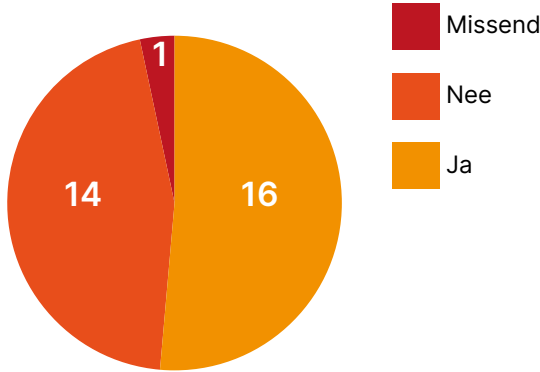
Perspectief in wonen en dagbesteding

De jongeren die in aanmerking kwamen om deel te nemen aan Ketenbreed Leren maakten tijdens of in de periode voorafgaand aan het casusonderzoek allemaal gebruik van jeugdhulp met verblijf. Daarnaast blijkt uit onze resultaten dat een deel van deze jongeren op dat moment geen onderwijs volgde en/of in het verleden voor een langere periode geen onderwijs heeft gevolgd. Voor deze jongeren zijn een perspectief voor wonen en voor dagbesteding dan ook relevant.

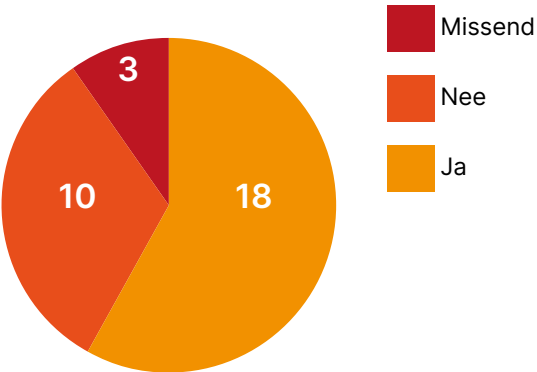
Tijdens de casusonderzoeken zijn de procesbegeleiders daarom nagegaan of voor de jongeren en hun ouder(s)/verzorger(s) helder is waar de jongere de komende één tot twee jaar zal werken en hoe de



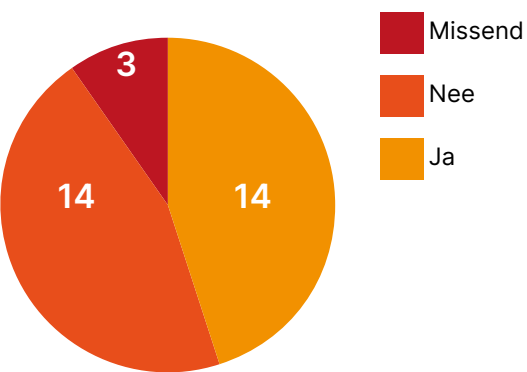
Figuur 3.15a Perspectief wonen helder voor jeugdige? (n=30, 1 missend)



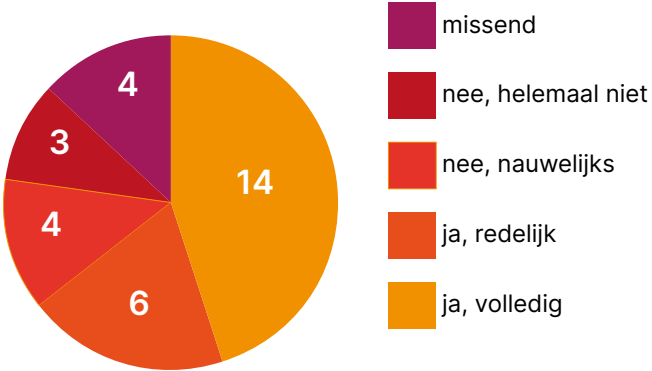
Figuur 3.15c Perspectief dagbesteding helder voor jeugdige? (n=30, 1 missend)



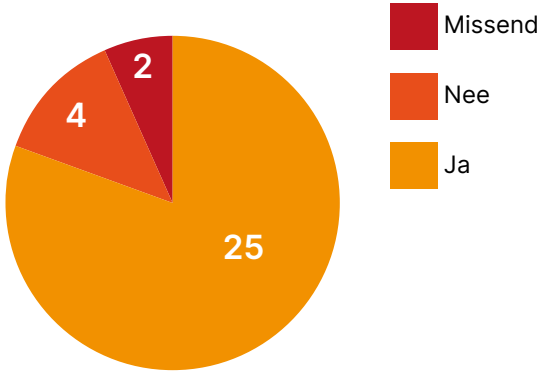
Figuur 3.15b Perspectief wonen jeugdige helder voor ouder(s)/ verzorger(s)? (n=28, 3 missend)



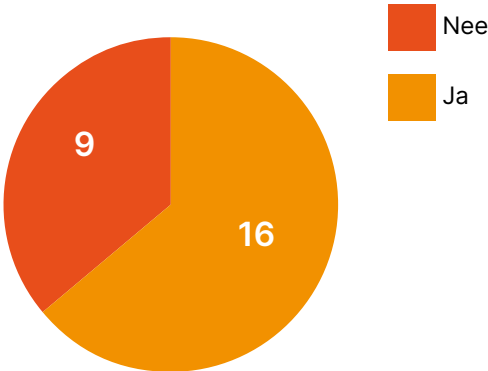
Figuur 3.15d Perspectief dagbesteding jeugdige helder voor ouder(s)/verzorger(s)? (n=28, 3 missend)



Figuur 3.16 Voelt de jeugdige zich aangesproken op sterke kanten? (n=27, 4 missend)



Figuur 3.17a Ervaart de jeugdige hulp/steun van belangrijke personen? (n=29, 2 missend)



Figuur 3.17b Zo ja: hebben hulpverleners contact met deze personen? (n=25)

dagbesteding van de jongere er dan uit zal zien (zie Figuur 16a t/m d). Uit onze resultaten blijkt dat het perspectief voor wonen voor 20 van de 31 jongeren (64,5%) helder is en voor 18 van de 31 ouders/verzorger(s) (58,1%). Voor 16 van de 31 jongeren (51,6%) is het perspectief voor dagbesteding helder en voor 14 van de 31 ouder(s)/verzorger(s) (45,2%).

Beschermende factoren

Onze procesbegeleiders hebben ook gekeken of in de hulpverlening beschermende factoren worden benut: of de jongere zich door hulpverleners voelt aangesproken op sterke kanten en of de jongere hulp en steun hulp en steun van belangrijke personen ervaart, en of hulpverleners contact hebben met die steunfiguren.

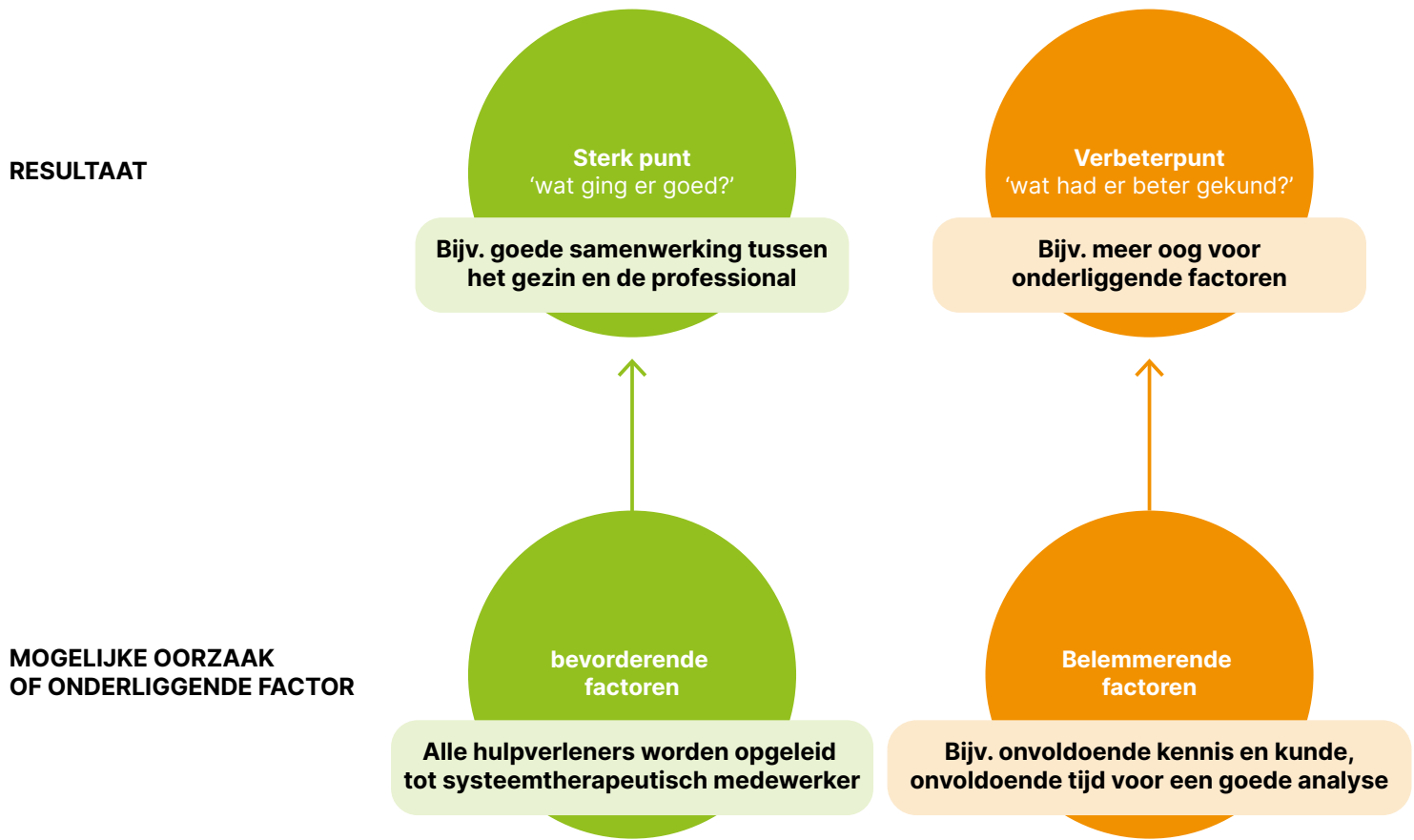
In totaal hebben 27 jongeren de vraag kunnen beantwoorden of zij zich aangesproken voelen op sterke kanten (zie figuur 17). Van hen geven 20 jongeren aan zich aangesproken te voelen op sterke kanten (ja, volledig/ ja, redelijk; 74,1%) en 7 jongeren ervaren dit niet (nee, nauwelijks/nee, helemaal niet; 25,9%) Van 29 jongeren weten we of zij hulp of sociale steun ervaren van voor hen belangrijke personen: 25 van hen geven aan van wel (86,2%; zie figuur 18a). Bij 16 van deze 25 jongeren (64,0%) hebben hulpverleners ook contact met deze steunfiguren (zie figuur 18b). Uit de interviews komt naar voren dat de hulpverleners geen contact hebben met steunende figuren uit het netwerk van de jeugdigen, anders dan de ouders van de jeugdigen.

Inzichten uit leer- en reflectiesessies

In een leersessie met ouder(s), jeugdige en betrokken professionals (2 uur) en een reflectiesessie met de professionals (1,5 uur) werd teruggekeken op de resultaten van de interviews en de dossieranalyse. Het doel van de bijeenkomsten was om de belangrijkste sterke punten (wat ging goed?) en verbeterpunten (wat had er beter gekund?) op te halen.

Om zicht te krijgen op de factoren die daar aan ten grondslag liggen (of misschien de oorzaak ervan zijn), is in de leer- en reflectiesessies ook gesproken over bevorderende factoren en belemmerende factoren. Wat droeg bij aan de sterke punten (bevorderende factoren) en wat aan de verbeterpunten (belemmerende factoren)? Onderstaande illustratie geeft dit weer. Een sterk bevorderende factor kan, bij het ontbreken ervan ook een belemmerende factor zijn. Dus soms gaat het om verschillende kanten van dezelfde medaille (zie Figuur 3.20).

Er ontstond een grote verscheidenheid aan concrete punten, geformuleerd door jeugdigen, ouders/verzorgers en hulpverleners. Deze punten werden geïnventariseerd en geprioriteerd om van te leren en het in toekomstige situaties anders en beter te doen. In deze paragraaf zijn de meest voorkomende beschreven.



Figuur 3.20 Relatie tussen sterke punten en verbeterpunten, belemmerende en bevorderende factoren

Sterke punten in de hulptrajecten

De sterke punten gingen over de vraag wat er goed is gegaan in het traject van de jeugdige (zie tabel 3.10). Het vaakst (19 keer) werd genoemd hoe belangrijk het was dat er **oordeeleloos en niet veroordelend geluisterd** werd naar de jeugdige of naar de ouder. Dat professionals aansloten bij de wensen van de jeugdige en/of ouders en meedachten over de invulling van de hulp werd het vaakst als sterk punt genoemd.

“Het is belangrijk dat je een stem hebt, dat je invloed hebt op je eigen leven. Omdat ik mijn eigen stem kon inbrengen ging ik niet meer spijbelen” - jongere, 17 jaar

Het tweede punt dat vaak werd genoemd was het inzetten van **werkzame interventies**, die resultaat hadden en leidden tot een vermindering van klachten (12 keer). Voorbeelden van werkzame interventies die genoemd werden zijn: DGT, speltherapie (2 keer), een combinatie van gespreks- en doetherapie, schematherapie (2 keer), een gezinsopname, de inzet van een schoolfobieprogramma, een klinische opname, specialistische ggz-behandeling bij trauma in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek, EMDR (2 keer), MST, Hulp na seksueel misbruik en PMKT.

Tien keer werd genoemd dat een **goede samenwerking tussen hulpverlener(s) en ouders** bijdroeg aan goede hulpverlening. Het gaat dan vooral over regelmatig contact en goede communicatie. Ook werd de mogelijkheid tot ‘rooming in’ genoemd.

“Pleegzorgbegeleidster heeft een gouden rol gespeeld. Zonder haar hadden we het nooit zo lang volgehouden. Ze keek vooruit, was duidelijk en altijd bereikbaar” - pleegouder

Het vierde sterke punt gaat over de **onderlinge goede samenwerking tussen professionals** (acht keer). Het ging zowel over de samenwerking tussen verschillende afdelingen van dezelfde organisatie als over de samenwerking tussen verschillende organisaties. De lijntjes waren kort en er waren eenduidige doelen. Andere voorbeelden die genoemd werden, gingen over professionals die in overleg blijven als er nog geen overeenstemming is en over professionals die elkaar kritisch bevragen en opkomen voor de jeugdige.

Tabel 3.10 Sterke punten¹

Top 5 sterke punten		
1	Er werd zonder te oordelen geluisterd	19 keer
2	Er werden werkzame interventies ingezet die ook resultaat gaven in klachtvermindering	12 keer
3	Er was een goede samenwerking tussen hulpverleners en ouder(s)	10 keer
4	Er was een goede samenwerking tussen professionals	8 keer
5	Er was continuïteit/stabiliteit in wie betrokken was bij de hulp	7 keer

¹ bij 26 van de 31 onderzochte trajecten jeugdigen werden in de leer-en/of reflectiesessie sterke punten genoemd. Van 5 casusonderzoeken ontbreken de gegevens over sterke punten.

Tabel 3.13 Bevorderende factoren¹

Top 5 bevorderende factoren		
1	Als professionals de basishouding/visie hebben om het ‘samen te doen’ met jongere en ouders	12 keer
2	Belang hechten aan samenwerking en daar tijd voor vrij maken	8 keer
3	Randvoorwaarden scheppen voor korte communicatielijnen	6 keer
4	Betrokkenheid van een ondersteuner die de uitvoering van het plan bewaakt	5 keer
5	Professionals opleiden om gezinsgericht te werken	4 keer
	Als professional de ruimte krijgen om maatwerk te regelen	4 keer
	Als professionals een actieve werkhouding hebben: snel schakelen waar nodig	4 keer

¹ bij 23 van de 31 onderzochte trajecten jeugdigen werden in dereflectiesessies bevorderende factoren genoemd. Van 8 casusonderzoeken ontbreken de gegevens over bevorderende factoren.

Op nummer vijf staat **continuïteit en stabiliteit in de hulpverlening** (zeven keer). Als dezelfde persoon lang betrokken is en er een vertrouwensband kan ontstaan, werd dat als bevorderend ervaren.

Bevorderende factoren

Bevorderende factoren Hebben invloed op een positief verloop van een hulptraject (zie tabel 3.11). Wat heeft er toe geleid dat iets lukte?

Als belangrijkste bevorderende factor werd genoemd dat sommige professionals, meer dan anderen, een basishouding hebben om de **wensen van** jeugdigen **en ouders centraal te stellen** en hen de regie te geven (12 keer). Zij hechten belang aan de samenwerking en zien ‘weerstand’ als hulpvraag. Dit werd ook wel een basishouding of visie op ‘mens-zijn’ genoemd.

“Ik heb de tijd gekregen mezelf weer te leren kennen en word niet afgerekend op mijn fouten. Ze zien altijd het positieve deel, ook als ik iets fout heb gedaan. Als ik afgekeurd word op de dingen die ik niet goed doe, dan gaat het slechter” - jeugdige, 17 jaar

Acht keer werd gesproken over hoe bevorderend het werkt om te **investeren in samenwerking omdat je dat belangrijk vindt**. Bijvoorbeeld voor frequent overleg en 1-gezin1planbesprekingen. Ook elkaar fysiek opzoeken draagt bij aan een gemeenschappelijke koers.

Op de derde plek zetten de deelnemers dat de **juiste randvoorwaarden** voor goede communicatie belangrijk zijn. Er werden voorbeelden genoemd over goede bereikbaarheid van professionals en dat digitale diensten zoals Whatsapp, Silo en een digitaal dossier daarbij helpend waren.

Als vierde werd genoemd dat het bevorderend werkt als er iemand beschikbaar is die de uitvoering van een **gezamenlijk plan bewaakt**. Daarbij werd benadrukt dat het belangrijk is als zo’n ondersteuner wel open staat voor andere visies.

Er zijn drie factoren die elk vier keer genoemd werden. Het werkte bevorderend als professionals systemisch zijn opgeleid en daardoor ook **systemisch** kijken. Ook werd het belangrijk gevonden dat professionals buiten kaders denken en **maatwerk regelen** op basis van wat een jeugdige echt nodig heeft en hier de ruimte voor krijgen. Ook een **actieve werkhouding** werkt bevorderend. Daarmee werd bedoeld: een hulpverlener die snel schakelde waar nodig, graag samenwerkt met jeugdigen, ouders en andere hulpverleners. Met die

attitude werd bedoeld een houding van betrokkenheid, transparantie, betrouwbaar en consequent zijn, je verantwoordelijk voelen en verantwoordelijkheid nemen.

Verbeterpunten

In de leer- en reflectiesessies werden naar aanleiding van de levensloop van de jeugdigen verbeterpunten in de hulptrajecten besproken. Wat kon er – met de kennis van nu – worden verbeterd aan de hulp die werd ingezet (zie tabel 11)? Jeugdigen en ouders gaven vooral aan (15 keer) dat er onvoldoende naar hen werd geluisterd en dat zij zich niet serieus genomen voelden. Het belangrijkste verbeterpunt is daarmee: beter luisteren en daarmee serieus nemen van de jeugdige en de ouders.

“Betrek mij gewoon want het is mijn leven” - jeugdige, 19 jaar

Een tweede verbeterpunt dat vaak werd genoemd (12 keer) is dat de hulp voor de jeugdige en de ouders **meer samenhangend** zou moeten zijn. Daarmee werd bedoeld dat hulpverleners meer oog moeten hebben voor de jeugdige én voor de ouders. Voor alle individuele gezinsleden en voor het gezin als geheel.

Professionals uit zowel zorg als onderwijs zouden **signalen beter moeten herkennen, serieus nemen en opvolgen** (11 keer). Daarmee doelen de deelnemers op signalen van problematiek of kwetsbaarheid bij de jeugdige, maar ook signalen over problemen die in het gezin spelen, zoals onveiligheid. Daar moeten hulpverleners en leerkrachten vaker en concreter naar vragen.

“In plaats van gesprekjes bij de ggz heeft er nooit iemand daar de vraag gesteld of ik me veilig voelde thuis. Ik had daar wel antwoord op gegeven. Die vraag kun je altijd stellen- Niet geschoten is altijd mis” - jeugdige, 19 jaar

Er zijn twee verbeterpunten die elk negen keer werden genoemd. In de sessies werd regelmatig gesproken over het belang van een **betere analyse**. De hulp is vaak uitsluitend gericht op symptomen en te weinig op onderliggende factoren. Een betere analyse leidt mogelijk tot een snellere diagnose en meer passende hulp. Daarnaast is er **behoefte aan casusregie** met een vast aanspreekpunt voor ouders in situaties waarin meerdere hulpverleners betrokken zijn.

“De weg naar de juiste hulp is veel te lang” - ouders

Tabel 3.12 Verbeterpunten¹

Top 5 verbeterpunten		
1	Beter luisteren en serieus nemen van jongere en ouders	15 keer
2	Meer samenhangende hulp voor jongere en ouders/gezin	12 keer
3	Signalen beter herkennen, serieus nemen en opvolgen	11 keer
4	Een betere analyse van onderliggende factoren	9 keer
5	Duidelijke casusregie (en vast aanspreekpunt)	9 keer

¹ bij 26 van de 31 onderzochte trajecten jeugdigen werden in de leer-en/of reflectiesessie verbeterpunten genoemd. Van 5 casusonderzoeken ontbreken de gegevens over verbeterpunten.

Tabel 11: Belemmerende factoren¹

Top 5 belemmerende factoren		
1	Onvoldoende communicatie en samenwerking en/of teveel betrokkenen	10 keer
2	Gebrekkige beschikbaarheid van zorg	7 keer
3	Onvoldoende regievoering en monitoring	5 keer
3	Veel wisselingen in hulpverleners en daarbij onvoldoende leren van eerder hulp	5 keer
3	Eenzijdig kindgericht of eenzijdig systeemgericht kijken	5 keer
3	Geen verklarende analyse en diagnostiek	5 keer

¹ bij 23 van de 31 onderzochte trajecten jeugdigen werden in de reflectiesessies belemmerende factoren. Van 8 casusonderzoeken ontbreken de gegevens over belemmerende factoren.

Belemmerende factoren

Belemmerende factoren hebben eraan bijgedragen dat hulptrajecten of delen daarvan niet goed zijn verlopen. Wat heeft er -achteraf gezien - voor gezorgd dat iets niet lukte (zie tabel 3.13)?

Voor de deelnemers aan de reflectiesessies stond bovenaan dat **onvoldoende communicatie en samenwerking** tussen hulpverleners onderling en met het gezin belemmerend werkt. Dat probleem ontstaat sneller wanneer er teveel partijen betrokken zijn of er visieverschillen zijn tussen de betrokkenen (10 keer).

In 7 sessies werd genoemd dat de **juiste zorg onvoldoende beschikbaar** is. Specifieke voorbeelden zijn een gebrek aan woonvoorzieningen voor meisjes met gedragsproblemen, specifieke zorg voor gehechtheidsproblemen, zorg voor jeugdigen met een combinatie van psychiatrische problemen (bijvoorbeeld ASS) en een licht verstandelijke beperking (LVB). Daarnaast werd genoemd dat je bij veel hulpvormen niet terecht kunt als je niet precies aan de voorwaarden voldoet (i.e. contra indicaties) of zoals in het volgende voorbeeld: dat de hulp stopt om organisatorische redenen.

“Ik wilde daar niet weg. Ik voelde me daar veilig. Maar ik moest er weg want de groep ging sluiten” - jeugdige, 15 jaar

Vier belemmerende factoren worden vijf keer genoemd in de reflectiesessies. Het kwam regelmatig voor dat de **regievoering of monitoring onvoldoende** was of ontbrak. Ook werd vijf keer genoemd dat er in hulptrajecten **veel wisselingen** van hulpverleners waren, of verplaatsingen van woongroepen. Daarbij was het extra belemmerend als hulpverleners steeds opnieuw begonnen, zonder te leren wat er wel of juist niet werkte in de voorgaande hulpverlening.

“De veranderingen door inzet van hulpverlening blijken steeds opnieuw geen blijvende veranderingen te zijn” - hulpverlener

“Er waren veel wisselingen van personeel. En mensen vroegen wel om eerdere rapportages, maar toch begon iedereen steeds weer opnieuw” - ouders

Ook kwam vijf keer aan bod dat het belemmerend werkt als professionals **eenzijdig kindgericht of eenzijdig systeemgericht** kijken. Dat leidt niet tot samenhangende hulp voor de jeugdige en andere gezinsleden. Tenslotte werd – ook 5 keer – genoemd het **ontbreken van een verklarende analyse**. Daarbij werd besproken: er wordt niet genoeg tijd voor genomen, sommige hulpverleners hebben onvoldoende kennis voor de analyse en als er een analyse wordt gedaan zijn de resultaten niet altijd gezamenlijk gedragen.

“Als storingsmonteur check je eerst wat er aan de hand is, daarvoor moet je navraag doen bij de klant en gebruik maken van je eigen kennis. Vervolgens maak je een plan van aanpak. Pas dan ga je oplossen. Dat zouden hulpverleners ook moeten doen” - vader

LEVENSVERRHAAL

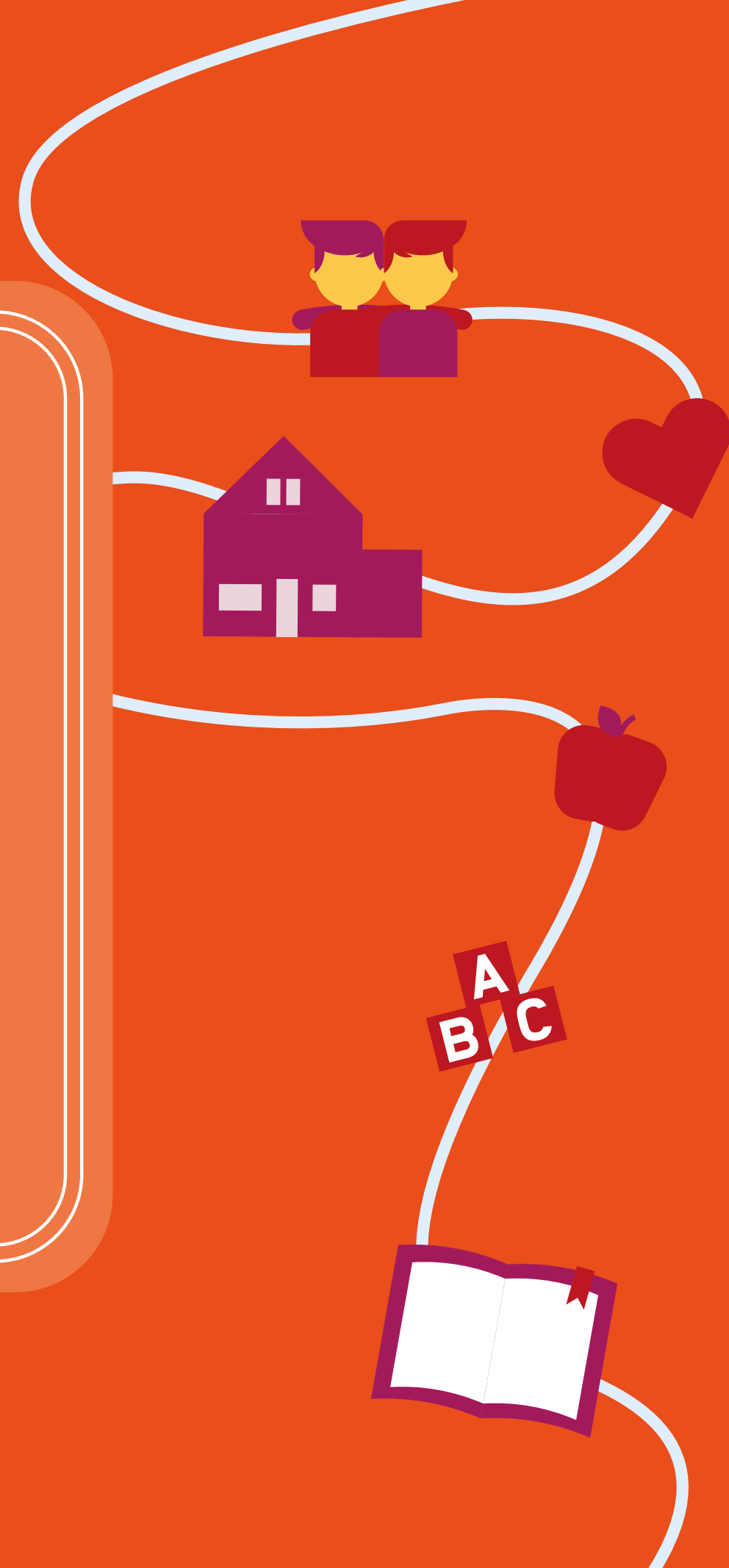
CHRIS (17JAAR)

Chris wordt geboren in een middelgroot dorp in Brabant als enig kind in een gezin met beide ouders. Chris is dol op dieren en is vanaf het moment dat hij kan lopen, voortdurend met zijn hond Frodo te vinden. Als hij 4 jaar is gaat hij naar basisschool de Grote Ronde. Op school gaat het vanaf de start niet lekker. Hij wordt veel gepest door zijn klasnoten. In groep 3 komt uit onderzoek naar voren dat hij autisme heeft en moeite heeft met verandering. In groep 5 lukt het de ouders bijna niet meer om Chris naar school te krijgen. Hij heeft veel boze buien en is soms ook erg verdrietig. Het gezin krijgt ambulante begeleiding die na een half jaar stopt. Hij krijgt medicatie en het pesten op de Grote Ronde gaat onverminderd door. Daarom gaat hij naar een andere school 'De Drieslag'.

Deze verandering is voor Chris groot. Zijn boze buien worden zo ernstig dat thuis een crisissituatie ontstaat. Hij wordt uit huis geplaatst. Hij is dan 10 jaar, en Chris ervaart dit als straf. Hij denkt hier nog vaak over na en wordt daar erg verdrietig van. Na de crisisopname gaat Chris terug naar huis. Het gezin krijgt opnieuw ambulante hulp. Chris zegt dat het toen beter ging thuis. Het hielp bijvoorbeeld dat er duidelijke afspraken werden opgehangen over hoe de dag verloopt. Als deze hulp stopt, gaat het echter snel slechter. Het lukt ouders niet goed om de gemaakte afspraken vast te houden. Na een heftig incident thuis, waarbij Chris zijn moeder bedreigt met een mes, wordt Chris opnieuw in een crisisgroep geplaatst en komt op een nieuwe school. Vervolgens komt hij op een behandelgroep op hetzelfde terrein als de crisisgroep. Op deze groep woont Chris 2 jaar en volgt daar de training 'ik ben speciaal' voor kinderen met autisme.

Wanneer hij fors mishandeld wordt door twee groepsgenoten, die zijn keel proberen dicht te knijpen, gaat het slechter met hem. Hij wordt op een andere groep geplaatst, gaat naar een nieuwe school en volgt een weerbaarheidstraining. Chris blijft hier drie jaar wonen. Vanwege grote conflicten op school, gaat hij negen maanden niet naar school. Met veel ondersteuning vanuit groepsleiding en docenten, lukt het de begeleiders weer om hem naar school te krijgen. Chris heeft goede herinneringen aan deze periode. Deze groep grenst aan een kinderboerderij en Chris brengt veel vrije tijd door bij de pony's op deze kinderboerderij.

Als Chris net 16 is, trekt hij, tijdens een conflict met een klasgenoot een mes. De situatie is zo bedreigend dat Chris van school moet. Omdat een perspectief lijkt te ontbreken en Chris niet meer gemotiveerd is voor hulp, wordt hij geplaatst in de gesloten jeugdzorg. Hij krijgt daar een agressieregulatietraining en schematherapie. De agressieregulatietraining helpt hem niets. De schematherapie wel.





De vijf belangrijkste bevindingen

DE VIJF BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

Eenendertig indrukwekkende levensverhalen van de kinderen en hun ouders leveren veel informatie op en veel aanknopingspunten voor verbetering. Welk beeld roept al deze informatie op? Tijdens een analysedag zijn de belangrijkste bevindingen geordend en geduid. Hierin is zowel gekeken naar wat jongeren en ouders positief gewaardeerd hebben in de zorg die zij hebben ontvangen, als wat zij minder positief ervaren hebben. Daarnaast hebben de procesbegeleiders en onderzoekers op basis van kennis over wat werkzaam is gekeken naar wat deze gezinnen gemist hebben in hun trajecten.

Opvallende bevindingen en patronen

Tijdens een aantal gespreksronden hebben de procesbegeleiders en onderzoekers de meest opvallende bevindingen geïnventariseerd.

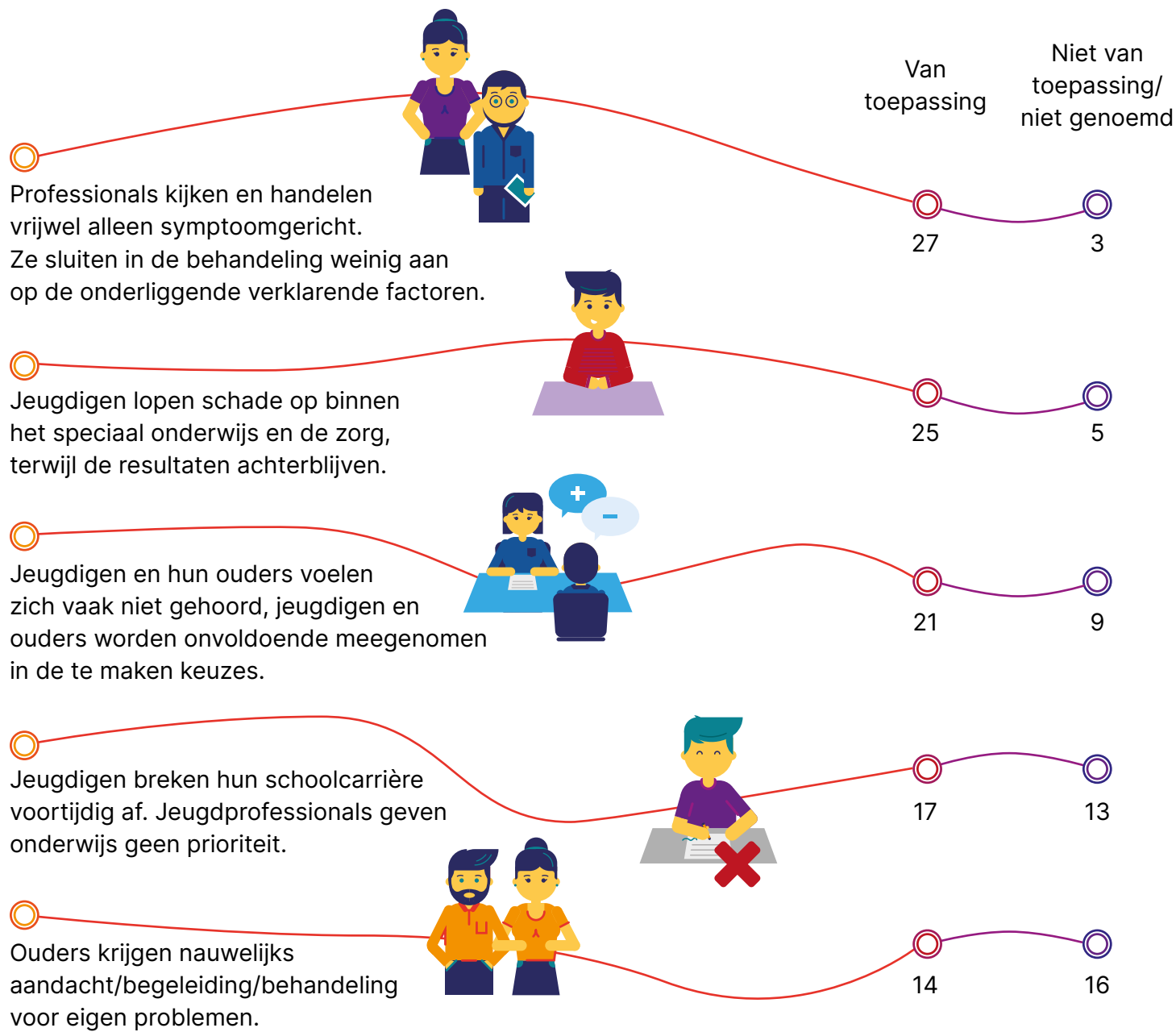
Inventarisatie opvallende bevindingen en patronen

- Pro-actief, flexibel en vasthoudend handelen helpt, ouders en jeugdigen waarderen dit enorm.
- Continuïteit in professionals draagt bij aan stabiliteit van de situatie van het kind en het gezin.
- Ouders en jeugdigen waarderen onderbouwd werkzame interventies, ze vertellen dat dit leidt tot verbetering.
- Wanneer ouders en jeugdigen het gevoel hebben dat er echt naar hen geluisterd wordt, draagt dit bij aan betere zorg en resultaten.
- De ouders ontvangen weinig tot geen hulp en steun bij eigen problemen (onder andere trauma), ook niet als dat van invloed is op de ontwikkeling en problemen van jeugdigen.
- Professionals kijken symptoomgericht. Er is weinig aandacht voor het opstellen van een analyse van de onderliggende problemen (zoals mishandeling/trauma/kwetsbaarheden bij het kind en/of ouders) mét jeugdigen en ouders, en de hulp sluit daar niet op aan.
- Traumabehandeling wordt vaak uitgesteld, omdat de jongere te instabiel is of vermijdingsgedrag vertoont (terwijl dit juist ook signalen van trauma of toxische stress zijn).
- Jeugdigen breken veelvuldig hun schoolcarrière af, professionals in de jeugdhulp én het onderwijs geven onderwijs niet de prioriteit die het verdient.
- Jeugdigen worden niet meegenomen in de te maken keuzes, soms ook uit angst voor onttrekking aan de zorg (waardoor ze juist de neiging krijgen zich te onttrekken door gebrek aan eigen regie).
- Jeugdigen lopen aanvullend schade op binnen zorg/speciaal onderwijs (lichamelijk, mentaal, afschalen opleidingsniveau en/of niet behalen startkwalificatie).
- Jeugdigen en ouders ervaren dat er niet naar hen geluisterd wordt. Professionals zijn zich daar niet van bewust en hebben het idee dat ze wel luisteren. Werkprocessen en tijdsdruk zijn hierbij volgens professionals niet helpend of zelfs belemmerend.
- Jeugdigen hebben zowel thuis, als op school, in de zorg als in de samenleving regelmatig het gevoel nergens bij te horen.

- Wanneer meerdere partijen betrokken zijn en/of er sprake is van langdurige zorg, ontbreekt regie/duidelijkheid en een eenduidig verhaal over wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren. Overdracht tussen professionals is er niet, loopt gebrekkig of om het gezin heen.
- Signalen van jeugdigen, ouders of professionals in onderwijs of zorg worden te vaak niet serieus genomen, waardoor problemen onnodig lang voortduren.
- Professionals hebben te weinig oog voor de behoeften van het kind bij specifieke kindkwetsbaarheid (ASS, LVB, hoogbegaafdheid). De ouders van deze kinderen ontvangen te lang een generiek opvoedaanbod en het duurt te lang voor zij passend specialistische zorg ontvangen.
- De belangrijke signaleringsfunctie van het onderwijs wordt niet benut en/of signalen vanuit het onderwijs leiden niet tot passende zorg.
- Jeugdigen en ouders geven aan dat de ingezette hulp niet geholpen heeft en problemen eerder toe- dan afgenomen zijn. De doelen worden niet gehaald.
- Het contact tussen jeugdige en professionals verbreekt als de professionele relatie stopt.
- Suïcidaliteit komt verhoudingsgewijs veel voor (gebrek aan kennis?).
- De focus ligt op het 'vinden van een plek' in plaats van het bieden van behandeling;
- Jeugdigen ervaren steun in hun omgeving (i.e. ouders), ouders ervaren weinig steun vanuit hun omgeving en hulpverleners hebben weinig contact met steunfiguren uit de omgeving van het gezin.
- Er is sprake van een stapeling van ambulante hulp die niet helpt, waarna escalatie volgt en een kind toch opgenomen wordt, veelal in een leefgroep en weinig in een gezinssetting. Er wordt daarbij onvoldoende geleerd van eerdere hulpervaringen.
- Instanties hebben de ruimte om een kind af te wijzen of zich terug te trekken wanneer sprake is van co-morbiditeit, een te hoog of laag IQ, wanneer er 'voorliggend iets anders is' of geven aan dat traumabehandeling nog niet kan starten zolang de situatie niet stabiel is. Een specifieke uitzondering/maatwerk/voorziening is niet beschikbaar.
- Als de ernst van de problematiek toeneemt, leidt dit tot chaotische zorg (door stapeling plaatsing en crisisplaatsingen).
- Opvallende kenmerken in de levens van de jeugdigen:
 - Problemen rond de bevalling/geboorte.
 - Traumatische gebeurtenissen zoals mishandeling, misbruik.
 - Pesten dat van jaar op jaar door gaat en niet gezien en/of opgelost wordt.
 - Echtscheiding van de ouders.
 - Verergering van klachten na overlijden van een opa of oma.
 - Mentale of fysieke problemen bij een gezinslid.
- Professionals leggen de focus op óf kindfactoren óf systeemfactoren, aan beide in samenhang aandacht besteden doen ze niet.

Vervolgens hebben de procesbegeleiders en onderzoekers de vijf belangrijkste bevindingen of rode draden geprioriteerd. Voor deze vijf rode draden zijn opnieuw van alle jeugdigen de levensverhalen en ingevulde onderzoeksformulieren doorgenomen om te beoordelen in hoeverre deze rode draad van toepassing was in elke afzonderlijke casus.

In onderstaande tabel staan de vijf meest voorkomende rode draden op een rij en is weergegeven hoe vaak deze van toepassing was in elk afzonderlijk casusonderzoek.



In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vijf rode draden die de mogelijkheid bieden om de uitvoering van jeugdhulp te verbeteren. Deze vijf belangrijkste bevindingen zetten we hieronder op een rij.



PROFESSIONALS KIJKEN EN HANDELEN VRIJWEL ALLEEN SYMPTOOMGERICHT. ZE SLUITEN IN DE BEHANDELING WEINIG AAN OP DE ONDERLIGGENDE VERKLARENDE FACTOREN

Uit de interviews bleek dat professionals voornamelijk reageren op het gedrag van jeugdigen en ouders dat het meest zichtbaar is. Zo reageren ze meer op de externaliserende gedragsproblemen, dan op de minder zichtbare internaliserende problemen (angst en somberheid), waarvan jongeren zelf aangeven dat ze hier last van hebben. Op deze externaliserende problemen wordt de begeleiding of behandeling vooral ingezet. Veel van deze gedragsproblemen zijn een uiting van achterliggende problemen: het door de omgeving (gezin, onderwijs) niet goed aansluiten op specifieke kindkwetsbaarheden (denk aan: ASS, hoogbegaafdheid of een verstandelijke beperking), sociale problemen zoals armoede of een uiting van eigen problematiek van de ouders die doorwerkt in de opvoedingsrelatie.

De geïnterviewde ouders en jeugdigen maakten veelvuldig ingrijpende gebeurtenissen mee. Van de 23 door hen ingevulde ACE-vragenlijsten gaven 16 jeugdigen aan vier of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt te hebben. De drie belangrijkste voor hen zijn: het gevoel hebben dat niemand naar je omkijkt of van je houdt, een scheiding van de ouders en iemand in het gezin was depressief of mentaal ziek. Het gaat in deze levensverhalen niet alleen om de grote gebeurtenissen die kunnen leiden tot PTSS, maar juist de kleinere dingen die ook toxische stress veroorzaken. Of om opeenvolgende interacties die je voortdurend het gevoel geven er niet toe te doen.

De hulp richtte zich dus veelal op waarneembare klachten ofwel symptoomgedrag. Hoewel klachten aanpakken zeker niet verkeerd is en ouders en jeugdigen graag willen dat de klachten verminderen, wordt het problematisch als de hulp zich beperkt tot slechts het laten afnemen van waarneembare klachten. Dit leidt weliswaar tot tijdelijke probleemreductie, maar vervolgens is opnieuw hulp nodig. Ouders en jeugdigen raken dan gedemotiveerd, omdat het de vorige keer toch niet voldoende geholpen heeft.

In 27 van de 31 casusonderzoeken is er geen hulp ingezet op basis van een verklarende analyse, waarin staat uitgewerkt hoe de klachten ontstaan, hoe ze onderling samenhangen en op elkaar inwerken. Soms is er wel een verklarende analyse, maar is het geen gezamenlijke analyse van de gezinsleden én professionals. Zonder een helder gezamenlijk beeld en verklarende analyse en hulp en interventies die onvoldoende aansluiten bij de verklarende factoren, leidt hulp niet tot een blijvend resultaat. Dat zagen we terug in de levenslopen waarbij de inzet van verschillende behandelingen, hulpvormen en interventies naast en na elkaar uiteindelijk een uithuisplaatsing van de jeugdige niet konden voorkomen.

Eerder onderzoek naar 32 residentiële plaatsingen van jeugdigen in Flevoland leidde tot dezelfde conclusie (Tempel & Vissenberg, 2018). In de dossiers werd slechts in één geval een verklarende analyse gevonden. In vrijwel alle dossiers werd gesproken over een belaste voorgeschiedenis van verwaarlozing, mishandeling, relatieproblemen of problematiek van de ouders. De relatie tussen de huidige problematiek en deze belaste

voorgeschiedenis werd vrijwel niet expliciet gemaakt en aan elkaar verbonden met daaraan gekoppeld een passend behandelaanbod (Tempel & Vissenberg, 2018).

In de leer- en reflectiesessies hebben ouders, jeugdigen en professionals besproken waarom het belangrijk is om een verklarende analyse te maken en wat belangrijke voorwaarden hiervoor zijn. Deze zijn weergegeven in onderstaand kader.

Verklarende analyse

Verklarende analyse

Een verklarende analyse is een analyse van aanlegfactoren (kind) en contextfactoren (gezin, school, bredere milieu) die leidt tot klachtgedrag. Het gaat om het samen met het gezin beter snappen waardoor gedrag is ontstaan, waarom het voort bestaat. Duurzame hulp sluit aan op deze onderliggende factoren, en op wat in het verleden wel en niet gewerkt heeft bij de ingezette hulp.

Er zijn verschillende modellen ontwikkeld, afgestemd op de huidige tijd en gebaseerd op de diagnostische cyclus van De Bruyn (Kenniswerkplaats Jeugd Friesland & Bureau Peers, 2021; Van Leeuwen & Geeraets, 2022).

Redenen voor het maken van een verklarende analyse

- Voorkomen dat je symptoomgericht gaat werken (dus niet alleen reageren op waarneembaar gedrag). Dit leidt wel tot tijdelijke verbetering, maar niet op langere termijn. Baat het niet, het schaadt wel. Mensen raken gedemotiveerd, verliezen vertrouwen in hulpverlening.
- Als je in je hulp/context niet duidelijk specifiek aansluit op de hulpvraag van het kind, gaat het kind/gezin zich gedragen naar de context van de hulpverlener (vooral in residentiele context). Dan ga je als hulpverlener hulp afstemmen op door de hulp gecreëerd gedrag, in plaats van op onderliggende verklarende factoren.

Voorwaarden voor een kwalitatief goede verklarende analyse

- De verklarende analyse gaat altijd om een analyse van zowel kind-, gezin- en contextfactoren.
- De verklarende analyse wordt samen met ouders en kind gemaakt. Het gaat om gedeelde beeldvorming, gedeelde analyse en gedeelde besluitvorming. Een analyse waar ouders en de jongere zich niet in herkennen zal niet leiden tot duurzame resultaten.
- Het maken van een verklarende analyse vraagt tijdens het proces om het geven van psycho-educatie (uitleg waarom je vraagt wat je vraagt).
- De verklarende analyse is opgesteld in toegankelijke taal die aansluit bij het gewone leven en is ontschuldigend van toon.
- Een verklarende analyse is een werkhypothese en niet een in beton gegoten werkelijkheid: het werkt als een dynamisch proces dat vraagt om voortdurende bijstelling. Als resultaten van hulp achterblijven is bijstelling van de verklarende analyse nodig.



JEUGDIGEN LOPEN SCHADE OP BINNEN HET SPECIAAL ONDERWIJS EN DE ZORG, TERWIJL DE RESULTATEN ACHTERBLIJVEN

Veel van de ingezette (jeugd)hulp leidt in de huidige praktijk niet of nauwelijks tot resultaat. Uit de onderzoeksgegevens bleek dat de 31 jeugdigen en ouders in totaal 287 hulptrajecten ontvingen. Van 192 van deze trajecten viel te achterhalen of deze tot enig resultaat leidden. In 62% van de trajecten was er niet of nauwelijks sprake van resultaat (119 trajecten).

“Ik heb daar voor saus gezeten” - jeugdige, 18 jaar

“Ik moest naar het pleeggezin voor mijn eigen rust, maar er was geen rust, er waren 3 kinderen met ADHD. Dus ik was veel buiten, en begon te blowen en automutilleren” - jeugdige, 15 jaar

Deze uitkomsten zijn in lijn met internationaal onderzoek naar de effectiviteit van jeugdhulp in de Verenigde Staten en Groot Brittannië (Weisz et al., 2019). Uit onderzoek komt naar voren dat effectieve behandelingen niet effectief worden uitgevoerd, omdat opleiding en supervisie onvoldoende worden ingekocht. Of behandelingen afwijken van de aanpak door deze bijvoorbeeld in te korten of te ‘verdunnen’. Ook blijkt de keuze voor een behandeling meer af te hangen van de gewoonten van instellingen en individuele behandelingen dan aan te sluiten op de behoeften en onderliggende verklarende factoren van cliënten. Tot slot blijken effectieve interventies gericht op enkelvoudige problematiek niet voldoende aan te sluiten bij kinderen met meervoudige en complexe problemen en vraagt dit om meer kennis over gepersonaliseerd maatwerk.

Uit de casusonderzoeken kwam naar voren dat 25 van de 31 jeugdigen extra schade hebben opgelopen in het speciaal onderwijs en/of jeugdhulp. Schade als gevolg van mishandeling, seksueel misbruik of chronisch pesten, schade als gevolg van verplaatsingen en schoolwisselingen en schade als gevolg van vakonbekwaam handelen door professionals.

Extra ontwikkelschade als gevolg van mishandeling, seksueel misbruik en chronisch pesten

Net als uit eerder onderzoek van de commissies Samson (2012) en De Winter (2019), komt ook uit dit onderzoek naar voren dat jeugdigen binnen het speciaal onderwijs, in pleeggezinnen of in een 24 -uurssetting mishandeld (5 van de 29 jeugdigen) en of seksueel misbruikt werden (3 van de 29 jeugdigen). Daarbij kwam zowel mishandeling en/of misbruik door leeftijdsgenoten als door professionals of pleegouders voor.

“Als er beter was geluisterd naar de kinderen, was mijn oudste dochter niet zo beschadigd geraakt in haar eerste pleeggezin” (moeder).

Daarnaast raakten jeugdigen, zoals eerder in dit hoofdstuk is aangegeven, beschadigd doordat zij langdurig gepest werden in het onderwijs (12 van de 29 jeugdigen).

Extra ontwikkelschade als gevolg van verplaatsingen

Van de onderzochte jeugdigen verbleven er 22 gemiddeld op zes verschillende woonplekken. Negen van hen waren jonger dan 12 jaar bij de eerste uithuisplaatsing. Uit onderzoek is bekend dat elke verplaatsing leidt tot extra ontwikkelschade en een toename van gedragsproblemen (Newton et al., 2000). Zoals eerder is aangegeven, leidden schoolwisselingen en verplaatsingen tot toxische stress en tot kernovertuigingen zoals ‘het ligt aan mij’ en ‘ik ben niet de moeite waard’. Dit heeft een negatief effect op de emotionele ontwikkeling en het gedrag van jeugdigen (De Lange et al, 2020).

Extra ontwikkelschade als gevolg van vakonbekwaam handelen door professionals

Met de kennis van nu is gekeken of er in de levensverhalen van jeugdigen sprake was van vakonbekwaam handelen door professionals. Hoewel dit vaak onbewust onbekwaam is, kan er toch gevolgschade zijn. In leer- en reflectiesessies is besproken dat dit deels het gevolg kan zijn van op dat moment nog ontbrekende kennis (met de kennis van nu zou je dit anders doen), onvoldoende opleiding of een te hoge werkdruk.

Verschillende jeugdigen gaven in interviews aan dat onvoldoende gesignaleerd is dat hun thuissituatie onveilig was. Ook werd genoemd dat jeugdigen zelf weliswaar signalen hebben afgegeven, maar dat deze niet opgepikt werden door professionals en er dus niets mee deden. Zo werd een meisje misbruikt door een pleegbroer in een pleeggezin. Toen zij dit besprak met een buurvrouw, leidde dit niet tot het herstellen van de veiligheid van het meisje maar tot een onderzoek, waaruit de conclusie werd getrokken dat zij in het pleeggezin kon blijven wonen. Het misbruik ging daarna door.

*“In alle gesprekjes met de ggz heeft er nooit iemand de vraag gesteld of ik me veilig voelde thuis. Ik had daar wel antwoord op gegeven. Die vraag kun je altijd stellen, niet geschoten is altijd mis”
- jeugdige, 17 jaar*

“Als er raar contact is tussen een ouder en een kind, dan moet je als huisarts doorvragen. Waarom stelt de huisarts niet aan mij de vraag waar die blauwe plekken vandaan komen?” - jeugdige, 18 jaar

Uit de interviews en leersessies kwam naar voren dat het niet signaleren van onveiligheid en het negeren van afgegeven signalen leidde tot een toename van wantrouwen in professionals en volwassenen in het algemeen en daarmee tot ontwikkelschade voor het kind.

Andere vormen van vakonbekwaam handelen waren: het niet ontvangen van traumabehandeling vanwege het niet signaleren van onderliggende complexe trauma's of vanwege gebrekkige beschikbaarheid van een behandeling in een instelling. Ook kan het gaan om onvoldoende kennis in het omgaan met bepaalde problemen of onvoldoende inzicht in de gevolgen van het eigen handelen. Zoals bij het fixeren van kinderen, het afvoeren van een kind in een geblindeerd busje of door het onvoldoende leren van eerdere hulp in het gezin.

“Kinderen betrekken in een VT-melding (door middel van verhoren) is heel erg traumatisch. Daar is helemaal geen nazorg voor” - moeder

“Ze zeiden dat er geen vervolgplek was, maar dat is bullshit, want alle andere jongeren vertrokken wel, alleen ik niet. Ik zat jaren gesloten” - jeugdige, 17 jaar

“Dan kwam er een gezinsbegeleider en die vroeg aan ons hoe we dachten dat we een probleem het beste konden aanpakken. Dan zeiden we iets en dan schreef zij dat op in haar plan als aanpak. Dat werkte niet – we hadden niet voor niks om hulp gevraagd en dan vroeg ze, als we dat vertelden, opnieuw ‘Hoe denken jullie dat je het het beste aan kunt pakken?’ - ouders

Het gegeven dat jeugdhulp in dit onderzoek in meer dan de helft van de gevallen niet of nauwelijks tot resultaat leidde en bijna alle jeugdigen er extra schade van ondervonden, hangt vermoedelijk samen met het ontbreken van een analyse en het niet benutten van de beschikbare kennis over wat wel en niet werkt.

In leer- en reflectiesessies is aan de orde gekomen dat professionals vaker dan nu het geval is, stil moeten staan bij de vraag of de inzet van hulp opweegt tegen het mogelijke risico op schade, onder het motto ‘first do no harm’.

Er is een verbeterslag in de zorg voor jeugd nodig, waaronder het herkennen van signalen van jeugdigen en ouders en het benutten van de daarover beschikbare kennis.



JEUGDIGEN EN HUN OUDERS VOELEN ZICH VAAK NIET GEHOORD, JEUGDIGEN EN OUDERS WORDEN ONVOLDOENDE MEEGENOMEN IN DE TE MAKEN KEUZES

De 31 jeugdigen en ouders die meewerkten aan Ketenbreed Leren hebben vrijwel allemaal met meerdere professionals van verschillende organisaties te maken gehad. Zij gaven aan dat er professionals zijn die goed naar hen luisterden, maar dat zij zich door andere professionals niet gehoord voelden. Hoewel professionals ogenschijnlijk lijken te luisteren, ervoeren ouders en jongeren dat hun ideeën en inbreng niet meegenomen werden in beslissingen. Ook gaven zij aan dat er veel over hen in plaats van met hen werd gesproken. Beslissingen werden daardoor niet met hen genomen, maar achteraf medegedeeld. In 21 van de 31 casusonderzoeken was dit aan de orde en in 15 van de 26 leersessies staat het in de top 5 van de belangrijkste verbeterpunten. Tijdens de interviews met jeugdigen bleek regelmatig dat alle hulp niet had geleid tot antwoord op de vraag die zij zelf of de ouder(s) bij aanvang hadden. Zo hadden ouders na contact met verschillende professionals eigenlijk nog geen idee wat er aan de hand was met hun kind, of wat de verklaring was voor de ontstane problematiek.

Als professionals wel goed hebben geluisterd, wisten jeugdigen en ouders zich dit nog goed te herinneren. In 19 van de 26 leersessies kwam oprecht geïnteresseerd zijn in de mening van de jongere of ouders, oordeelloos luisteren en hen serieus nemen naar voren in de top 5 van sterke punten.

Ook de onderzoekers ervoeren binnen Ketenbreed Leren het effect van onbevooroordeeld luisteren en doorvragen tijdens de interviews. Sommige interviews duurden langer dan twee uur. Een aantal ouders en jeugdigen gaven aan dat er niet eerder op deze manier naar hun hele levensverhaal geluisterd was. In de reflectiesessies gaven professionals regelmatig aan dat zij tijdens de leersessie pas voor het eerst hoorden over belangrijke gebeurtenissen uit het leven van het kind.

“We worden overal buiten gehouden. We willen graag meer informatie en zelf ook ondersteuning hoe om te gaan met [ons kind]” - moeder

“Het is belangrijk dat je een stem hebt, dat je invloed hebt op je eigen leven. Omdat ik mijn eigen stem kon inbrengen ging ik niet meer spijbelen.” (jeugdige, 17 jaar).

De ervaringen van ouders en jeugdigen aan de ene kant en professionals aan de andere kant waren verschillend. Professionals hebben het idee dat ze luisteren en onbevooroordeeld zijn, terwijl jeugdigen en ouders dat anders ervaren hebben. Werkdruk en een gebrek aan tijd spelen hierbij volgens de professionals een rol. Tegelijkertijd zijn er professionals die het wel lukt, ondanks tijds- en werkdruk om ouders en jeugdigen serieus te nemen en goed naar hen te luisteren. Als de ouders en jeugdigen wel het gevoel hadden dat professionals naar hen luisterden, had dat volgens hen vooral te maken met de houding van de professionals:

Basishouding van professionals, zoals gewenst door ouders en jongeren'

- De rust en tijd nemen om te luisteren: oprechte interesse hebben in het verhaal van de ander, zonder een eigen agenda af te werken.
- Onbevooroordeeld luisteren: waken voor het te snel conclusies trekken die passen in de eigen gedachtengang en oprechte interesse hebben in het verhaal en de visie van de ander.
- Ontschuldigend luisteren en in gesprek zijn: als er gesproken wordt over mogelijke verklaringen voor het gedrag van de jeugdige of zijn ouders, uitleggen hoe kinderen en ouders elkaar wederzijds beïnvloeden en dat het hierbij niet gaat over de vraag wie er schuldig of fout is, maar om te kijken hoe deze interactiepatronen zijn ontstaan en samen te onderzoeken wat vervolgens helpend is voor de jeugdige en de ouders.
- Het oprecht serieus nemen van de ander: de jeugdige en de ouders zien als ervaringsdeskundige van hun eigen leven en de eigen ervaringskennis van de jeugdige en ouders zien als gelijkwaardig aan de professionele kennis van de professional.
- De ouders of jeugdigen gelijkwaardig benaderen: respectvol omgaan met de ander en diens perspectief en deze even leidend laten zijn in het maken van keuzes als het professionele perspectief.
- Consequenties verbinden aan wat de ouder of jeugdige vindt of zegt: oprecht nieuwsgierig zijn naar de mening, visie en voorkeuren van de jeugdige en de ouders en deze terug laten komen in de verklarende analyse en in de keuzes die gemaakt worden voor inzet van hulp.
- Beschikbaar zijn: de mogelijkheid hebben om een professional ook buiten kantooruren te kunnen bereiken in geval van nood.

Het gaat dus niet zozeer om de gespreksvaardigheden of de technieken die de professional toepast, maar om houding en bejegening. Samenwerking vanuit een gelijkwaardige basishouding draagt bij aan een mede door de jeugdige en ouders gedragen verklarende analyse en het op basis daarvan komen tot passende zorg die aansluit bij de behoeften en hulpvraag van de jeugdige en ouders.

De signalen van jeugdigen en ouders over het niet gehoord voelen, geen antwoord krijgen op de vraag waarmee hun contact met professionals in de jeugdhulp begon en het zich niet serieus genomen voelen zijn niet nieuw. Het is een hardnekkig en vooral al jarenlang gehoord probleem in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Zo was bijvoorbeeld respectvolle bejegening van ouders en jeugdigen een van de vier actielijnen van het Actieplan Verbetering Feitenonderzoek in de Jeugdbescherming (2021). Alliantiefactoren als gelijkwaardige samenwerken waarbij de ander oprecht serieus wordt genomen en er oordeelloos wordt geluisterd is een belangrijke algemeen werkzame factor voor effectieve hulp (Onstenk et al., 2021).



JEUGDIGEN BREKEN HUN SCHOOLCARRIÈRE VOORTIJDIG AF. JEUGDPROFESSIONALS GEVEN ONDERWIJS GEEN PRIORITEIT

De jeugdigen hebben vrijwel allemaal problemen met school ervaren. Zo volgde ongeveer 60% drie maanden of langer geen onderwijs (18 van de 31) en zijn 13 jeugdigen op een lager schoolniveau geëindigd dan bij de start (40%). Vrijwel iedere jeugdige maakte in zijn of haar leven een schoolwisseling mee (van de basis- naar de middelbare school). Bij vier jeugdigen was dit de enige schoolwisseling. Alle andere jeugdigen hebben meer dan twee schoolwisselingen mee gemaakt. Gemiddeld maakten de jeugdigen vier schoolwisselingen mee. Eén jeugdige maakte tien schoolwisselingen mee.

Opvallend was dat 12 van de 29 jeugdigen pestervaringen hadden. Deze vormden soms de start van de latere, zich opstapelende problemen. Pesten werd op de scholen van de jeugdigen niet goed aangepakt. Vaak ging het jarenlang door met alle gevolgschade van dien (bijvoorbeeld Muscatell et. al., 2022). De geïnterviewde ouders lieten hun zorgen blijken en hoewel zij dit ook bij de school aangaven, gebeurde er in hun ogen te weinig met die signalen. Na verloop van tijd kon dit een reden zijn om hun kind van de school te halen. Andere oorzaken voor schoolwisselingen zijn het niet kunnen bieden van passend onderwijs door de school of (over)plaatsingen op verblijfsplekken binnen de jeugdzorg. Een wisseling van verblijfsplek betekent vaak automatisch ook een wisseling van school (Steenkuijl, 2022).

“School bij de instelling was prettiger voor mijn dochter, omdat daar de druk lager lag voor het leren” - ouder

De schoolwisselingen, het niet effectief ingrijpen bij pesten en geen of geen passend onderwijs kunnen leiden tot toxische stress. Dit soort levenservaringen leidt tot overtuigingen als ‘het ligt aan mij’ en ‘ik ben niet de moeite waard’. Dit heeft een negatief effect op de ontwikkelingskansen van kinderen (De Lange et al, 2020).

“De samenwerking met school was wel frustrerend, de instroommomenten sloten niet aan bij het zorgtraject van de jongere, er is te weinig ‘echt’ onderwijs, en we waren niet geïnformeerd dat de inschatting was dat ze haar examen niet zou halen” - moeder

Uit het dossieronderzoek en de leer- en reflectiesessies kwam naar voren dat behandelplannen zich eenzijdig op het gedrag en de psychische problemen van het kind en op gezinsrelaties richten. Onderwijsdoelen leken geen prioriteit te hebben, terwijl onderwijs belangrijke protectieve en compenserende ervaringen kan bieden. Andersom herkennen leerkrachten en andere professionals in scholen signalen van kinderen onvoldoende en komt het voor dat zij uit handelingsverlegenheid kinderen uitsluiten van het onderwijs. De afgebroken schoolcarrières hadden tot gevolg dat de jeugdige zich staande moest houden in de samenleving zonder startkwalificatie, terwijl deze in belangrijke mate bijdraagt aan werk- en baanzekerheid en aan economische zelfstandigheid (CPB, 2018).



ouders krijgen nauwelijks aandacht/begeleiding/ behandeling voor eigen problemen

Op basis van dit onderzoek bleek er bij 14 van de 30 ondervraagde ouders eigen problematiek te spelen waarvoor geen behandeling is geweest. Mogelijk is hier sprake van onderrapportage. De uitkomsten van de 22 ingevulde vragenlijsten OQ45 lieten zien dat tien ouders bovengemiddeld tot zeer hoog scoren op psychische problematiek, problemen in de relaties met familie en vrienden en problemen in het functioneren op school/werk en in de vrije tijd.

Daarnaast lieten de 26 ingevulde ACE-vragenlijsten zien dat de meerderheid van de ouders meer dan vier ingrijpende ervaringen rapporteert. De drie meest voorkomende zijn: regelmatig uitgescholden, beledigd, vernederd of teleurgesteld worden, het gevoel hebben dat niemand van je houdt of naar je omkijkt en regelmatig door een ouder of volwassene geknepen, geduwd, geslagen of dingen naar je hoofd gegooid krijgen. In de dossiers is vrijwel niet terug te vinden dat de ouders hiervoor behandeling kregen. Slechts bij twee van de zeven ouders met vier of meer ingrijpende ervaringen stond in het dossier vermeld dat ze voor hun problematiek behandeling ontvingen.

“Als ouders een eigen rugzakje hebben, hoe kunnen zij dan oog voor mij hebben?” - jeugdige, 16 jaar

Ander onderzoek laat eenzelfde beeld zien. Uit onderzoek naar 47 cliënten die een beroep deden op de hoogspecialistische jeugdzorg in Friesland bleek dat 72% van de ouders zelf kampte met problematiek, met name psychische problemen en verslavingen. Veel professionals gaven daarbij aan dat problemen bij de ouders leidden tot problematiek bij jeugdigen (Fier, 2021). Over het belang van het tijdig onderkennen van eigen psychische problematiek of beperkingen bij ouders bestaat inmiddels veel consensus. Psychische problemen bij ouders zijn een risicofactor voor het ontstaan van kindermishandeling (Vink et al., 2020).

Uit onderzoek (Schickedanz et. al, 2018; Narayan et al., 2021; Morris et al., 2021;) weten we dat er een

samenhang is tussen ACES bij ouders en het opvoedingsgedrag en de ontwikkeling van het kind. Als ouders niet zelf hebben kunnen leren om hun emoties te reguleren, is het voor hen veel moeilijker hun kinderen te ondersteunen bij het reguleren van hun emoties. Deze problematiek in combinatie met andere problemen, zoals een scheiding of financiële problemen vergemakkelijkt de opvoeding vaak niet en kan de veiligheid en de ontwikkeling van kinderen in gevaar brengen. De huidige jeugdhulp sluit daar niet op aan. Er vindt veelal een stapeling van generieke opvoedondersteuning plaats, waarbij de intensiteit wel toeneemt, maar de focus niet verandert, terwijl dat voor deze gezinnen niet de passende hulp vorm van hulp is. Het vraagt om meer aandacht voor Trauma Informed Care en samenwerking met de ggz voor volwassenen (zie bijvoorbeeld AEF, 2022).

“Ik beet nog liever mijn tong af dan dat ik zou vertellen dat ik in het verleden ernstig misbruikt ben en daar nog steeds heel somber en angstig door ben. Ik was als de dood dat ze zich dan met mij en mijn kind zouden bemoeien” - moeder

Een belangrijk dilemma is dat de eigen problematiek voor ouders soms lastig te herkennen en erkennen is. Daarbij speelt dat ouders het idee hebben: ‘als ik het aangeef word ik als incompetente ouder gezien’. Het hebben meegemaakt van negatieve levensgebeurtenissen heeft daarnaast een negatief effect hebben op motivatie en het aangaan van alliantie (Oldenwald & Semrau, 2013; Sivers & Morgan, 2019; Lawson et al., 2020; Draxler & Ruppert, 2022). Ook geven ouders in de interviews en leersessies aan dat ze vaak niet durven te praten over eigen problemen uit angst voor uithuisplaatsing of drang/dwang. Professionals geven in de leersessies aan dat het systeem en de nadruk op veiligheid niet bevorderend is voor het vertrouwen van ouders in professionals.

“Soms kan je vanuit jouw rol wel vertrouwen creëren, maar als een ander betrokken is vanuit een andere rol kan dat vertrouwen ook weer beschadigd raken” - behandelaar

Ouders, professionals en jeugdigen gaven aan dat het belangrijk is dat professionals expliciet maken wat hun rol is en uitleggen waarom ze ergens naar vragen. Het helpt ook om psycho-educatie te geven en uit te leggen waarom het risicovol is als bepaalde problemen niet aangepakt worden. Professionals zouden daarbij meer moeten vertrouwen op de plasticiteit van het brein en zich realiseren dat emotieregulatie bij ouders en kinderen zich kan ontwikkelen. Dit draagt bij aan beter passende en effectieve zorg dan het leggen van de voortdurende nadruk op bescherming.



Terug naar inhoudsopgave

LEVENSVERRHAAL

LEROY (12 JAAR)

De ouders van Leroy hebben beiden ervaring in de jeugdzorg. Vader is ernstig mishandeld als kind en heeft als jongere gezworven. Moeder heeft een licht verstandelijke beperking.

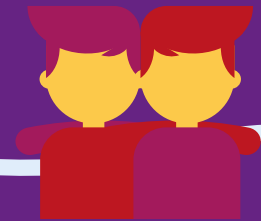
Na de geboorte blijkt Leroy een huilbaby en dit vraagt veel van zijn ouders. Als hij drie is wordt zijn broertje geboren. Leroy is in deze periode druk en hyperactief en zijn ouders vragen hulp. Zij vragen zich af of Leroy ADHD heeft. Volgens de ingeschakelde hulpverleners is er geen sprake van ADHD. Er wordt opvoedondersteuning ingezet, maar dit sluit slecht aan bij de vragen, behoeften en mogelijkheden van ouders en wordt door ouders stopgezet.

Als Leroy 4 jaar is gaat hij naar de basisschool. Leroy vond de kleuterschool leuk. Hij herinnert zich het vele buitenspelen en rijden met de trekkar en skelter nog goed. Als hij in groep 2 zit, wordt opnieuw opvoedondersteuning ingezet. Zijn ouders liggen dan in scheiding, terwijl Leroy's moeder zwanger is van haar derde kind. In deze periode is er regelmatig sprake van verbale agressie en spanningen in het gezin.

Na de scheiding kiezen de ouders voor co-ouderschap. In een periode waarin het voor moeder te zwaar is om de zorg voor Leroy en zijn broertje en zusje op zich te nemen, wonen de kinderen een tijdje alleen bij hun vader. Als de moeder een nieuwe vriend heeft, wordt het co-ouderschap hervat. De nieuwe vriend van moeder is echter met regelmaat fysiek agressief naar zowel de moeder als de kinderen. Van de kinderen moet vooral Leroy het ontgelden. Dit wordt door niemandesignaleerd.

In groep 5 nemen de problemen steeds ernstiger vormen aan. Leroy is met regelmaat niet op school, wordt thuis boos en speelt op verboden bouwterreinen. Omdat hij ook op school boos wordt, gaat hij naar het speciaal onderwijs. De ouders krijgen opnieuw opvoedondersteuning en wordt psychologisch onderzoek verricht en de diagnose ODD gesteld. De ouders hebben allebei het gevoel dat hulpverleners de ernst van de situatie niet goed inschatten en dat de opvoedingsadviezen niet aansluiten.

Als Leroy net 11 jaar is, escaleert het dusdanig dat Leroy geplaatst wordt in een groep voor zeer intensieve behandeling. Hij woont daar nu 1,5 jaar. Het team heeft vraagtekens bij de eerdere diagnose en vermoedt PTSS. Zij adviseren traumabehandeling voor alle gezinsleden. Hiervoor staan ze nu een half jaar op een wachtlijst.



Aanbevelingen

AANBEVELINGEN

De jeugdigen en ouders die aan Ketenbreed Leren deelnamen, werden allemaal, ondanks verschillende pogingen tot ambulante hulpvormen, opgenomen in een instelling voor jeugdhulp. Deze jeugdigen en hun ouders hebben we gevraagd naar hun levensverhaal, naar de momenten waarop zij passende hulp hebben ontvangen en naar wat er beter had gekund. Met dit onderzoek gingen we op zoek naar factoren die van invloed zijn op het verbeteren en/of verder ontwikkelen van de jeugdhulp. Om betere resultaten te bereiken voor kinderen en ouders in de eerste plaats. Maar ook om de hulp doelmatiger uit te voeren: korter of tegen lagere kosten. En – last but not least – met meer werkplezier voor professionals. Want ook dat laatste is essentieel voor behoud van kennis, kunde en doorontwikkeling van de sector.

We vonden potentiële verbetermogelijkheden. In dit laatste hoofdstuk doen we daarvoor aanbevelingen. Deze zijn mede geformuleerd op basis van gesprekken met stakeholders¹². We hebben de onderzoeksresultaten aan hen voorgelegd en zijn samen met hen op zoek gegaan naar concrete aanbevelingen.

De focus lag in dit onderzoek op jeugdigen waarbij het niet gelukt is om de moeilijkheden te verminderen met inzet van ambulante hulp. Dat betekent beslist niet dat jeugdigen met vergelijkbare problemen altijd terecht komen bij een vorm van jeugdhulp met verblijf. Er zullen jeugdigen en gezinnen zijn met vergelijkbare problematiek die wel goed en tijdig geholpen zijn met ambulante hulp. We hebben in dit onderzoek echter de groep jeugdigen en gezinnen die jeugdhulp met verblijf hebben gekregen, genomen als startpunt om van te leren.

Binnen Ketenbreed Leren hebben we ons gericht op ervaringen van jeugdigen en ouders. We onderzochten welke hulp zij kregen en hebben die ‘getoetst’ aan wat we op dit moment weten over ‘de beste zorg in vergelijkbare omstandigheden’, dus aan richtlijnen, zorg- en praktijkstandaarden. We deden geen hypothese toetsend onderzoek. We deden een kwalitatief, exploratief onderzoek, waarin data ook zo veel mogelijk kwantitatief in beeld zijn gebracht. Veel van onze bevindingen zagen we bij een groot deel van de onderzoeksgroep en zagen we sectorbreed, dus in de jeugd-ggz, in de jeugd- en opvoedhulp, en in de zorg aan jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB).

De bevindingen laten zien dat er lang niet altijd en lang niet overal gewerkt wordt met en volgens de best beschikbare kennis. Daar zit ruimte voor verbetering. Niet met onmiddellijk en snel resultaat, maar met langdurige en goed doordachte ontwikkel- en leerprocessen. Daarin hebben meerdere partijen een rol. Natuurlijk professionals, maar ook hun werkgevers, de organisaties die basis- en vervolg beroepsopleidingen verzorgen, kenniscentra, kennisnetwerken, onderzoekers, lokale, regionale en landelijke beleidsmakers en financiers.

¹² Professionals uit de jeugdhulp, lectoren, hoogleraren/onderzoekers, ervaringsdeskundigen, en vertegenwoordigers van BGZJ en VNG. Zie voor een overzicht van deelnemers, bijlage 3.



MAAK EEN GEDEELDE VERKLARENDE ANALYSE EN SLUIT DE KEUZES IN DE HULP DAAROP AAN

Dat een gedeelde verklarende analyse in de jeugdhulp vaak ontbreekt is inmiddels bekend (o.a. Tempel en Vissenberg, 2018; Van Leeuwen en Geeraets, 2022). Ook in dit onderzoek zagen we een dergelijke beeld. Ondanks het feit dat in de meeste dossiers verklarende factoren te vinden zijn (zie tabel 3.8b), blijkt uit de leer- en reflectiesessies dat in veel situaties de verklarende analyse geen gedeelde analyse is. Evenmin is er sprake van een samenhangende analyse die als basis dient voor de keuze van interventies (zie tabel 4.1). Onze eerste aanbeveling is vrij helder: werk meer met een goede en gedeelde verklarende analyse en sluit de hulp hier ook op aan. Daarmee kun je voorkomen dat er teveel wordt behandeld op symptomen, op signaalgedrag, in plaats van op de factoren die ‘achter’ dit gedrag liggen en het mogelijkerwijs in stand houden.

Een belangrijke voorwaarde daarbij is dat deze analyse samen met de jeugdige en de ouders wordt gemaakt. Alleen dan zal de aansluitende hulp ook passend zijn. Bovendien vergroten we de kans dat jeugdigen en hun ouders zich gehoord voelen, zich herkennen in de analyse en er een gedeeld uitgangspunt ontstaat voor het kiezen van passende interventies.

Hoe zorgen we ervoor dat er bij complexe zorgvragen altijd een gedeelde verklarende analyse wordt gemaakt? Een eerste stap daarin bestaat uit het creëren van bewustwording bij professionals, organisaties, beleidsmakers en financiers op dit gebied. We moeten ons gaan realiseren dat bij (complexe) zorgvragen eerst zorgvuldig moet worden ‘begrepen’ en dan pas ge(be)handeld (Tempel et al., 2022). Een gedeeld beeld over wanneer een verklarende analyse nodig is, welke kennis nodig is om goede kwaliteit te borgen en waar in de zorgketen dat moet gebeuren, helpt bij het maken van implementatieplannen. Vervolgens is het belangrijk dat er tijd en geld wordt geïnvesteerd in (bij)scholing van professionals en dat de implementatie goed wordt gemonitord: hoe vaak en hoe goed wordt een gedeelde verklarende analyse gemaakt? Hoe vaak sluit de hulp vervolgens aan bij deze analyse? Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn er in de praktijk en hoe kunnen we die beïnvloeden?

Een dergelijke ontwikkeling kost tijd en vergt expliciete aandacht. Niet alleen van professionals, ook van bestuurders, landelijke en lokale beleidsmakers én van financiers. We zien dat er op het ogenblik ruime aandacht is voor dit thema binnen bijvoorbeeld de Bovenregionale Expertisenetwerken¹³, de Beweging van 0 en de Landelijke Hervormingsagenda Jeugd. Dat is mooi. Deze aandacht onderstreept het belang en kan goed worden benut om de ontwikkeling op dit punt te versterken.

Aanbevelingen van ervaringsdeskundigen

- Maak de verklarende analyse echt samen met ouders en de jongere, omdat zij experts zijn over hun eigen leven en zodat zij en professionals beiden goed op de hoogte zijn. Dat draagt bij aan de emancipatie van ouders en jongeren.
- Sluit bij de aanpak van problemen daadwerkelijk aan op de onderliggende problemen en niet op het beheersmatig aanpakken van symptomen (bijvoorbeeld bij agressie of zelfbeschadiging)
- Verdiep je bij het maken van een verklarende analyse ook in de geschiedenis van de jongere. Maak dit samen met de jongere en zijn ouders zichtbaar en bespreek met hen wat de voor- en nadelen zijn van inzet van hulp op bepaalde verklarende factoren.
- Geef uitleg waarom je samen een verklarende analyse maakt en geef psycho-educatie over de invloed van bepaalde factoren op het gedrag van ouders en kinderen.
- Leg in de verklarende analyse de focus niet eenzijdig op kind- en ouderfactoren, maar neem ook de school en bredere omgeving van het kind en het gezin mee in de verklarende analyse.

Aanbevelingen voor professionals

- Durf stil te staan om een goede, verklarende analyse te maken, ook als de gezinssituatie acuut lijkt of er sprake is van onveiligheid.
- Leg met alle betrokkenen – gezinsleden, informele steunfiguren en professionals de beschikbare informatie bij elkaar, vorm een gezamenlijke beeld en zoek naar verklaringen voor de ontstane klachten en problemen. Kies op basis van deze analyse passende interventies.
- Zorg dat deze analyse overzichtelijk en begrijpelijk is en goed te delen. Het opstellen van zo’n analyse is een interventie op zichzelf, het helpt ouders en kinderen hun eigen situatie en wat er aan de hand is te begrijpen.
- Een eenmaal gemaakte verklarende analyse is niet eeuwig geldig, maar vormt de ‘werktheorie’ voor de keuze van interventies, voor de behandeling. Deze wordt dus regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

¹³ Binnen het Bovenregionale Expertisenetwerk in Gelderland worden bijvoorbeeld al professionals getraind in het maken van de verklarende analyse, in het netwerk in Groningen, Friesland en Drenthe is samen met de kenniswerkplaatsen een position paper geschreven over de verklarende analyse dat als basis dient voor training en implementatieonderzoek.

Aanbevelingen voor zorgaanbieders en branches

- Maak een businesscase waarin gekeken wordt naar de kosten en opbrengsten van het bij aanvang maken van een goede verklarende analyse, ten opzichte van de kosten voor niet renderende hulptrajecten en de gevolgen hiervan voor arbeidssatisfactie en personeelsverloop.
- Bespreek met de gemeente, jeugdhulpregio en zorgaanbieders welke kennis en kunde nodig is om een verklarende analyse te maken en op welke plek in de keten die het meest effectief kan zijn. Maak met elkaar een implementatieplan waarin stap voor stap wordt gewerkt aan verspreiding van de benodigde kennis en kunde.
- Voer het goede gesprek met de gemeente over voorwaarden die nodig zijn voor het voor het maken van een verklarende analyse bij complexe zorgvragen en faciliteer deze voorwaarden.
- Geef medewerkers de ruimte die er al wel is, maar soms niet wordt gevoeld, om te luisteren naar gezinnen en samen met hen een verklarende analyse te maken.
- Breng de aanbevelingen in, landelijk in de gesprekken over de Hervormingsagenda, maar ook in de Bovenregionale Expertisenetwerken en regionale kenniswerkplaatsen.

Aanbevelingen voor gemeenten

- Besteed in de gesprekken met zorgaanbieders over de gemeentelijke inkoop aandacht aan de vraag wie de verklarende analyse kan en zou moeten uitvoeren en stel eisen aan de kwaliteit van de uitvoering.
- Creëer in de lokale teams ruimte voor het gesprek over de afwegingen tussen direct handelen of tijd nemen voor vertragen, luisteren en analyseren. Bespreek risico's en kansen en draag de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de gemaakte keuze.

Aanbevelingen voor opleiders

- Leid waar nodig docenten aan hogescholen en universiteiten aanvullend op in het werken met een verklarende analyse. Maak daarbij onderscheid in wat de rol van verschillende professionals binnen een multidisciplinair team is bij het tot stand komen van een verklarende analyse.
- Leid medewerkers zowel in basisopleidingen als in bij- en nascholing op om hun bijdrage te kunnen leveren aan het tot stand komen van een verklarende analyse.



MONITOR OF HULP TOT RESULTAAT LEIDT. WEEG AF OF VOORTZETTING VAN HULP OPWEEGT TEGEN MOGELIJK RISICO OP SCHADE

In het onderzoek zien we dat veel (onderdelen van) jeugdhulptrajecten niet of nauwelijks effect hadden en soms meer schade dan winst tot resultaat hebben gehad (zie onder andere figuur 3.11 en tabel 4.1). De opvatting 'baat het niet dan schaadt het niet' is dus echt een misvatting.

Onze veronderstelling is dat hulp ineffectief of zelfs beschadigend kan zijn als deze ingezet wordt zonder voldoende te luisteren naar en aan te sluiten bij de ervaringen en deskundigheid van de jeugdige en zijn ouders, zonder een goede en gedeelde verklarende analyse, en zonder het benutten van kennis over wat werkzaam is. Het gevolg daarvan is zorg die niet of nauwelijks tot resultaat leidt, de jeugdigen en de ouders schade toebrengt en leidt tot extra stress, demotivatie en soms zelfs tot nog meer trauma's. Hulptrajecten die geen resultaat hebben, kunnen daarnaast ook voor professionals schadelijk en stressvol zijn. De meeste van hen zijn zeer betrokken en intrinsiek gemotiveerd om jeugdigen en hun ouders te helpen. Te vaak en te veel dingen doen zonder resultaat, brengt die motivatie en betrokkenheid in gevaar en kan leiden tot verzuim en verloop zie bijvoorbeeld: [Thema: Zorgprofessionals \(denederlandseggz.nl\)](https://denederlandseggz.nl) of [Werkplezier vergroten | Jeugdzorg werkt! \(jeugdzorg-werkt.nl\)](https://jeugdzorg-werkt.nl).

Naast het goed monitoren van de positieve effecten van hulp is het dus zaak om zeer alert te zijn op de negatieve of schadelijke effecten. Dat vraagt een deskundige en zorgvuldige weging die ook kan resulteren in het (gedeelde) besluit om bijvoorbeeld na goede voorlichting (psycho-educatie) zorgvuldig te monitoren, maar op dit moment niet in te grijpen (watchful waiting).

Aanbevelingen van ervaringsdeskundigen

- Maak een zeer zorgvuldige afweging bij het eventueel uit huis plaatsen van een kind. Weeg de risico's van een uithuisplaatsing veel zwaarder mee in deze beslissing.
- Stop met overplaatsingen. Elke verplaatsing maakt het erger. Als het thuis niet meer lukt, laat een kind dan mogen blijven wonen op de plek waar hij naar toe gaat. Breng aanvullende behandeling daar naar toe in plaats van het kind te verplaatsen.
- Zet bij een uithuisplaatsing vanaf dag 1 in op terugkeer naar huis.
- Houd in een leefgroep en in een (V)SO-klas oog voor de ontwikkeling van elk individueel kind en niet alleen voor het handhaven van de groep.
- Ga op zoek naar een sleutelfiguur voor het kind in wie het kind vertrouwen heeft en/of een ervaringsdeskundige waar hij eventuele situaties van onveiligheid mee durft te bespreken.

Aanbevelingen voor professionals

- Luister goed naar wat de jeugdige en de ouders vertellen over eerdere hulp. Waarom heeft deze wel of niet (voldoende) gewerkt? Maak van deze kennis gebruik om herhaling van ineffectieve zetten te voorkomen.
- Neem de tijd voor een goede evaluatie van hulptrajecten, juist ook als het verzandt of als het niet loopt zoals je verwacht. Geef jeugdige en ouders de ruimte om aan te geven wat hen wel en wat niet geholpen heeft.
- Heb oog voor wat er nog meer speelt in het gezin dat maakt/gemaakt heeft dat de ingezette hulp niet werkte. En voor wat wel of niet binnen de mogelijkheden van de gezinsleden ligt. Vaak is wat 'niet willen' lijkt in werkelijkheid 'niet kunnen'. Soms lukt het gezinsleden niet te profiteren door de context of andere problemen die er spelen.
- Wees eerlijk naar jeugdigen, ouders en jezelf. Niet alles is maakbaar en niet alle problemen zijn op te lossen met de inzet van jeugdhulp en jeugdbescherming.
- Durf te verlengen als je inschat en kunt onderbouwen dat de hulp die je biedt langer nodig is.
- Maar wees ook kritisch op het voortzetten van hulp die niet tot de gewenste resultaten leidt. Met andere woorden: durf te stoppen.
- Zoek bij 'lastig gedrag' ondersteuning om er met enige afstand achter te kunnen kijken en het te kunnen verdragen (bij collega's, leidinggevende of gedragswetenschapper; intern of extern).
- Draag bij aan het actief terugdringen van het aantal verplaatsingen van jeugdigen en realiseer je wat een verplaatsing voor hen betekent (afwijzing, weer nieuwe professionals, een andere school).
- Screen op LVB en trauma bij de jeugdige én bij de ouders ter voorkoming van overvraging.
- Als je fouten maakt, durf ervan te leren en vraag tijdig om ondersteuning bij overvraging van jezelf!

Aanbevelingen voor zorgaanbieders en branches

- Faciliteer een voor jeugdprofessionals en gezinnen prettige en effectieve werkwijze om terug te blikken op de resultaten van de hulp. Stimuleer de medewerkers in het professioneel nieuwsgierig blijven naar de vraag of de hulp ook echt helpt.
- Maak de medewerkers bewust van de schade die verplaatsingen en niet vakbekwaam handelen voor gevolgen hebben voor jeugdigen en gezinnen.
- Draag zorg voor zorgvuldige afwegingen over het al dan niet opstarten van hulp.
- Creëer ruimte voor het tussentijds maken van een verbeterde verklarende analyse, wanneer resultaten achterwege blijven. Creëer daarbij ook de mogelijkheid om extra deskundigheid bij te schakelen.

Aanbevelingen voor gemeenten

- Creëer in de lokale teams ruimte en veiligheid om te leren van casuïstiek. Op het niveau van de individuele cliënt, maar ook op team- en organisatieniveau. Leer van trajecten die vastlopen, maar ook van trajecten die succesvol waren (bijvoorbeeld in het voorkomen van uithuisplaatsing of van verplaatsing).
- Voorkom als financier van jeugdhulp een cultuur waarin afrekenen op gebrek aan resultaat centraal staat, maar waardeer juist een cultuur waarin leren centraal staat.

Aanbevelingen voor opleiders

- Creëer in de opleiding een lerende basishouding, waarbij jeugdprofessionals nieuwsgierig worden en blijven naar de vraag of hun hulp helpt, wat maakt dat hulp helpt of, wanneer het niet helpt waarom resultaten achterwege blijven.
- Maak jeugdprofessionals al in de opleiding bewust van mogelijke schade die inzet van hulp kan veroorzaken.



LUISTER NOG BETER EN OORDEELLOOS NAAR JEUGDIGEN EN HUN OUDERS. NEEM HUN ERVARINGEN SERIEUS. WERK VANUIT VERSCHILLENDE DESKUNDIGHEID GELIJKWAARDIG SAMEN MET JEUGDIGEN EN HUN OUDERS

In het onderzoek hebben we gezien dat jeugdigen en ouders zich regelmatig niet gehoord voelen (zie o.a. tabel 3.12 en tabel 4.1). Ondanks het feit dat de professionals vinden dat ze goed luisteren naar hun cliënten. Als de jeugdige en de ouders wel het gevoel hadden serieus te worden genomen, had dat – zo geven zij zelf aan – een positieve invloed op de hulp die ze kregen (zie o.a. tabel 3.10). Daarbij geven jeugdigen en ouders aan dat het niet zozeer gaat om het niet toepassen van de juiste gesprekstechnieken, maar veel meer om de basishouding van de jeugdprofessional. Ziet de professional de jeugdige en de ouders als deskundigen van hun eigen leven? Werkt de professionals vanuit een gelijkwaardige basishouding? En wordt er alleen geluisterd of wordt er ook daadwerkelijk iets gedaan met wat de jeugdigen en de ouders inbrengen?

De professionals zelf geven aan dat vooral tijdgebrek een belemmerende factor is. Professionals voelen een hoge werkdruk en dat belemmert hen om de tijd te nemen goed te luisteren. Toch geven de jeugdigen en de ouders ook aan dat er professionals zijn door wie zij zich wel gehoord voelden. Tijd zal zeker een rol spelen, maar we denken niet dat dit de enige factor is. De meeste procesbegeleiders in dit onderzoek zijn zelf ook behandelaar. Zij constateerden dat, nu zij in het kader van dit onderzoek niet primair gericht waren op wat zij 'straks' in een behandeling zouden moeten doen, de jeugdige en hun ouders veel meer en soms ook andere, nieuwe informatie bespraken dan tijdens de gesprekken in het kader van behandeling. Tijd, maar ook 'zonder eigen agenda' luisteren kan eraan bijdragen dat ouders en jeugdigen zich gehoord voelen.

Het is goed dat er onderzoek plaatsvindt naar de vraag waarom jeugdigen en hun ouders zich bij sommige hulpverleners wel en bij andere niet gehoord voelen en welke factoren maken dat er een goede werkrelatie ontstaat tussen jeugdige, ouders en jeugdhulpprofessionals (zie onder meer De Greef, 2019; Harder et al., 2021; Helmond & Harder, 2021; maar ook www.netwerkbetersamen.nl; [Lectoraat Werkzame Factoren in Jeugd- en Opvoedhulp \(han.nl\)](#)).

Wat kunnen we daar voor opleidingen van leren? Wellicht kan een eerste stap zijn dat elke hulpverlener heel goed met jeugdigen en hun ouders in gesprek gaat over de vraag hoe zij willen samenwerken, wa zij willen leren, wat hun doel is. Werkelijk samen geformuleerde en doorleefde doelen zijn een belangrijk aspect van geslaagde hulp en we zien samenwerkingsafspraken en doelen te vaak eenzijdig geformuleerd. Ook aspecten als gelijkwaardigheid, oprechte nieuwsgierigheid en niet te snel tot conclusies komen, zijn factoren die mogelijk een rol spelen.

Aanbevelingen van ervaringsdeskundigen

- Wees transparant, eerlijk en open en deel alle informatie. Het beschadigt de jeugdige als je dit niet doet.
- Neem ouders of pleegouders bloedserius als ze aan de bel trekken en ze zich zorgen maken.
- Neem ouders en jeugdigen veel zorgvuldiger mee in keuzes. Deze voelen nu vaak ad hoc. Overleg regelmatig met alle professionals en het gezin samen, leg uit waarom bepaalde keuzes nodig zijn, wat deze keuzes zijn, wat hiervan de voor- en nadelen zijn en maak samen een afgewogen keuze.
- Sorteert voor op besluiten die later in het leven gaan komen, zoals de overgang naar de middelbare school of zelfstandig worden en bespreek tijdig verschillende opties.
- Blijf samen de verantwoordelijkheid dragen, ook als het moeilijk wordt, in plaats van deze eenzijdig terug te leggen bij ouders of bij de jeugdige.
- Luister echt: wees oprecht nieuwsgierig, bereid om samen te puzzelen, doe iets met wat de ander zegt, neem de eigen verantwoordelijkheid van ouders en de groeiende verantwoordelijkheid van de jeugdige serieus en wees eerlijk over de beperkte maakbaarheid van de hulp.
- Maak onderscheid tussen situaties die onwenselijk zijn en die onveilig zijn. Neem ouders en jongeren daarbij serieus en respecteer hun eigen normen en waarden.
- Besteed aandacht aan verdriet, verlies en rouw in een leven met psychische kwetsbaarheid of psychische problemen.

Aanbevelingen voor professionals

- Zoek actief naar feedback op je houding, bejegening en hoe je op een ander overkomt. Bijvoorbeeld van ervaringsdeskundigen of door het maken van video-opnames.
- Vraag na ieder gesprek hoe de ander het heeft ervaren en nog tips voor je heeft.
- Durf te onderkennen dat je geen goede aansluiting hebt met een specifieke jeugdige, ouder of pleegouder. Maak het bespreekbaar en laat indien gewenst iemand anders het overnemen.
- Onderken dat jeugdigen en ouders bij uitstek deskundig zijn als het om hun eigen situatie gaat. Je bent altijd maar een klein onderdeel van het leven van jeugdigen en ouders, het grootste deel van hun leven voltrekt zich zonder dat jij erbij bent.
- Herken en onderken je eigen oordelen over de ander. Vraag juist dan verder door en laat je niet door je eerste oordeel/indruk leiden. Laat je eigen normen over hoe iets hoort los.
- Blijf de jeugdige en de ouder als mens zien en vraag jezelf eens af: wat zou ik zelf plezierig vinden als ik in deze situatie zat?
- Geef "ondertiteling" bij wat je doet: waarom stel je deze vraag, waarom doe je wat je doet? Geef het proces en de relatie die je met jeugdigen en ouders aangaat evenveel aandacht als de inhoud.
- Reflecteer op je taakopvatting en basishouding met je collega's en met ervaringsdeskundige jeugdigen en ouders.

Aanbevelingen voor zorgaanbieders en branches

- Faciliteer mogelijkheden voor ervaringsdeskundige jeugdigen en ouders om medewerkers feedback en supervisie te geven op het thema 'oordeellos luisteren en gelijkwaardig samenwerken'.
- Ondersteun medewerkers bij de ruimte die er al wel is, maar soms niet wordt gevoeld, zodat medewerkers meer vrijheid voelen om de tijd te nemen om te luisteren naar gezinnen.
- Breng de aanbevelingen in, landelijk in de gesprekken over de hervormingsagenda, maar ook in de Bovenregionale Expertisenetwerken en regionale kenniswerkplaatsen.

Aanbevelingen voor de gemeente

- Monitor binnen sociale teams in hoeverre jeugdhulpgebruikers zich gehoord en gezien voelen. Benut hierbij ervaringsdeskundige jeugdigen en ouders.
- Voer met aanbieders van jeugdhulp het gesprek over hoe zij ervoor zorgen dat hun cliënten zich gehoord voelen. Op welke manier verzamelen ze daarover feedback en wat doen ze met deze feedback?

Aanbevelingen voor opleiders

- Besteed in de opleiding niet alleen aandacht aan het verwerven van gesprekstechnieken, maar ook aan het creëren van een gelijkwaardige basishouding en aan oordeellos luisteren.
- Besteed in de opleiding aandacht aan eventuele eigen ervaringen op het gebied van gelijkwaardige samenwerking en oordeellos luisteren. Bespreek hoe jeugdprofessionals eigen ervaringen op een goede manier kunnen benutten in hun werk.
- Benut in de supervisie tijdens bij- en nascholing beeld opnames, zodat jeugdprofessionals niet praten over wat ze denken dat ze doen, maar dat ze zien wat ze doen.
- Maak in de basisopleiding en bij- en nascholing gebruik van ervaringsdeskundige jeugdigen en ouders in het bespreken van en leren over gelijkwaardige samenwerking.



MAAK DEELNAME AAN ONDERWIJS PRIORITEIT IN DE ZORG EN WERK HIERTOE SAMEN MET ONDERWIJSPARTNERS

Een passende vorm van onderwijs of een school waar een kind graag is, is een belangrijke en beschermende factor voor de ontwikkeling van jeugdigen (o.a. Ince et al., 2018; CPB, 2018). We zagen dat de schoolloopbaan van de jeugdigen die deelnamen aan Ketenbreed Leren bepaald niet optimaal verliep: gemiddeld maakten deze jeugdigen ruim 4 schoolwisselingen mee (zie figuur 3.6), een aanzienlijk deel van de jeugdigen kreeg langer dan drie maanden geen onderwijs (zie figuur 3.5c), kwam uiteindelijk terecht op een lager onderwijsniveau (figuur 3.5d) en tot slot: een groot deel van de jeugdigen had te maken met pesten op school. Het blijven volgen van passend en veilig onderwijs en het behalen van een startkwalificatie zou prioriteit moeten hebben. Voor alle jeugdigen, maar ook voor jeugdigen met psychische problemen. Hier ligt voor zowel zorg- als onderwijsprofessionals een belangrijke taak.

We weten dat de samenwerking tussen zorg en onderwijs moeilijk is en op dit moment suboptimaal (zie ook [Eindrapport Evaluatie Passend Onderwijs, 2020](#)). In die samenwerking spelen veel verschillende factoren een rol. Het vraagt in elk geval om het doorbreken van de sterke scheiding tussen jeugdhulp en onderwijs en om het creëren van onderwijs/zorgnetwerken. Op veel plaatsen en op veel verschillende manieren wordt dit opgepakt. Het is gemakkelijk om op deze plaats te zeggen: er moet meer onderzoek komen. Dat is wellicht zo, maar wat ook moet is meer en beter gebruik maken van de kennis die er al is en van bekenden of minder bekende voorbeelden die hun effect hebben bewezen (zie bijvoorbeeld [Onderwijs-zorgarrangementen | Nederlands Jeugdinstituut \(nji.nl\)](#) of [Scholen – Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie \(kenniscentrum-kjp.nl\)](#)).

Hierna doen we een aantal aanbevelingen om meer direct blijvende deelname aan onderwijs te bevorderen.

Aanbevelingen van ervaringsdeskundigen

- Laat alle alarmbellen afgaan bij professionals (in onderwijs en jeugdhulp) als het op school niet meer lukt. Onderwijsdeelname (of een alternatief voor leren en zelfontplooiing) moet absolute prioriteit hebben.
- Wees zeer terughoudend met leerplichtonthefing. Dit is schadelijk voor het kind en een schending van een grondrecht.
- Maak iemand vanuit het onderwijs/samenwerkingsverband blijvend verantwoordelijk voor onderwijs/zelfontplooiing van het kind, zolang het kind nog geen startkwalificatie heeft.
- Bevorder gelijkwaardige samenwerking tussen ouders, jongere, jeugdprofessionals en onderwijsprofessionals. Neem daar als jeugdprofessional zo nodig het voortouw in.
- Neem de eigen visie van ouders en jongere op alternatieve opties voor onderwijs en zelfontplooiing serieus.
- Ook als deelname aan onderwijs om wat voor reden niet meer lukt, prioriteer dan nog steeds mogelijkheden voor verdere zelfontplooiing (bijvoorbeeld via sport of creatieve activiteiten).

Aanbevelingen voor professionals

- Realiseer je dat het hebben van een opleiding en een startkwalificatie voor de toekomst van jeugdigen van het allergrootste belang is. Onderwijs is een recht en bovendien een belangrijke beschermende factor die we binnen de jeugdhulp te vaak laten liggen.
- Benut de Big Five bij jongeren vanaf 16 jaar. Die geeft richting aan wat er moet gebeuren.
- Zoek de samenwerking met het onderwijs, leg uit wat je doet en waarom dit onderwijs zo van belang is voor het kind of de jongere (geef psycho-educatie op school).
- Vorm een gelijkwaardige driehoek in de samenwerking met school en de ouders en wees hierin zo nodig de verbindende factor.
- Leg nadruk op passend onderwijs in plaats van op schoolgang.

Aanbevelingen voor zorgaanbieders en branches

- Praat met gemeenten over het faciliteren en versterken van onderlinge samenwerking tussen onderwijs- en jeugdhulppartners en maak gebruik van kennis over goede voorbeelden.
- Voer het goede gesprek met onderwijspartners over het wegnemen van belemmeringen voor jeugdigen om deel te nemen aan onderwijs en de bijdrage die beide partners daarin kunnen leveren.
- Bespreek met medewerkers welke belemmeringen het prioriteren van onderwijs in de weg staan en neem deze belemmeringen weg.

Aanbevelingen voor de gemeente

- Bevorder de samenwerking tussen onderwijs- en jeugdhulppartners. Werk hierin samen vanuit de verschillende gemeentelijke afdelingen.
- Onderzoek wat nodig is om belemmeringen weg te nemen in samenwerking tussen jeugdhulp- en onderwijspartners en creëer ruimte om samen te ontwikkelen, te evalueren en te verbeteren.

Aanbevelingen voor opleiders

- Benadruk in de opleiding het belang van het kunnen deelnemen aan onderwijs dat bij de jeugdige past. Neem mee in de opleiding dat hoe complexer de problemen zijn, hoe groter de behoefte aan normaliseren en aansluiten bij gezonde ontwikkeling en beschermende factoren.
- Verbind al in de opleiding jeugdprofessionals met onderwijsprofessionals, zodat ze samen bepaalde kennis ontvangen en met elkaar uitwisselen wat ieders rol hierin is.



HELP OUDERS ER VOOR HUN KINDEREN TE ZIJN

We zien en horen in het onderzoek dat ouders kampen met eigen problematiek. Het gaat daarbij zowel om negatief meegemaakte gebeurtenissen in hun eigen jeugd (zie o.a. tabel 3.3 en 3.4) die nog doorwerken in het hier en nu, om sociale problemen als armoede, als om psychische problemen als angst of somberheid (zie figuur 3.9 en tabel 3.10 en 4.1). Deze problematiek wordt niet altijd gezien en ouders ontvangen hierbij weinig hulp. Uit de interviews, leer- en reflectiesessies komt naar voren dat ouders vooral in hun rol als opvoeder worden benaderd. Wanneer opvoeding door eigen problematiek van ouders onder druk komt te staan, leidt dit niet tot het helpen van ouders bij hun eigen problemen, maar eerder tot een beoordeling van de opvoedersrol zoals zij die op dat moment vervullen en eventuele bemoeienis vanuit het veiligheidsdomein. Ouders geven aan dat zij hierdoor veel voorzichtiger worden in het bespreekbaar maken van hun eigen problemen, uit angst voor ingrijpen.

Intergenerationele overdracht van problematiek heeft volop aandacht in onderzoek en praktijk (zie bijvoorbeeld Vervoort-Schel et. al., 2018, maar ook [Veilig opgroeien: Programma Gezonde Generatie](#)), maar toch is het in de jeugdhulp nog geen gemeengoed om in alle hulptrajecten expliciet aandacht te hebben voor de relationele kant van opvoeden (verwachtingen, belemmeringen, ideeën over de eigen rol als opvoeder) of over hoe de eigen jeugd van ouders doorwerkt in het huidige functioneren en – meer specifiek – in de opvoeding. Maar ook het ter sprake brengen van sociaal-maatschappelijke problemen zoals schulden of armoede gebeurt niet altijd.

Verschillende factoren kunnen daarin een rol spelen. Aan de ene kant praten ouders niet altijd uit zichzelf over deze problemen, bijvoorbeeld vanwege schaamte, angst voor ingrijpen vanuit de kant van de jeugdhulp of het ontbreken van kennis over hoe deze problemen doorwerken in de opvoeding. Aan de andere kant is er ook terughoudendheid bij professionals die kampen met vragen zoals: hoe praat ik hierover met de ouders of wat kan ik bieden als er bij de ouders ook problemen zijn? Lange wachtlijsten en een andere – minder gezinsgerichte – werkwijze in de volwassenenzorg zijn daarin zeker belemmerende factoren.

Het gebrek aan aandacht voor de eigen problematiek van ouders maakt de kans veel groter dat jeugdhulp geen duurzaam effect heeft. Om hierin verandering te brengen, zullen we veel meer dan nu gedaan wordt aandacht moeten hebben voor de problematiek van de ouders én de jeugdige en vanuit een netwerkgedachte zorg moeten verlenen aan het hele gezin. Het leren werken met een kind- én contextgerichte blik gaat niet iedereen als vanzelf af. Het zal dus een plek moeten krijgen in allerlei vormen van opleiding en scholing, maar moet ook gefaciliteerd worden in onze systemen¹⁴.

Aanbevelingen van ervaringsdeskundigen

- Geef psycho-educatie over hoe verschillende ouder- en kindfactoren onbedoeld met elkaar kunnen interacteren en ontschuldig daarbij zowel ouders als kinderen. Diskwalificeer ze nooit. Ontschuldigen begint door het als ouders beter te gaan snappen. Leg ook uit dat hoewel de oorzaak niet altijd in het gezin hoeft te liggen, de oplossing er vaak wel ligt.
- Kijk in de aanpak van problemen op welke manier je ouders kunt ontlasten bij hun andere taken (bijvoorbeeld bij financiële problemen), zodat ze meer ruimte over hebben om ouder te zijn. Een meewerkende hulpverlener, die mee draait in het gezin helpt vaak meer dan alleen gesprekken voeren.
- Houd er bij het kiezen van de behandelaanpak rekening mee dat een gezinssituatie iets anders is dan een behandelsetting. Houd rekening met de draagkracht van ouders.
- Dreig niet met een OTS, voogdijmaatregel of uithuisplaatsing. Dit verhoogt alleen maar de stress bij ouders.
- Pas op met diskwalificatie van andermans normen en waarden.
- Creëer bewust veiligheid en vertrouwen voor ouders en jongeren om te durven praten over ouder- of gezinsproblemen, bijvoorbeeld door ook eigen kwetsbaarheid te tonen (self-disclosure leidt tot disclosure). Leg het bespreken hiervan niet bij de professional die de bevoegdheid heeft om te kunnen beslissen over een uithuisplaatsing.
- Bespreek met jeugdigen welke manieren zij zelf hebben gevonden om met eventuele problemen van ouders om te gaan.

Aanbevelingen voor professionals

- Kijk altijd naar de context waarbinnen een jeugdige opgroeit. Een kind is nergens zonder zijn of haar ouders. Richt je hulp daarom altijd ook op hen.
- Schep de gelegenheid voor ouders om hun verhaal en eigen problemen te delen en durf vragen te stellen over hun eigen problematiek. Leg altijd uit waarom je die vragen stelt. Zo bouw je met elkaar aan wederzijds vertrouwen.
- Gun jezelf de tijd om vertrouwen op te bouwen.
- Bekijk per situatie wat de problematiek van de ouders precies betekent voor hun kinderen, welke gevolgen het voor hen heeft.
- Maak de verwachtingen van jeugdigen en ouders bespreekbaar, erken hun angst voor ingrijpen door de jeugdzorg en neem deze waar mogelijk weg. Leg uit wat je rol wel en niet is.
- Intergenerationele overdracht van problemen vergt dat mensen uit de omgeving van kinderen en ouders meedenken en meedoen. Wees uitnodigend, werk gelijkwaardig met ze samen en realiseer je dat zij blijven als jij vertrekt.

¹⁴ Denk bijvoorbeeld aan de schotten in financiering tussen jeugd- en volwassen ggz of aan wachtlijsten in de volwassen zorg.

Aanbevelingen voor zorgaanbieders en branches

- Voer het goede gesprek met gemeenten en het rijk over het faciliteren en versterken van onderlinge samenwerking tussen schuldhulpverlening, huisvesting, volwassen ggz en jeugdhulppartners.
- Voer het goede gesprek met volwassen ggz over het wegnemen van belemmeringen voor netwerksamenwerking rondom het gehele gezin en de bijdrage die beide partners daarin kunnen leveren.
- Bespreek met medewerkers welke belemmeringen zij ervaren in de samenwerking met ketenpartners die zich richten op ondersteuning en hulp aan volwassenen en neem de uitkomsten hiervan mee in bovenstaande gesprekken.

Aanbevelingen voor de gemeente

- Besteed aandacht aan risicogestuurde preventie voor kwetsbare jongvolwassenen, aanstaande en jonge ouders.
- Bevorder de samenwerking tussen jeugdhulppartners en huisvesting en schuldhulpverlening. Werk hierin samen vanuit de verschillende gemeentelijke afdelingen.
- Onderzoek wat nodig is om belemmeringen weg te nemen in samenwerking tussen deze partners en neem waar mogelijk belemmeringen ook daadwerkelijk weg.
- Faciliteer gesprekken tussen de jeugdhulp en de volwassen ggz en draag in samenwerking met zorgverzekeringen bij aan het wegnemen van belemmeringen voor netwerksamenwerking.

Aanbevelingen voor opleiders

- Werk in de opleiding en in na- en bijscholing met een breed referentiekader waarin er zowel aandacht is voor jeugd- als contextfactoren.
- Draag in de opleiding uit jeugdigen het beste geholpen worden door ouders te ondersteunen of helpen.



MAAK WERK VAN SCHOLING EN SUPERVISIE IN HET ONDERBOUWD GEBRUIKEN VAN RICHTLIJNEN

Doe wat werkt! Een uitspraak waar niemand het mee oneens is, maar die in de praktijk niet eenvoudig uit te voeren is. Dat zagen we ook in dit onderzoek. De 31 jeugdigen die meededen ontvingen een indrukwekkende hoeveelheid interventies, waarvan de minderheid echt heeft geholpen. Dat vinden we schokkend als we bedenken hoeveel dit heeft gekost voor jeugdigen zelf, hun ouders, de betrokken professionals. En dan spreken we nog niet eens over de maatschappelijke kosten.

Effectiviteit van hulp wordt bepaald door veel verschillende factoren. In ieder geval, zo weten we, door de band, het vertrouwen en de gelijkwaardige samenwerking tussen de jeugdige en de professional (o.a. Barnhoorn et al., 2013; Heutink et al., 2013; Pijnenburg et al., 2019). Daarnaast door de interventies die worden ingezet of – specifieker – door de ‘fit’ tussen interventies en wensen, verwachtingen en motivatie van zowel de jeugdige en de ouders als van de professional.

Tot slot weten we uit onderzoek dat methodisch werken (o.a. uitvoerbare en evalueerbare doelen stellen en goed en systematisch evalueren) en samen beslissen de effectiviteit van hulp ten goede komt. Het kiezen en uitvoeren van passende hulp vergt dus een enorme dosis vakkennis, maar ook complexe afweging van allerlei verschillende factoren. Op een aantal gebieden is er nog onvoldoende onderbouwde kennis over wat werkt¹⁵ (bijvoorbeeld bij complexe of samengestelde problematiek) of is deze vakkennis onvoldoende aanwezig bij de professionals (bijvoorbeeld bekendheid met de meest effectieve behandelvormen bij autisme of trauma). Is de vakkennis er wel, dan is de vraag of we voldoende faciliteren dat deze kennis wordt en kan worden gebruikt in de praktijk.

Het optimaal gebruik maken van de beschikbare kennis vraagt veel en continue aandacht van professionals, organisaties en financiers. Van professionals vraagt het continue bijscholing in kennis, maar ook in de kunde om deze kennis in de praktijk te gebruiken. Dat moet door organisaties worden gefaciliteerd, bijvoorbeeld door het bieden van de mogelijkheid voor werkbegeleiding, inhoudelijk werkoverleg, reflectie en supervisie/intervisie. Financiers van jeugdhulp hebben de taak ruimte te bieden aan de mogelijkheid te blijven leren en ontwikkelen. Binnen organisaties, maar vooral ook tussen organisaties.

¹⁵ Uiteraard zijn er hiaten in deze kennis en moet er meer onderzoek plaats vinden, maar op veel gebieden is er ook al het nodige. Denk aan zorgstandaarden, richtlijnen waarin de state-of-the-art van ons vak goed is weergegeven.

Aanbevelingen van ervaringsdeskundigen

- Zet effectief gebleken behandeling in bij problemen zoals trauma en beperk de zorg niet tot het plaatsen in een 24-uurssetting.

Aanbevelingen voor professionals

- Blijf nieuwsgierig en bereid om steeds weer te leren hoe de hulp aan jeugdigen en gezinnen nog beter kan.
- Maak jezelf vertrouwd met kennis over wat werkzaam is, zoals deze terug te vinden is in richtlijnen en zorgstandaarden.
- Onderbouw en bespreek met collega's waarom je een richtlijn wel of juist niet wilt volgen in de hulp aan individuele jeugdige of aan een gezin.
- Bespreek met de jeugdige en het gezin altijd voor welke keuzes er zijn, welke voor- en nadelen hieraan verbonden zijn en maak samen een keuze (gedeelde besluitvorming).

Aanbevelingen voor zorgaanbieders en branches

- Creëer een cultuur, tijd en ruimte voor medewerkers waarin het een onderdeel is van vakmanschap om blijvend te leren en verbeteren. Bespreek met medewerkers welke belemmeringen hiervoor zijn en neem ze weg.
- Voer het goede gesprek met gemeenten over de mate waarin blijven leren en verbeteren is verdisconteerd is in de tarieven en maak hier afspraken over.
- Faciliteer blijvende nascholing en supervisie voor medewerkers zodat zij hun werk vakbekwaam en onderbouwd werken met richtlijnen kunnen uitvoeren. We verwachten dat dit bijdraagt aan een korte doorlooptijd van hulptrajecten, een grotere arbeidssatisfactie en minder personeelsverloop.

Aanbevelingen voor de gemeente

- Creëer voorwaarden voor een cultuur en ruimte om structureel te leren en verbeteren. Bespreek met zorgaanbieders welke belemmeringen hiervoor zijn en neem ze weg.
- Sluit bij de inkoop van jeugdhulp aan bij landelijke richtlijnen over effectieve jeugdhulp. Faciliteer interventies waarvoor goede theoretische of empirische onderbouwing is en maak bij het formuleren van inkoopvoorwaarden ook gebruik van de kennis over algemeen werkzame factoren. Houd daarbij wel ruimte voor maatwerk en uitzonderingen.

Aanbevelingen voor opleiders

- Ga binnen de huidige opleidingen op zoek naar mogelijkheden voor kennisverrijking vanuit de richtlijnen.
- Denk als docenten met elkaar na over de vertaalslag van richtlijnen naar het curriculum en het concrete handelen van de jeugdprofessional.
- Ondersteun waar nodig bij het geven van supervisie van professionals in de toepassing van richtlijnen tijdens nascholingstrajecten.

Tot slot

De opbrengst van Ketenbreed Leren is rijk, op een aantal punten pijnlijk, maar tegelijkertijd ook hoopvol. We hebben vooral gekeken naar de kansen die de uitkomsten bieden. We beschreven daarvoor vijf rode draden en zes breed geformuleerde aanbevelingen. Deze aanbevelingen kunnen alleen worden gerealiseerd als meerdere partijen, ieder vanuit zijn eigen rol, de handschoen oppakt. En met een overkoepelend plan waarin verschillende elementen die werkzaam zijn in de verbetering van de jeugdhulp samen komen en elkaar versterken. Het boekje *Op de Groei* (2021) geeft een indruk van de elementen die in zo'n plan aan bod moeten komen.

Landelijke ontwikkelingen kunnen helpen in het aanjagen van nieuwe ontwikkelingen en een lerende beweging. Voorbeelden van dergelijke ontwikkelingen zijn de [Beweging van 0](#), [StroomOP](#) en [Ik laat je niet alleen](#) of [het toekomstscenario kind- en gezinsbescherming](#). Maar ook organisaties zoals [Het Vergeten Kind](#) kunnen ons met hun gedachtegoed bewust maken van wat er nodig is en een verandering in gang zetten. Landelijke netwerken zoals [K-EET](#) helpen om beschikbare kennis onder de aandacht te brengen over netwerkvorming kunnen krachtige veranderingen op gang brengen.

In de tussentijd zijn er overal in het land voorbeelden te vinden van mooie, nieuwe en succesvolle initiatieven. In onderzoek, binnen organisaties en in de samenwerking tussen organisaties. Onze oproep is om die te benutten en met elkaar te verbinden. Op lokaal en regionaal niveau maar ook landelijk. Maak gebruik van beschikbare kennis en goede voorbeelden voor je start met het ontwikkelen van iets nieuws. Als iets niet werkt, vraag je af waarom het niet werkt, verbeter die onderdelen en ontwikkel zo stap voor stap verder in plaats van het te vervangen door iets nieuws. En tot slot, steek veel tijd in implementatie en het structureel inbedden en borgen van kennis.

De acht Bovenregionale Expertisenetwerken hebben als doel om de zorg voor jeugdigen met complexe zorgvragen beter te organiseren. We noemden ze al eerder, zij kunnen in hun regio's de handschoen oppakken en werken aan de verbinding van landelijke ontwikkelingen in beleid en onderzoek met regionale en lokale voorbeelden van succesvolle jeugdhulp.

Referenties

Actieplan verbetering feitenonderzoek (2021). Geraadpleegd op 10 oktober 2022, van: <https://voordejeugd.nl/actieplan-verbetering-feitenonderzoek>

Addink, A. & Van der Veldt, M.C. (2022). *Kijk op JeugdzorgPlus. 10 jaar onderzoek longitudinale effectmonitor JeugdzorgPlus*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

AEF (2022). *Betere verbinding tussen professionals in de jeugdzorg en de volwassen-GGZ. Van visie naar oplossingsrichtingen*. Utrecht: Andersson Elffers Felix (AEF).

Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., De Greef, M., Van Grieken, A., Jansen, W., Pels, T., Pijnenburg, H., & Raat, H. (2013). *Clïënt-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd. Verkenning van kennis en kennishiaten voor het ZonMw-programma Effectief werken in de jeugdsector*. Nijmegen/Rotterdam/Utrecht: HAN, Erasmus MC/Gemeente Rotterdam, Verwey Jonker Instituut.

Broersma, A., Campa, A. a, Jansen, D., Kleinjan, M., Kraaijeveld, K., Menting, J., Mireau, J., Moonen, X., Orobio de Castro, B., Popma, A., Roeleveld, J., & Scholten, M. (2021). *Op de groei*. Stichting Beweging van O.

Commissie Samson (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig*. Amsterdam: Boom.

Commissie Onderzoek naar Geweld in de jeugdzorg (2019). *Onvoldoende beschermd. Geweld in de Nederlandse jeugdzorg van 1945 tot heden*. Den Haag: Commissie Onderzoek naar Geweld in de jeugdzorg.

CPB (2018). *CPB notitie: Waarde van een startkwalificatie op de arbeidsmarkt*. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB).

De Lange, M.I., & Taekema, A. (2018). *Ongeplande uitval en bovenregionale plaatsing bij Spirit. Een leerreview naar casus B, C en E*. Amersfoort: Jeugdhulp Advies & Ontwikkeling.

De Lange, M., Matthys, W., De Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A., & Bastiaanssen, I. (2020). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, Nederlands Jeugdinstituut.

De Greef, M. (2019) *Addressing the alliance, The Parent-Professional Alliance in Home-Based Parenting Support: Importance and Associated Factors* [Proefschrift]. Radboud Universiteit Nijmegen.

Draxler, J. M., & Ruppar, T. M. (2022). Treatment adherence in adolescents with histories of adverse childhood experiences: a systematic review. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 60(6), 11–18. <https://doi.org/10.3928/02793695-20211118-04>

Fier (2021). *Factsheet hoogspecialistische jeugdzorg Friesland*. Geraadpleegd op 10 oktober 2022, van: <https://www.fier.nl/mediadepot/24172099dbda/HSJfactsheetFINAL.pdf>

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Friele, R.D., Bruning, M.R., Bastiaanssen, I.L.W., De Boer, R., Bucx, A.J.E.H., De Groot, J.F., Pehlivan, T. Rutjes, L., Sondeijker, F., Van Yperen, T.A., & Hageraats, R. (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet. Na de transitie nu de transformatie*. Den Haag: ZonMw.

GGZ Standaarden (2017). *Kwaliteitsstandaard Autisme*. Utrecht: Akwa GGZ. Geraadpleegd op 10 oktober 2022, via:

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme/introductie>

GGZ Standaarden (2019). *Kwaliteitsstandaard ADHD*. Utrecht: Akwa GGZ. Geraadpleegd op 10 oktober 2022, via: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/introductie>

Harder, A.T., Eenshuistra, A., & Knorth, E.J. (2021). *Feeling better: Experiences and needs of adolescents and professionals regarding their mentoring relationship in residential youth care*. Child and Youth Care Forum, 51 (3), 613-631. <https://doi.org/10.1007/s10566-021-09645-x>

Helmich, W. (2021). *Toekomstscenario Kind- en Gezinsbescherming*. In opdracht van de Vereniging Nederlandse Gemeenten, Ministerie van Justitie en Veiligheid & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op 10 oktober 2022, via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/03/30/tk-bijlage-toekomstscenario-kind-en-gezinsbescherming>

Helmond, P., & Harder, A. (2021). *Behandelmotivatie*. In Hendriks, J., Stams, G.J., & Asscher, J. (Red.), Handboek forensische orthopedagogiek (pp. 387-396). Rotterdam: Lemniscaat.

Heutink, L., Kallen, D., Van Brandenburg, M., Nijssen, M., De Greef, M., & Van Hattum, M. (2014). *Het belang van alliantiefeedback in de zorg voor jeugd*. Maatwerk, 5, 25-27. <https://doi.org/10.1007/s12459-014-0078-8>

Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M.P. (2017). *The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Public Health, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)

Ince, D., Van Yperen, T., & Valkestijn, M. (2018). *Top tien beschermende factoren. Voor een positieve ontwikkeling van jeugdigen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

Jacobs, P., Vissenberg, C., Tempel, H., & Jurrius, K. (2020). *Action-learning uitstroom 24-uurszorg. Een vervolgonderzoek naar de helpende en niet-helpende factoren bij de instroom en doorstroom van jongeren in een beschermd wonen setting*. Almere: Hogeschool Windesheim.

Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2021a). *Praktijkstandaard ADHD bij Kinderen en Adolescenten*. Utrecht: Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Geraadpleegd op 10 oktober 2022 via: <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/adhd/#content-item-925-63347828061e1>

Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2021b). *Praktijkstandaard Autismespectrumstoornissen (ASS) bij Kinderen en Adolescenten*. Utrecht: Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. . Geraadpleegd op 10 oktober 2022 via: <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/autisme/#content-item-1567-63347915b3700>

Kenniswerkplaats Jeugd Friesland & Bureau Peers (2021). *Factsheet Verklarende Analyse*. Geraadpleegd op 10 oktober 2022 via: https://awtjf.nl/wp-content/uploads/2021/10/Factsheet-Verklarende-analyse_def.pdf

Lawson, D.M., Troncoso Skidmore, S., & Akay-Sullivan, S. (2020). *The Influence of Trauma Symptoms on the Therapeutic Alliance Across Treatment*. Journal of Counseling & Development, 1(98), 29-40. <https://doi.org/10.1002/jcad.12297>

Ledoux, G., & Waslander, S., & Eimers, T.T. (2020). *Evaluatie passend onderwijs*. Amsterdam/Tilburg/Nijmegen: Kohnstamm Instituut/TIAS School for Business and Society/KBA Nijmegen. Geraadpleegd op 10 oktober 2022, van: <https://evaluatiepassendonderwijs.nl/publicaties/eindrapport-evaluatie-passend-onderwijs/>

Maslowski, R. (2020). Onderwijs. In Den Ridder, J., Josten, E., Boelhouwer, J., & Van Campen, C. (Red). *De sociale staat van Nederland 2020*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Geraadpleegd op 10 oktober 2022 van: [https://digitaal.scp.nl/ssn2020/onderwijs/#:~:text=In%202010%20had%20ruim%2020,samen%20meer%20dan%2040%25\)](https://digitaal.scp.nl/ssn2020/onderwijs/#:~:text=In%202010%20had%20ruim%2020,samen%20meer%20dan%2040%25))
Morris, A.S., Hays-Grudo, J., Zapata, M.I., Treat, A., & Kerr, K.L. (2021). Adverse and Protective Childhood Experiences and

Parenting Attitudes: the Role of Cumulative Protection in Understanding Resilience. *Adversity and Resilience Science*, 2, 181-192. <https://doi.org/10.1007/s42844-021-00036-8>

Muscatell, K. A., Merritt, C.C., Cohen, J.R., Chang, L., & Lindquist, K.A. (2021). The Stressed Brain: Neural Underpinnings of Social Stress Processing in Humans. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 54, 373-392. https://doi.org/10.1007/7854_2021_281

Narayan, A.J., Lieberman, A.F., & Masten, A.S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85, 101997. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>

Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1363-1374. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00189-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00189-7)

Oldenwald, M., & Semrau, P. (2013). Dropout among patients in qualified alcohol detoxification treatment: the effect of treatment motivation is moderated by Trauma Load. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8(4), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1747-597x-8-14>

Onstenk, E., Peelen, Hilbrink, E., & Van Hattum, M. (2021). *Internationale kennisupdate algemeen werkzame factoren in de zorg voor jeugd. Alliantie-, cliënt- en professional factoren*. Arnhem: University of Applied Sciences.

Pijnenburg, H.M., De Greef, M., Scholte, R.H.J., & Van Hattum, M.J.C. (2019). Werken met multiple allianties in gezinnen met complexe problemen. In Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E.J. (Red). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (pp 154-168)*. Rotterdam: Lemniscaat.

Schickedanz, A., Halfon, N., Sastry, N., & Chung, P. (2018). Parents' Adverse Childhood Experiences and Their Children's Behavioral Health Problems. *Pediatrics*, 142(2), e20180023 <https://doi.org/10.1542/2Fpeds.2018-0023>

SDQ (2016). *Dutch*. Geraadpleegd op 13 maart 2019, van: <http://sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Dutch>

Sivers, K., & Morgan, G. (2019). Parenting in the context of historical childhood trauma: An interpretive meta-synthesis. *Child Abuse and Neglect*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104186>

Steenkuijl, J. (2022). *Hoe de JeugdzorgPlus uit de min kan komen. Onderzoek naar mogelijkheden voor het beperken van instroom en bevorderen van door- en uitstroom in JeugdzorgPlus in landsdeel Zuidwest*. Den Bosch: Jeugdzorg Solutions.

Tempel, H., & Vissenberg, C. (2018). Een gat tussen wetenschap en praktijk. Een explorerend onderzoek naar de wijze waarop behandelingen in de residentiële zorg wordt vormgegeven. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 11(12), pp 22-28.

Tempel, H., Van Dijk, A., & Orobio de Castro, B. (2022). Eerst Begrijpen, dan (be)handelen. *Kind & Adolescent Praktijk*, 3, 6-12.

Theunissen, M., De Wolff, M., Vugteveen, J., Timmerman, M., & de Bildt, A. (2019). *Handleiding voor het gebruik van de Strengths and Difficulties Questionnaire bij adolescenten (12-17 jaar) binnen de Jeugdgezondheidszorg: Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen*. Den Haag: Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO).

Timman, R., De Jong, K., & De Neve-Enthoven, N. (2017). Cut-off Scores and Clinical Change Indices for the Dutch Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Large Sample of Normal and Several Psychotherapeutic Populations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 72-81. <https://doi.org/10.1002/cpp.1979>

Van der Steege, M. (2017). *Residentieel getoetst. Een onderzoek naar de legitimatie van residentiele plaatsingen van negen Apeldoornse jeugdigen*. Woerden: Van Montfoort.

Van Leeuwen, H., & Geeraerts, M. (2022). *Vakbekwaam redeneren in de jeugdhulp*. Amsterdam: Boom.

Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Mink, E., Van der Helm, P., Lindauer, R., & Moonen, X. (2018). Adverse Childhood Experiences in Children with Intellectual Disabilities: An Exploratory Case-File Study in Dutch Residential Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(10), 21-36. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102136>

Vink R., De Wolff, M., Broerse, A., & Kamphuis, M. (2020). *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, Nederlands Jeugdinstituut.

Vugteveen, J., De Bildt, A., Hartman, C. A., & Timmerman, M. (2018). Using the Dutch multi-informant Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to predict adolescent psychiatric diagnoses. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(10), 1347-1359. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1127-y>

Weisz, J.R, Kuppens, S., Ng, M.Y., Vaughn-Coaxum, R.A., Ugueto, A.M., Eckshtain, D., & Corteselli, K. A. (2019). Are Psychotherapies for Young People Growing Stronger? Tracking Trends Over Time for Youth Anxiety, Depression, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Conduct Problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2) 216-237. <https://doi.org/10.1177/1745691618805436>



Terug naar inhoudsopgave

Bijlage 1: Publicaties tijdens de onderzoeksfase van Ketenbreed Leren

1. Informatie over Ketenbreed Leren
[Ketenbreed leren | Branches Zorg voor Jeugd](#)
2. Animatiefilmpje voor deelnemers aan Ketenbreed Leren (2019)
[Wat houdt het onderzoek Ketenbreed Leren in? on Vimeo](#)
3. Marjan de Lange in een video over Ketenbreed Leren (2020)
[Ketenbreed leren - YouTube](#)
4. Publicatie Mariska van der Steege over Ketenbreed leren (2020)
[Ketenbreed leren van casuïstiek: beter worden in het vak – mariskavandersteege.nl](#)
5. Opname van een webinar over casusreviews in Friesland (2021)
[Webinar 'Ketenbreed leren van casusreviews in Friesland' - Werkplaatsen Jeugd](#)
6. In gesprek met Mariska van der Steege en Chanel Bansema over Ketenbreed Leren (2021)
[Leren van Levensverhalen van jongeren](#)
7. Interview met Marjan de Lange en Alida Hielema in Kind & Adolescent Praktijk (2021)
[Een levensverhaal van tien meter lang - Kind & Adolescent Praktijk \(kaponline.nl\)](#)
8. Publicatie in Kind & Adolescent Praktijk (2022)
[Leren begrijpen | SpringerLink](#)
9. Factsheet Ketenbreed Leren in de regio Haaglanden door Cathelijne Mieroo en Rob Gilsing (2022)
[HBO Kennisbank \(hbo-kennisbank.nl\)](#)

Bijlage 2: Overzicht uitkomstmaten

Kenmerken van levensloop jeugdige:

- Negatieve jeugdervaringen van jeugdige, gemeten met de Nederlandse versie Adverse Childhood Experiences (ACE) scores (11 items)
- Negatieve jeugdervaringen van ouder(s), gemeten met de Nederlandse versie Adverse Childhood Experiences (ACE) scores (11 items)
- Psychische klachten/functioneren jeugdige, gemeten met de Nederlandse versie van Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (25 items)
- Psychische klachten/functioneren ouder(s), gemeten met de Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire (OQ-45, 45 items)
- Onderwijsloopbaan jeugdige
- Onderwijsloopbaan ouder(s)
- Woonsituatie en –geschiedenis jeugdige

Uitvoering jeugdhulp:

- Aanwezigheid heldere hulpvraag in dossier
- Aanwezigheid van vaststelling aard/ernst problematiek in dossier
- Aanwezigheid van verklarende hypothesen in dossier
- Aanwezigheid van risico-inschatting in dossier
- Aanwezigheid beschermende factoren in dossier
- Aanwezigheid heldere behandeldoelen
- Verloop eerdere hulptrajecten (reden, focus, type hulp en resultaat)
- Focus van de huidige behandeling (jeugdige/ouder(s)/gezin)
- Huidige inzet evidence based behandeling

Toekomstperspectief jeugdige:

- Aanwezigheid toekomstperspectief wonen
- Aanwezigheid toekomstperspectief dagbesteding (incl. onderwijs)

Afstemming en samenwerking:

- Mate van afstemming en samenwerking tussen jeugdige en professionals
- Mate van afstemming en samenwerking tussen ouder(s)/verzorger(s) en professionals
- Mate van afstemming en samenwerking tussen hulpverleners onderling
- Mate van afstemming en samenwerking tussen jeugdhulp en onderwijs

Factoren die bijdragen aan een positief verloop van het jeugdhulptraject:

- Volgens jeugdige
- Volgens ouder(s)/verzorger(s)
- Volgens hulpverleners
- Volgens eventuele andere betrokkenen

Barrières die een positief verloop van het jeugdhulptraject belemmeren:

- Volgens jeugdige
- Volgens ouder(s)/verzorger(s)
- Volgens hulpverleners
- Volgens eventuele andere betrokkenen

Verbeterpunten in eerdere jeugdhulptraject:

- Volgens jeugdige
- Volgens ouder(s)/verzorger(s)
- Volgens hulpverleners
- Volgens eventuele andere betrokkenen

Verbeterpunten in huidige deel van jeugdhulptraject:

- Volgens jeugdige
- Volgens ouder(s)/verzorger(s)
- Volgens hulpverleners
- Volgens eventuele andere betrokkenen

Bijlage 3: Deelnemers stakeholdersessies

Hoogleraren/onderzoekers	
Bram Orobio de Castro	Hoogleraar UvA
Arne Popma	Hoogleraar VU
Xavier Moonen	Hoogleraar UvA
Annemiek Harder	Hoogleraar Erasmus Universiteit
Jessica Vervoort	Programmaleider Inhoud & Onderzoek Jeugd bij Koraal

Ervaringsdeskundigen	
Tilly van Uffelen	Ervaringsdeskundige/pleegouder
Angelo Beşikçi	Ervaringsdeskundige
Mireille Gommans	Ervaringsdeskundige
Miranda Kempenk	Ervaringsdeskundige
Dannie siebers	Ervaringsdeskundige
Janine de Vries	Ervaringsdeskundige/pleegouder

BGZJ	
Veronique Esman-Peeters	Directeur de Nederlandse GGZ
Olaf Prinsen	Directeur Jeugdzorg Nederland
Djieuwke Verseput	Coördinator Gezond opgroeien bij de Nederlandse GGZ
Fred de Bruin	Beleidsadviseur de Nederlandse GGZ
Maartje van der Rijt	Senior beleidsadviseur Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Jan Visscher	Secretaris BGZJ

VNG	
Arjen Jansen	Contractmanager LTA Jeugdhulp en WMO
Joram van Leeuwen	Coördinator landelijke inkoop
Jovanna Djurdjevic	Projectmedewerker Transformatie Jeugd
Lilian de Graauw	Senior beleidsadviseur Jeugd
Lucia van den Brande	Senior beleidsmedewerker Jeugd
Mascha Maasland	Communicatieadviseur Hervormingsagenda Jeugd a.i.
Reinier Lagerwerf	MT-lid Jeugd en Kansengelijkheid
Yanick Methorst	Beleidsadviseur
Jonneke Zwaan	Projectsecretaris jeugd

Professionals	
Carien de Graaf -	Ambassadeur Jeugddomein; Jeugdzorgspecialist en ontwikkelaar KOOS Utrecht
Vera Naber	Netwerkregisseur Met Andere Ogen; Voorzitter sectie Jeugd NIP
Sandra Fokkens	Projectleider/Teamleider/ Systeemtherapeutisch werker Levvel
Dino Garcia Weyzig	Projectleider Ervaringsdeskundigheid en woonbemiddelaar Youke

Lectoren	
Marion van Hattum	Lector HAN
Janneke Metselaar	Lector NHL Stenden
Dorien Graas	Lector Hogeschool Windesheim
Martine Noordegraaf	Lector CHE
Els Bos-de Groot	Lector Viaa

