



wetenschappelijk bureau voor  
onderzoek, expertise en advies  
op het gebied van leefwijzen,  
verslaving en daaraan gerelateerde  
maatschappelijke ontwikkelingen

## **Als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan**

*Een verdiepend onderzoek naar aanleiding van de longitudinale  
Effectmonitor JeugdzorgPlus naar de uitstroom van jongeren met een licht  
verstandelijke beperking of psychiatrische problemen uit de JeugdzorgPlus*

Alice Hammink, Cas Barendregt,  
Ester de Jonge,  
Dike van de Mheen

## Colofon

### **Als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan**

*Een verdiepend onderzoek naar aanleiding van de longitudinale Effectmonitor JeugdzorgPlus naar de uitstroom van jongeren met een licht verstandelijke beperking of psychiatrische problemen uit de JeugdzorgPlus*

Auteurs:

Alice Hammink

Cas Barendregt

Ester de Jonge

Dike van de Mheen

Met medewerking van vier JeugdzorgPlus instellingen. Met dank aan alle JeugdzorgPlus professionals die hebben deelgenomen aan de interviews. Speciale dank voor de ouders en jongeren die zo open hun verhaal met ons deelden. Dank ook aan de begeleidingscommissie voor hun opbouwende feedback. De begeleidingscommissie bestond uit:

Dhr R. van Herk,	Ministerie van VWS, beleidscoördinator
Mw. M. Kranenburg	Jeugdzorg Nederland, projectleider
Dhr. C. Kuiper	Horizon Jeugdzorg en Onderwijs, kwaliteitscontroller

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMW



Rotterdam, december 2016



Het onderzoeksinstituut IVO werkt op een enthousiaste manier samen met opdrachtgevers aan het beantwoorden van vragen rondom leefstijl, verslaving en zorg. Het verbeteren van de situatie van kwetsbaren in de maatschappij speelt daarbij een belangrijke rol.

IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving  
Heemraadssingel 194  
3021 DM Rotterdam  
+31 10 425 33 66  
[www.ivo.nl](http://www.ivo.nl)

## Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	2
2 Methode	4
2.1 Documentanalyse en literatuuronderzoek	4
2.2 Kwantitatieve analyse van de Monitordata	4
2.3 Kwalitatief onderzoek	6
2.3.1 Interviews met ouders en jongeren	6
2.3.2 Interviews met jongeren	7
2.3.3 Interviews met professionals	7
2.3.4 Analyse van de interviews	8
2.3.5 Bijeenkomst met de vier instellingen	8
3 Monitor JeugdzorgPlus: bruikbaarheid van de variabelen	9
3.1 Definitie van LVB en psychiatrische problemen	9
3.2 Variabelen met betrekking tot uitstroom uit de JeugdzorgPlus	11
4 Kenmerken van jongeren met LVB of psychiatrische problemen in de JeugdzorgPlus	13
4.1 Kenmerken van jongeren met LVB of psychiatrische problemen in de Monitordata	13
4.2 Kenmerken van jongeren met LVB of psychiatrische problemen in de interviews	15
5 Uitstroom uit de JeugdzorgPlus	18
5.1 Reden beëindiging zorg	19
5.2 Uitstroomperspectief 1: Terug naar huis	20
5.3 Uitstroomperspectief 2: Naar zelfstandigheid	23
5.4 Uitstroomperspectief 3: Naar vervolgvoorziening	25
5.5 Behoeften van ouders bij uitstroom van hun zoon of dochter uit een JeugdzorgPlus instelling	31
6 Conclusie en aanbevelingen	33
Literatuur	38

## Samenvatting

De Monitor JeugdzorgPlus wordt gebruikt om meer inzicht te krijgen in het resultaat, de aard en duur van behandeling en begeleiding, en in de omvang en samenstelling van de doelgroep binnen de JeugdzorgPlus. Op basis van de halfjaarlijkse rapportages van de Monitor is vastgesteld dat 43% van de jongeren in de JeugdzorgPlus een lichte verstandelijke beperking (LVB) heeft en bijna de helft kampt met psychiatrische problemen. Van deze jongeren stroomt slechts zes procent uit naar specialistische LVB of GGZ zorg. Jeugdzorg Nederland en het Ministerie van VWS hebben daarom aangestuurd op verdiepend onderzoek naar deze jongeren en de zorg waar naar zij uitstromen. Doelstelling van dit IVO onderzoek is tweeledig. Enerzijds willen we inzicht krijgen in de aansluiting van behandeling en begeleiding na uitstroom uit een JeugdzorgPlus instelling op de problematiek en zorgvraag van jongeren met LVB of psychiatrische problemen. Anderzijds willen we inzicht krijgen in de bruikbaarheid en kwaliteit van de data van de Monitor.

Het IVO werkte in dit onderzoek samen met vier JeugdzorgPlus instellingen. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen: relevante literatuur en beleidsdocumenten, kwantitatieve analyse van de Monitordata, kwalitatieve interviews met 11 ouder(koppel)s, 13 professionals en 5 jongeren verdeeld over de vier instellingen.

Het definiëren van LVB en psychiatrische problemen op basis van Monitordata kent beperkingen. Een LVB vaststellen op basis van alleen het IQ, zoals op dit moment in de Monitor gebeurt, houdt geen rekening met de beperking in het sociaal aanpassingsvermogen, die kenmerkend is voor mensen met LVB. De Child Behaviour Checklist, zoals die nu gebruikt wordt in de Monitor om psychiatrische problemen te definiëren, is een klinisch instrument om gedragsproblemen te meten, maar meet geen psychiatrie 'in engere zin'. Dit staat tegenover de gehanteerde praktijkdefinitie van psychiatrische problemen in de JeugdzorgPlus, waarin juist psychiatrie in enge zin bepalend is. Beide variabelen (IQ en CBCL) hebben veel missende waarden in de Monitor.

De kenmerken van jongeren met LVB (IQ 50-85) en psychiatrische problemen verschillen nauwelijks van overige jongeren in de JeugdzorgPlus. De verdeling van jongeren met LVB of psychiatrische problemen verschilt tussen instellingen. Dit heeft onder andere te maken met instellingskenmerken, bijvoorbeeld een specifieke JeugdzorgPlus instelling voor jongeren met LVB of aparte groepen voor jongeren met ernstige psychiatrische problematiek. Jongeren met LVB of psychiatrische problemen willen het liefst uitstromen naar huis, maar verreweg de meeste jongeren stromen uit naar een residentiële vervolgvoorziening. Soms is dit een tussenstap om daarna naar huis of naar zelfstandigheid uit te stromen, soms is dit langer durende zorg. Zodra bekend is dat een jongere naar een vervolgvoorziening gaat uitstromen wordt een geschikte vervolgplek gezocht. Vrijwel nooit kan een jongere terecht op de plek van eerste keuze, en voor sommige jongeren met LVB of psychiatrische problematiek is het onmogelijk een passende vervolgplek te vinden. Belemmerende factoren in de uitstroom naar een vervolgvoorziening zijn de complexiteit van de problematiek van een jongere, de gehanteerde etiketten in de zorg, wachtlijsten en een tekort aan woonplekken (voornamelijk 3-milieu voorzieningen). De rol van de gemeente bij uitstroom is daarnaast nog niet altijd duidelijk en dat kan ook voor belemmeringen zorgen. Inhoudelijk en procesmatig kan de uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen dus nog sterk verbeteren. Daarnaast kan het monitoren van deze jongeren in de Monitor JeugdzorgPlus beter, onder andere door onderscheid te maken in residentiële en ambulante hulpvormen na uitstroom en de intensiteit van de vervolgzorg.

## 1 Inleiding

### **Monitor JeugdzorgPlus: meten, analyseren en evalueren**

Sinds 2012 worden binnen alle JeugdzorgPlus instellingen structureel gegevens van behandeling en begeleiding op cliëntniveau (ROM) vastgelegd in de Monitor JeugdzorgPlus. De Monitor JeugdzorgPlus (hierna 'de Monitor') is een samenwerking tussen Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ZonMW en de JeugdzorgPlus instellingen. Doel van deze monitor is meer inzicht krijgen in het resultaat van begeleiding en behandeling, de omvang en de samenstelling van de doelgroep en de aard en duur van de begeleiding en behandeling. Bovendien biedt de Monitor aanknopingspunten om instellingen onderling met elkaar te vergelijken. De gegevens op cliëntniveau worden op drie momenten verzameld. Het eerste meetmoment (T1) vindt plaats bij aanvang van de plaatsing in de JeugdzorgPlus. De gegevens die niet via het toeleidingssysteem worden aangeleverd worden in de eerste drie maanden na plaatsing verzameld. Het tweede moment (T2) valt samen met het einde van het verblijf, op dat moment worden meer gegevens geregistreerd over de behandeling en begeleiding in de JeugdzorgPlus en de plannen na uitstroom. Het derde en laatste meetmoment (T3) vindt plaats zes maanden na verblijf. Voor jongeren die korter dan drie maanden in de JeugdzorgPlus instelling verblijven valt het eerste en tweede meetmoment samen.

### **Uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen**

In de laatste halfjaarlijkse rapportage van de Monitor werd beschreven dat 43% van de jongeren in de JeugdzorgPlus een lichte verstandelijke beperking (LVB) heeft, gebaseerd op het IQ van de jongere. Bijna de helft van de jongeren binnen de JeugdzorgPlus heeft mogelijk psychiatrische problemen, al dan niet in combinatie met een LVB. Voor het vaststellen van psychiatrische problemen wordt in de Monitor de Child Behaviour Checklist (CBCL) gebruikt, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen internaliserende en externaliserende problemen (Jeugdzorg Nederland, 2014). De percentages van jongeren met LVB en jongeren met psychiatrische problemen variëren sterk tussen instellingen. Van de jongeren met LVB of psychiatrische problemen stroomt zes procent na verblijf in de JeugdzorgPlus door naar specialistische LVB zorg of GGZ. Deze discrepantie tussen prevalentie van LVB en psychiatrische problemen en het vrij lage percentage uitstroom naar GGZ of LVB zorg vraagt om nader onderzoek. Want waar stromen deze jongeren dan wel naar uit? Sluit de zorg die zij na verblijf in de JeugdzorgPlus krijgen aan bij hun zorgvraag en –behoeften? Wat wordt precies bedoeld met GGZ en LVB zorg in de Monitor? Om deze vragen te beantwoorden hebben Jeugdzorg Nederland en het Ministerie van VWS aangestuurd op een verdiepend onderzoek naar de uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen in het programma Longitudinale Effectmonitor JeugdzorgPlus van ZonMW. Het IVO heeft samen met vier JeugdzorgPlus instellingen dit onderzoek uitgevoerd in de periode november 2015 – juni 2016.

### **Doelstelling en onderzoeksvragen**

De doelstelling van het onderzoek is tweeledig. Enerzijds willen we inzicht krijgen in de aansluiting van behandeling en begeleiding na uitstroom uit een JeugdzorgPlus instelling op de problematiek en zorgvraag van jongeren met LVB of psychiatrische problemen. Anderzijds willen we inzicht krijgen in de bruikbaarheid en kwaliteit van de data van de Monitor.

De volgende onderzoeksvragen staan centraal:

1. Wat zijn bij uitstroom uit JeugdzorgPlus instellingen de kenmerken, problemen en zorgvraag van jongeren met LVB of psychiatrische problemen? Hoe verschillen deze kenmerken, problemen en zorgvraag van overige jongeren? En zijn er verschillen tussen instellingen in kenmerken, problemen en zorgvraag van jongeren met LVB of psychiatrische problemen?

2. Naar welke vormen van behandeling of begeleiding stromen deze jongeren uit en waarom? Welk deel ontvangt GGZ of LVB zorg? Zijn er verschillen in uitstroom naar GGZ of LVB zorg tussen instellingen? En sluit de zorg na uitstroom aan bij de behoeften van jongeren met LVB of psychiatrische problemen en hun ouders?
3. In welke mate en op welke punten geven de data van de Monitor afdoende en correct antwoord op bovenstaande vragen en waar is verbetering van het registratieproces en de registratiemogelijkheden nodig?

### **Leeswijzer**

In het volgende hoofdstuk beschrijven we de gegevensverzameling en analyse. Hoofdstuk 3 beschrijft de ervaringen met de Monitorvariabelen die betrekking hebben op LVB en psychiatrische problemen en de uitstroom uit de JeugdzorgPlus (onderzoeksvraag 3). Hoofdstuk 4 gaat in op de kenmerken van jongeren met LVB en psychiatrische problemen en in hoeverre deze verschillen van overige jongeren in de JeugdzorgPlus (onderzoeksvraag 1). Vervolgens gaan we in hoofdstuk 5 in op drie uitstroomperspectieven (naar huis, zelfstandigheid en vervolgvoorziening) van jongeren met LVB en psychiatrische problemen en de bijbehorende vormen van zorg (onderzoeksvraag 2). We sluiten het rapport af met conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 6.

## 2 Methode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen maken we gebruik van verschillende informatiebronnen: beschikbare relevante literatuur en beleidsdocumenten (paragraaf 2.1), kwantitatieve gegevens uit de Monitor (paragraaf 2.2) en interviews met professionals, ouders en jongeren (paragraaf 2.3). Door het gebruiken van verschillende dataverzamelmethode wordt een vollediger beeld gecreëerd van de kenmerken en uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen. In dit onderzoek werkten we nauw samen met vier JeugdzorgPlus-instellingen. Door deze samenwerking kregen we niet alleen inzicht in het proces rondom uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen, maar ook in het registratieproces in de Monitor en de praktische toepasbaarheid van de Monitorresultaten.

### 2.1 Documentanalyse en literatuuronderzoek

Om inzicht te krijgen in het proces rondom uitstroom binnen de vier JeugdzorgPlus instellingen hebben we beleidsdocumenten verzameld. Daarnaast hebben we wetenschappelijke en grijze literatuur gezocht over jongeren met LVB of psychiatrische problemen in residentiele jeugdzorgvoorzieningen. Deze literatuur geeft inzicht in de kenmerken van deze jongeren en de mogelijke belemmeringen bij de uitstroom uit de JeugdzorgPlus instellingen.

### 2.2 Kwantitatieve analyse van de Monitordata

De getransformeerde en opgeschoonde Monitordataset bevatte gegevens van 2508 jongeren. Van een aantal jongeren waren geen uitstroomgegevens beschikbaar omdat zij nog niet waren uitgestroomd in de periode juli 2013 – juni 2015. Figuur 1 geeft een schematisch overzicht van het aantal trajecten dat jongeren, die zijn uitgestroomd in deze periode, hebben doorlopen en voor hoeveel van deze jongeren het traject langer duurde dan 3 maanden. We hebben ervoor gekozen om in de analyses alleen het eerste traject van de jongeren mee te nemen (n=2052), verreweg de grootste groep jongeren binnen de dataset. Op deze manier wordt voorkomen dat jongeren dubbel worden meegenomen in de analyse. De Monitor bevat data van 14 verschillende instellingen, die in deze rapportage geanonimiseerd zijn.

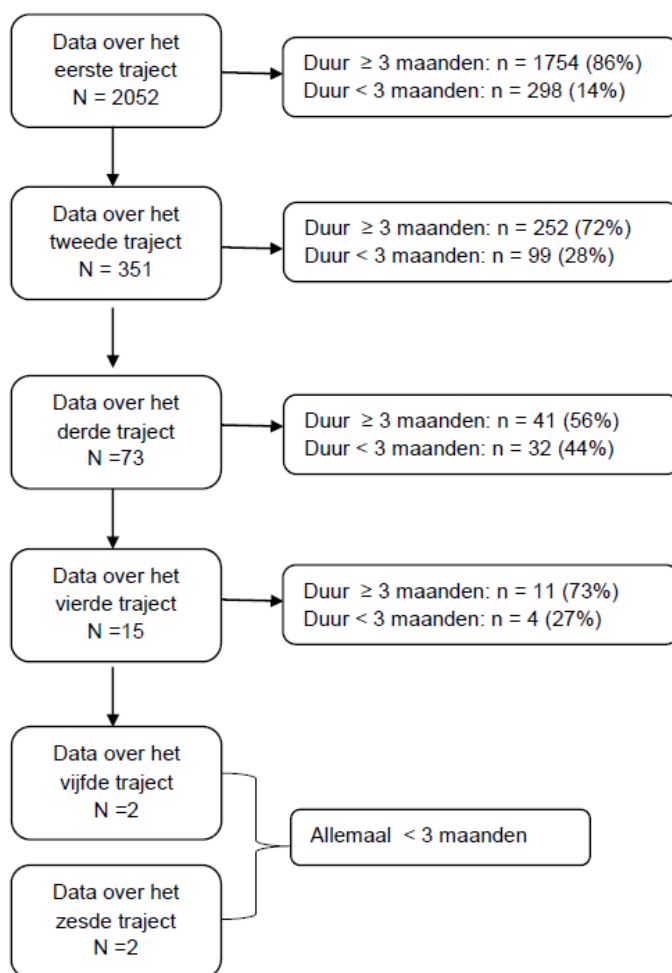
#### LVB

Het totale IQ is gebruikt als uitgangspunt om LVB te definiëren. Deze IQ-score is afgeleid van een IQ-test (WISC-III of WAIS-IV) die op een zeker moment is afgenomen bij een jongere. Een score op een IQ-test is niet statisch, dus bij sommige jongeren is meer dan eens een IQ-test afgenomen. Als dit het geval was, kozen we voor de meest recente IQ-score om LVB te definiëren. In de kwantitatieve analyse maakten we onderscheid in drie groepen op basis van IQ: geen LVB (IQ > 85), zwakbegaafd (IQ 70 – 85) en LVB (IQ 50 – 70). Reden voor dit onderscheid is dat het type zorg waar jongeren naar uitstromen afhankelijk kan zijn van hun IQ. Zwakbegaafde jongeren komen bijvoorbeeld niet altijd in aanmerking voor LVB-voorzieningen vanwege een “te hoog IQ”. Als we in dit rapport schrijven over de hele groep jongeren met een IQ tussen 50 en 85 gebruiken we daarvoor ook de term *Lichte Verstandelijke Beperking* (LVB), dit is in lijn met de literatuur (Didden, VanDerNagel, Trentelman, & Stolker, 2013). We geven hierbij wel de verdeling van de IQ-score, zodat het duidelijk is dat het de hele groep jongeren met LVB betreft.

### Psychiatrische problemen

In de kwantitatieve analyse van de Monitordata hebben we voor psychiatrische problemen de Child Behavior Checklist (CBCL) gebruikt. De CBCL is een diagnostisch instrument om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. Aanwezigheid van internaliserende problematiek is gedefinieerd aan de hand van de probleemschalen “teruggetrokken/ depressief”, “lichamelijke klachten” en “angstig/depressief”. Aanwezigheid van externaliserende problemen is vastgesteld aan de hand van de probleemschalen “normafwijkend gedrag” en agressief gedrag”. Jongeren zijn ingedeeld in drie groepen: geen problematiek (totaalscore < 60 en subscores voor internaliserende en externaliserende gedragsproblemen < 65), subklinische problematiek (totaalscore  $\geq 60$  en < 64 en subscores  $\geq 65$  en < 69) en klinische problematiek (totaalscore  $\geq 64$  en subscores  $\geq 69$ ) (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996). We maken dit onderscheid omdat jongeren met een klinische CBCL mogelijk andere zorg nodig hebben na uitstroom, dan jongeren met een subklinische score of zonder psychiatrische problemen. In hoofdstuk 3 gaan we in op het gebruik van CBCL voor het vaststellen van psychiatrische problemen in de Monitor.

Figuur 1. Schematisch overzicht van aantal jongeren per traject in de dataset



### Statistische analyses

Verschillen in kenmerken tussen de verschillende groepen op basis van IQ (geen LVB, zwakbegaafdheid en LVB) en op basis van CBCL scores (geen, subklinische of klinische problematiek) zijn getoetst met behulp van de Chi-



kwadraat test voor categoriale variabelen en met ANOVA (analysis of variance) voor continue variabelen. Voor alle analyses is een P-waarde van <0.05 gebruikt als afkapwaarde om statistisch significante verschillen tussen groepen te definiëren. De missende waarden op variabelen werden geëxcludeerd in de analyse. We keken naar verschillen op de volgende beschikbare kenmerken in de Monitor:

- Geboortjaar en geslacht
- Etnische achtergrond, onderverdeeld in de categorieën Autochtoon, Allochtoon (Westers), Allochtoon (Niet-Westers) en Onbekend.
- Opleidingsniveau, onderverdeeld in de categorieën: (speciaal) basisonderwijs, Speciaal (voortgezet) en praktijkonderwijs, voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (VMBO, leerwegondersteunend) en hoger middelbaar onderwijs (Hoger algemeen voortgezet onderwijs (HAVO), Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (VWO), Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)).
- Leefsituatie voor JeugdzorgPlus, onderverdeeld in de categorieën: in éénoudergezin, in meeroudergezin, pleegzorg, residentieel, zelfstandig, zwervend, anders en onbekend.
- Ernst van de problematiek (Standaard Taxatie Ernst Problematiek – STEP) op vier schalen: Functioneren, Kwaliteit Omgeving, Zwaarte Zorg en Urgentie Zorg (Van Yperen, Eijgenraam, Van den Berg, De Graaf, & Chenevert, 2010).
- Hulpvorm na uitstroom, reden beëindiging zorg en uitstroomperspectief

### 2.3 Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatieve deel van het onderzoek bestond uit semigestructureerde interviews met professionals, ouders en jongeren. Aan het einde van het onderzoek hebben we de resultaten en aanbevelingen besproken met de vier betrokken JeugdzorgPlus instellingen tijdens een bijeenkomst.

#### 2.3.1 Interviews met ouders en jongeren

We interviewden elf ouder(koppels) verdeeld over de vier instellingen. Twee van de ouders die we benaderden (beiden van JeugdzorgPlus instelling B) wilden uiteindelijk om persoonlijke redenen niet mee werken aan een interview. In tabel 1 is een verdeling te zien van de ouders over de verschillende instellingen. In de gesprekken met ouders kwamen verschillende onderwerpen aan bod, onder andere de aanleiding voor verblijf in de JeugdzorgPlus en kenmerken van hun zoon of dochter, het proces rondom de uitstroom en de mate van betrokkenheid van de ouders bij de uitstroom.

Tabel 1. Verdeling van interviews met ouders en jongeren over de verschillende instellingen

	Ouders
JeugdzorgPlus instelling A	Vader
	Pleegmoeder, zoon 16 jaar
	Pleegvader, dochter van 17 jaar
JeugdzorgPlus instelling B	Moeder, dochter van 15 jaar
	Moeder
JeugdzorgPlus instelling C	Vader
	Moeder en vader
	Moeder, zoon van 17 jaar
JeugdzorgPlus instelling D	Pleegmoeder, zoon van 17 jaar
	Moeder, zoon van 16 jaar
	Moeder, zoon van 17 jaar

De gesprekken duurden gemiddeld een uur en vonden plaats bij de ouders thuis. Als dank voor deelname ontvingen zij een financiële vergoeding van 10 euro.

### 2.3.2 Interviews met jongeren

We interviewden in totaal vijf jongeren, twee meisjes en drie jongens (zie tabel 2). Deze jongeren waren de zoon of dochter van de ouders die we spraken. Door hen te interviewen belichtten we hun perspectief op de uitstroom uit de JeugdzorgPlus en de mate waarin de vervolgzorg aansloot op hun behoeften.

Tabel 2. Geïnterviewde jongeren verdeeld over de vier instellingen

	Jongeren
JeugdzorgPlus instelling A	Jongen, 17 jaar
JeugdzorgPlus instelling B	Meisje 18 jaar
JeugdzorgPlus instelling C	Jongen, 16 jaar
	Meisje, 14 jaar
JeugdzorgPlus instelling D	Jongen, 18 jaar

De gesprekken duurden gemiddeld een half uur en vonden plaats bij de jongere thuis of in de vervolvoorziening waarnaar zij waren uitgestroomd. Als dank voor hun deelname ontvingen zij (na overleg met hun ouder(s) of begeleider) een financiële vergoeding van 10 euro.

### 2.3.3 Interviews met professionals

We spraken dertien professionals met wie we in totaal negentwintig individuele jongeren met LVB of psychiatrische problemen in detail bespraken. Tabel 3 geeft een overzicht van de verschillende disciplines per instelling. De gesprekken duurden gemiddeld een uur tot anderhalf uur.

Tabel 3. Kenmerken geïnterviewde professionals (n=13)

Instelling	Functie
JeugdzorgPlus instelling A	Groepstherapeut
	Trajectbegeleider
	Gedragsdeskundige
JeugdzorgPlus instelling B	GZ-psycholoog
	GZ-psycholoog
	Trajectbegeleider
	Trajectbegeleider
JeugdzorgPlus instelling C	Zorgbemiddelaar
	Behandelcoördinator
	Trajectbegeleider
JeugdzorgPlus instelling D	Ambulant hulpverlener
	Ambulant hulpverlener
	Gedragsdeskundige

Omdat niet alle voor dit onderwerp geïnterviewde professionals op de hoogte waren van het registratieproces in de Monitor hebben we een aparte belronde gedaan onder vijf professionals van de vier instellingen. Aan hen hebben we enkele Monitorspecifieke vragen voorgelegd.

#### *2.3.4 Analyse van de interviews*

Alle interviews zijn opgenomen met een audiorecorder na toestemming van de respondent. Aantekeningen die zijn gemaakt tijdens het gesprek zijn uitgewerkt in een gespreksverslag waarbij de geluidsopnames als ondersteuning dienden. De interviews met professionals en jongeren zijn geanalyseerd door uitspraken op verschillende thema's met elkaar te vergelijken. Overeenkomstige uitspraken leiden tot sterker onderbouwde resultaten. Waar geïnterviewden elkaar tegenspreken of van elkaar afwijken, nuanceert dit de resultaten. Van enkele jongeren hebben we zowel een interview met de ouder, de jongere en de professional of een interview met de ouder en de professional. In de analyse zijn deze interviews gecombineerd voor een zo volledig mogelijke indruk van de uitstroomsituatie van desbetreffende jongere.

#### *2.3.5 Bijeenkomst met de vier instellingen*

Aan het einde van het onderzoek organiseerden we een bijeenkomst voor de vier betrokken instellingen. Tijdens deze bijeenkomst bespraken we voornamelijk de kwalitatieve resultaten, omdat de kwantitatieve resultaten al in de (telefonische) interviews aan bod kwamen.

### 3 Monitor JeugdzorgPlus: bruikbaarheid van de variabelen

Een deel van de in hoofdstuk 4 beschreven resultaten zijn afkomstig uit kwantitatieve analyse van de Monitor JeugdzorgPlus. Doel van deze monitor is het inzicht krijgen in het resultaat van de begeleiding en behandeling, de omvang en samenstelling van de doelgroep en de aard en duur van de begeleiding en behandeling (Jeugdzorg Nederland, 2012; Vermaes, Konijn, Nijhof, Strijbosch, & Van Domburgh, 2012). In de inleiding (hoofdstuk 1) beschreven we de drie meetmomenten van de Monitor: T1, T2 en T3. Voor de analyses met betrekking tot de uitstroom van jongeren met LVB en psychiatrische problemen hebben we voornamelijk gebruik gemaakt van de meting op T2: bij het einde van verblijf in de JeugdzorgPlus. Om vast te stellen in welke mate en op welke punten de data van de Monitor afdoende en correct antwoord geven op de onderzoeksvragen van dit project (onderzoeksvraag 3) hebben we, naast de Monitordata zelf, vijf professionals telefonisch geïnterviewd. In dit hoofdstuk gaan we in op de definitie van LVB en psychiatrische problemen op basis van de Monitor (paragraaf 3.1) en op de variabelen over uitstroom (paragraaf 3.2). De informatie in dit hoofdstuk is noodzakelijk voor het interpreteren van de resultaten in hoofdstuk 4 en 5.

#### 3.1 Definitie van LVB en psychiatrische problemen

##### *LVB*

De praktijkdefinitie van een licht verstandelijke beperking is niet alleen gebaseerd op het IQ van een jongere, maar ook op andere kenmerken (Beer, 2012):

- IQ-score tussen de 50 en 85; en
- beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Het gaat om tekorten of beperkingen in het aanpassingsgedrag van een persoon, zoals verwacht mag worden op zijn leeftijd en bij zijn cultuur, op ten minste twee van de volgende gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid; en
- bijkomende problematiek, zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, lichamelijke problemen, problemen in het gezin en sociale omstandigheden.

De Monitor biedt te weinig aangrijpingspunten om deze brede definitie van LVB te hanteren. De Monitor bevat wel een variabele IQ, die de totaalscore op een IQ-test weergeeft. Deze variabele kent echter enkele beperkingen. Allereerst bestaat de totale IQ score in een IQ-test meestal uit een verbale IQ score (woordenschat, taalgevoel, redeneringsvermogen, et cetera) en een performale IQ score (hoe wordt kennis in praktijk gebracht, ruimtelijk inzicht, motorische vaardigheden). Deze aparte IQ-scores worden niet geregistreerd in de Monitor. Bij mensen met LVB kan sprake zijn van een zogeheten 'disharmonisch profiel', een kloof tussen het verbale en performale IQ. Iemand kan bijvoorbeeld verbaal heel sterk zijn in vergelijking met zijn niet-verbale praktische vaardigheden. Of juist verbaal zwak zijn, maar wel een zeer goed inzicht hebben. Het totale IQ zegt dan niet zoveel (Beer, 2012). In de Monitor wordt geregistreerd dat sprake is van een disharmonisch profiel, maar niet welke subscores op de IQ test hoger of lager zijn.

Bovendien heeft de IQ-variabele in de Monitor een behoorlijk aantal missende waarden, zowel op de IQ-variabele zelf als op de afnamedatum van de IQ-test. De afnamedatum van de test is relevant omdat een IQ geen statisch kenmerk is. Van 903 van de 2052 (44%) jongeren in hun eerste traject was het IQ bekend. IQ-gegevens van alle jongeren zijn bekend bij het onderwijs binnen JeugdzorgPlus, maar deze informatie is niet altijd ter beschikking van de medewerkers in de JeugdzorgPlus die de Monitor invullen. Eén van de professionals gaf aan dat ze de variabele IQ in de Monitor niet invult als de afnamedatum of het meetinstrument onbekend is, terwijl de IQ-score wel bekend is.

Omdat alleen de IQ-score niet bepaalt of er sprake is van een LVB hebben we gezocht naar andere variabelen waarmee de IQ-score kon worden gecombineerd om tot een bredere definitie van LVB te komen. De CAP-J bevat bijvoorbeeld As C: 'Cognitieve ontwikkeling en vaardigheden jeugdige'. In de Monitor wordt op deze As alleen informatie op groepsniveau verzameld (bijvoorbeeld C100 Problemen in de cognitieve ontwikkeling), en niet op de rubrieken (bijvoorbeeld 'C104 Problemen met sociaal aanpassingsvermogen'. Een klinische of subklinische score op de CBCL zou een indicatie kunnen zijn voor een beperkt aanpassingsvermogen, maar gezien de missende waarden op dit instrument (zie hieronder kopje '*Psychiatrische problemen*') was combineren met deze variabele geen optie. Gezien deze overwegingen hebben we in dit rapport gekozen om alleen de IQ-score te gebruiken. Professionals gaven aan dat bij jongeren met een IQ < 70 nagenoeg altijd sprake is van een beperkt aanpassingsvermogen, dus dat bij deze jongeren met zekerheid sprake is van LVB. De grootste groep jongeren in de JeugdzorgPlus heeft echter een IQ tussen de 70 en 85. Wanneer bij deze jongeren sprake is van problemen in het sociaal aanpassingsvermogen en van een sterk disharmonisch profiel kan dat veel problemen opleveren in het dagelijks leven en het behandelverloop van een jongere. Zij worden snel overvraagd en zijn sterk beïnvloedbaar. Om de Monitordata op een juiste manier te interpreteren en gebruiken is het dus relevant om te weten of er bij deze jongeren daadwerkelijk sprake is van LVB. Aannemen dat een jongere een beperkt sociaal aanpassingsvermogen heeft omdat hij of zij in de JeugdzorgPlus is opgenomen is volgens professionals onvoldoende aanwijzing. Deze aanvullende gegevens ontbreken echter, voor deze rapportage is dus het IQ de enige bruikbare variabele.

#### *Psychiatrische problemen*

In de interviews met professionals en de bijeenkomst met de vier instellingen die deelnamen aan het onderzoek kwam telkens de vraag terug: '*Wat is de definitie van psychiatrische problemen?*'. Ons uitgangspunt in de kwalitatieve interviews was in eerste instantie dat een diagnose volgens de DSM V (American Psychiatric Association, 2013) een psychiatrische stoornis aanduidt. In de praktijk bleek het echter niet zo eenduidig. Volgens professionals in de JeugdzorgPlus wordt een onderscheid gemaakt tussen psychiatrie in 'engere zin' en gedragsstoornissen. De jeugd GGZ ziet, volgens deze professionals, psychiatrische problemen vooral als psychiatrie in engere zin, onder andere Autisme Spectrum Stoornissen (ASS), persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen en psychotische stoornissen. Professionals uit de JeugdzorgPlus hebben de ervaring dat wanneer een jongere ook externaliserende gedragsproblemen heeft, hij of zij niet terecht kan in de GGZ. Tot nu toe wordt de Child Behavior Checklist (CBCL) in de Monitor gebruikt voor het vaststellen van psychiatrische problemen. Gezien bovenstaande praktijkervaringen met de definitie van psychiatrische problemen, lijkt het vreemd de CBCL te gebruiken als maat voor psychiatrische problemen omdat het juist een meetinstrument voor gedragsproblematiek is. De Monitor biedt echter vrij weinig andere aangrijpingspunten voor het vaststellen van psychiatrische problemen. De CAP-J zou daarvoor kunnen worden gebruikt, met name As A 'Psychosociaal functioneren jeugdige'. Maar in de Monitor worden de rubrieken van de As niet verzameld. Dat houdt in dat het wel duidelijk is of er sprake is van Emotionele problemen (A100), maar niet of dit een Angststoornis (A102.x) of Teruggetrokken gedrag (A101) betreft. Dit eerste zou geclassificeerd kunnen worden als een psychiatrisch probleem, terwijl dit bij teruggetrokken gedrag niet per definitie het geval is. Bovendien is de CAP-J een classificatiesysteem, geen diagnostisch instrument. De CBCL is dus op dit moment in de Monitor het meest passende instrument om psychiatrische problemen vast te stellen, maar kent zijn beperkingen. Het moment van afname van de CBCL en de informant die de CBCL invult heeft invloed op de CBCL-scores. In de literatuur wordt gepleit voor het invullen door zowel de groepsleider als de ouder om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Gearing, Schwalbe, MacKenzie, Brewer, & Ibrahim, 2015). In de Monitor is de informant de ouder of de groepsleider, de CBCL wordt niet door beide informanten voor een jongere ingevuld. Meestal was de informant de groepsleider (57%) of de moeder van de jongere (27%). Belangrijkste redenen voor non-respons waren "niet gedaan" en "geen reactie". Analyse van de CBCL

score laat zien dat de CBCL totaalscore van de groepsleider gemiddeld iets lager lag (mediaan(IQR<sup>1</sup>) = 60 (54, 67) dan de CBCL totaalscore van de ouder (mediaan(IQR) = 66 (58, 72)), maar het betreft hier niet een vergelijking van CBCL scores van dezelfde jongere. Andere kanttekening bij de CBCL in de Monitor is het hoge aantal missende waarden. Bij uitstroom was voor 748 jongeren van de in totaal 2052 jongeren in hun eerste traject (36%) de CBCL ingevuld. Belangrijkste redenen voor non-respons, zoals vermeld in de Monitor, waren 'niet gedaan' en 'geen reactie'. In de analyses in dit rapport maken we onderscheid tussen jongeren met een subklinische en een klinische score op de CBCL, omdat het onze verwachting is dat jongeren met een klinische score naar een andere type zorg uitstromen dan jongeren met een subklinische CBCL score of zonder (sub)klinische CBCL score.

### 3.2 Variabelen met betrekking tot uitstroom uit de JeugdzorgPlus

Bij uitstroom (meetmoment T2) worden gegevens verzameld over het uitstroomperspectief, leefsituatie na JeugdzorgPlus, dagbesteding, de hulpvorm na uitstroom en de reden van beëindiging van zorg. Deze variabelen geven informatie over het type zorg waar een jongere naar uitstroomt na verblijf in de JeugdzorgPlus. Eerder onderzoek laat zien dat de variabele dagbesteding na JeugdzorgPlus veel missende waarden kent, weinig onderscheidend is (bijna alle jongeren volgen een vorm van onderwijs) en vaak onbekend is (Barendregt, Raaijmakers, Wits, & Van de Mheen, 2015). We hebben deze variabele daarom niet gebruikt in de analyse naar uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen. Leefsituatie na JeugdzorgPlus, uitstroomperspectief en reden voor beëindiging zorg zijn vrij recht-toe-recht-aan variabelen, de antwoordcategorieën zijn niet voor meerdere interpretaties vatbaar. De belangrijkste Monitorvariabele voor het vaststellen van zorg na uitstroom van de JeugdzorgPlus is 'Hulpvorm na JZ+', een variabele die in de praktijk vaak problemen opleverde. Voor alle jongeren is bij uitstroom na hun eerste traject een antwoordcategorie aangekruist, er zijn dus geen missende waarden op deze variabele. Hoewel meerdere antwoordmogelijkheden kunnen worden aangekruist, is voor de meeste jongeren (96%), bij wie een antwoordcategorie is aangekruist, één antwoordcategorie aangekruist. Zoals te zien in tabel 4 is bij bijna de helft van de jongeren onbekend welke hulpvorm zij kregen na uitstroom.

Tabel 4. Hulpvorm na uitstroom uit de JeugdzorgPlus van jongeren na hun eerste traject in JeugdzorgPlus

	% jongeren (n = 2052)
Jeugdhulp individueel	7
Jeugdhulp thuis	18
Jeugdhulp groep	5
Dagbehandeling	0
Crisiscentrum/observatiegroep	<1
Pleeggezin	1
Gezinshuis	1
Behandelgroep (24 uur)	10
Fasehuis/kamertrainingscentrum	7
GGZ	3
LVG/VG zorg	3
Wmo	<1
JJI	1
Geen aansluitende zorg	5
Anders/onbekend	44

<sup>1</sup> IQR = Interkwartielafstand, de afstand tussen Q1 (laagste kwartiel) en Q3 (hoogste kwartiel) van de spreiding van CBCL scores

Volgens de professionals is het onduidelijk welke categorie wanneer moet worden aangekruist. Ze vrezen dat iedere gedragsdeskundige daar zijn of haar eigen interpretatie aan geeft. Eén van de professionals van een JeugdzorgPlus instelling specifiek voor LVB jongeren zei daarover: *"Kijk maar naar onze JeugdzorgPlus instelling. Wij worden gefinancierd door Jeugdzorg en door de AWBZ. Dus wij zijn een LVB voorziening, een JeugdzorgPlus voorziening, we zijn jeugdhulp groep, we zijn een behandelgroep. Dus je kunt voor een voorziening als de onze al vier vakjes aankruisen"*.

De professionals zijn het er over eens dat het onderscheid tussen ambulante hulp, dagbehandeling en residentiele voorziening nu onvoldoende duidelijk maar wel wenselijk is. De huidige antwoordcategorieën zijn volgens hen soms moeilijk toe te passen op de huidige situatie in de zorg. Steeds meer JeugdzorgPlus instellingen bieden bijvoorbeeld, al dan niet op wens van de gemeente, mogelijkheid voor een korte opname (ongeveer 6 weken) met daarna intensieve thuisbegeleiding (bijvoorbeeld Multisysteemtherapie). Soms is het zelfs al mogelijk om alleen met een voorwaardelijke machtiging voor JeugdzorgPlus intensieve thuisbegeleiding in te zetten, waarmee opname in de JeugdzorgPlus wordt voorkomen. Dergelijke ontwikkelingen hebben gevolgen voor de manier waarop de uitstroom en de hulpvorm na JeugdzorgPlus wordt gemonitord. Voor de kwantitatieve analyse van de uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen hebben we, ondanks de kanttekeningen bij de variabele, wel gebruik gemaakt van 'Hulpvorm na JZ+'. In de resultaten hebben we de opbrengsten hiervan aangevuld met resultaten uit de kwalitatieve interviews.

## 4 Kenmerken van jongeren met LVB of psychiatrische problemen in de JeugdzorgPlus

Met behulp van de Monitordata hebben we enkele kenmerken van jongeren met LVB of psychiatrische problemen vergeleken met de kenmerken van overige jongeren in de JeugdzorgPlus (paragraaf 4.1). De literatuur en beleidsdocumenten over jongeren met LVB of psychiatrische problemen in JeugdzorgPlus is gebruikt om deze resultaten te ondersteunen. De informatie uit de interviews met professionals, ouders en jongeren wordt beschreven in paragraaf 4.2.

### 4.1 Kenmerken van jongeren met LVB of psychiatrische problemen in de Monitordata

Van slechts 369 van de 2052 jongeren was zowel het IQ en de CBCL-scores bekend. We hebben deze twee groepen jongeren met elkaar vergeleken om te kijken of er overlap tussen de groepen bestaat. Vooral jongeren met LVB (IQ 50 – 70) missen CBCL-scores, wat mogelijk te maken heeft met het feit dat ouders van jongeren met LVB vaker ook een LVB hebben (Emerson, 2007; Van der Nagel, Kiewik, & Didden, 2013) en de CBCL te ingewikkeld is om in te vullen. In totaal heeft 14% van de jongeren zonder LVB een subklinische score op de CBCL en 44% heeft een klinische CBCL score, ten opzichte van 13% (subklinisch) en 55% (klinisch) van de zwakbegaafde jongeren (IQ 70 - 85) en 12% (subklinisch) en 54% (klinisch) van jongeren met LVB (IQ 50 – 70). Deze verschillen waren niet statistisch significant.

#### *Jongeren met LVB*

In de Monitordata was voor 903 jongeren in hun eerste traject (44%) het IQ bekend. Het gemiddelde IQ was 85 (SD = 14). Dertien procent van de jongeren waarvan het IQ bekend was had een IQ tussen 50 en 70, 40% had een IQ tussen 70 en 85 (ook wel 'zwakbegaafd' genoemd), en 47% had een IQ boven de 85. Uit de interviews met professionals bleek dat, wanneer het IQ bij aanvang van verblijf in de JeugdzorgPlus nog niet bekend is, een IQ-test vooral wordt afgenomen bij het vermoeden van beperkt cognitief functioneren. De percentages kunnen dus mogelijk een overschatting geven van het aantal zwakbegaafde jongeren en jongeren met LVB in de JeugdzorgPlus. Jongeren met een IQ hoger dan 85 zijn vaker van autochtone herkomst, bij jongeren met LVB (IQ 50-85) is de etnische herkomst vaker onbekend. Jongeren met LVB (IQ 50 – 85) doen vaker praktijkonderwijs of voortgezet speciaal onderwijs, passend bij hun cognitieve ontwikkeling. Jongeren met LVB hebben daarnaast vaker een score op As C 'Vaardigheden en cognitieve ontwikkelingen' van de CAP-J dan overige jongeren, een bevestiging dat jongeren met LVB een beperkte cognitieve ontwikkeling hebben. Jongeren met LVB scoren iets hoger op de subschaal 'Kwaliteit Omgeving' van de Standaard Taxatie Ernst en Problematiek (STEP) vragenlijst. Hoe hoger de score op die schaal, hoe minder de kwaliteit van de omgeving. Dit lijkt de bevinding te ondersteunen dat jongeren met LVB relatief vaak opgroeien in zogeheten 'multiprobleemgezinnen'. In deze gezinnen is sprake van een gebrekkige opvoedingssituatie, mede als gevolg van langdurige werkloosheid en armoede. Ook komen een LVB, verslaving of andere psychiatrische stoornissen vaker voor onder ouders van kinderen met LVB (Emerson, 2007; VanDerNagel, Kiewik, & Didden, 2013). Tabel 5 geeft een overzicht van de kenmerken voor de jongeren met LVB of psychiatrische problemen en overige jongeren.



Tabel 5. Kenmerken van jongeren met LVB of psychiatrische problemen in vergelijking met overige jongeren

	IQ (n=903)			Psychiatrische problemen (n=735)		
	Geen LVB (n=425)	Zwakbegaafd IQ 70 en 85 (n=361)	LVB IQ 50 en 70 (n=117)	Geen (n=277)	Sub- klinisch (n=88)	Klinisch (n=370)
Leeftijd (mediaan)	17	17	17	17	17	17
IQ (mediaan)	95	78	65	88	85	84
Geslacht (% jongens)	62	56	56	<b>65</b>	<b>64</b>	<b>52</b>
<b>Etniciteit (%)</b>						
1 Autochtoon	<b>60</b>	<b>42</b>	<b>36</b>	52	51	61
2 Allochtoon, Westers	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	11	11	9
3 Allochtoon, niet-Westers	<b>24</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	27	24	20
4 Onbekend	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	10	14	11
<b>Opleidingsniveau (%)*</b>						
(Speciaal) basisonderwijs	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	7	7	10
Speciaal (voorgezet) onderwijs en praktijkonderwijs	<b>35</b>	<b>52</b>	<b>70</b>	33	37	38
VMBO (LWOO)	<b>47</b>	<b>33</b>	<b>16</b>	45	46	38
Hoger middelbaar onderwijs (HAVO, VWO, MBO)	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	13	8	12
<b>Leefsituatie voor JZ Plus (%)</b>						
In éénoudergezin	26	21	18	28	23	27
In meeroudergezin	14	14	10	17	22	16
Pleegzorg	3	2	3	2	2	2
Residentieel	38	33	39	31	29	37
Zwervend	4	4	2	3	4	4
Anders	6	8	9	7	5	4
Onbekend	10	17	20	13	15	11

**Vetgedrukt:**  $p < 0.01$

#### *Jongeren met psychiatrische problemen*

De psychiatrische problemen hebben we in de Monitor vastgesteld aan de hand van de CBCL. Bij uitstroom van het eerste traject was voor 735 jongeren de CBCL ingevuld. Gebaseerd op de totaal scores en de subscores voor internaliserende en externaliserende problematiek, had 50% van de 735 jongeren klinische problematiek, 12% subklinische problematiek en 38% geen problematiek. Jongeren met psychiatrische problemen verschillen niet significant van overige jongeren op het gebied van demografische kenmerken, opleidingsniveau en leefsituatie voor JeugdzorgPlus. Jongeren met een klinische score op de CBCL zijn vaker meisjes dan jongeren met een subklinische score of overige jongeren (tabel 5). Jongeren met psychiatrische problemen hadden vaker een score op groep A100 'Emotionele problemen' en A200 'Gedragsproblemen' dan overige jongeren. Een bevestiging dat bij jongeren met een (sub)klinische score op de CBCL vaker sprake is van internaliserende en externaliserende gedragsproblemen. Dat jongeren met psychiatrische problemen weinig verschillen van overige jongeren is mogelijk te verklaren doordat psychiatrische stoornissen over het algemeen veel voorkomen onder jongeren in de JeugdzorgPlus. Eerder onderzoek bij de Hoenderloo Groep liet zien dat 70% van alle jongeren in de JeugdzorgPlus één of meer comorbide psychiatrische DSM IV diagnoses had.

Gedragstoornissen kwamen het meest voor (61% ODD/CD, 35% ADHD). Maar ook hechtingsstoornissen (21%), autistisch spectrum stoornissen (21%), angststoornissen (13%) en stemmingsstoornissen (7%) kwamen voor onder deze jongeren (Vermaes, 2011). Jongeren met psychiatrische problemen scoren hoger op de STEP subschalen 'Functioneren' en 'Zwaarte zorg' dan overige jongeren. Zij hebben gemiddeld iets meer problemen in het functioneren en iets zwaardere zorg nodig dan overige jongeren.

#### **4.2 Kenmerken van jongeren met LVB of psychiatrische problemen in de interviews**

Met iedere professional bespraken we een aantal jongeren met LVB of psychiatrische problemen, in totaal 29 jongeren. Veertien meisjes en vijftien jongens, in leeftijd variërend van 14 jaar tot en met 20 jaar. Daarnaast interviewden we elf ouders en vijf jongeren. Vijf van de zoons of dochters van de ouders werden ook besproken met de professionals. In totaal verzamelden we van 35 unieke jongeren informatie, soms vanuit meerdere perspectieven (professional, ouder en/of jongere).

Het betreft een heterogene groep jongeren, met zeer diverse kenmerken op het gebied van psychiatrische problematiek, sociale omgeving, duur van verblijf in de JeugdzorgPlus en LVB. Bovendien kon de aanleiding voor opname in de JeugdzorgPlus sterk variëren. Belangrijkste onderscheid daarbij is dat sommige jongeren worden opgenomen in de JeugdzorgPlus om hen te beschermen (bijvoorbeeld meisjes die slachtoffer zijn van loverboyproblematiek), andere jongeren worden opgenomen in de JeugdzorgPlus om de maatschappij tegen hen te beschermen (bijvoorbeeld jongeren met crimineel gedrag of ernstige externaliserende gedragsproblemen) en bij sommige jongeren is het een combinatie van beiden. Alle jongeren kampten met een combinatie van problemen, bijvoorbeeld:

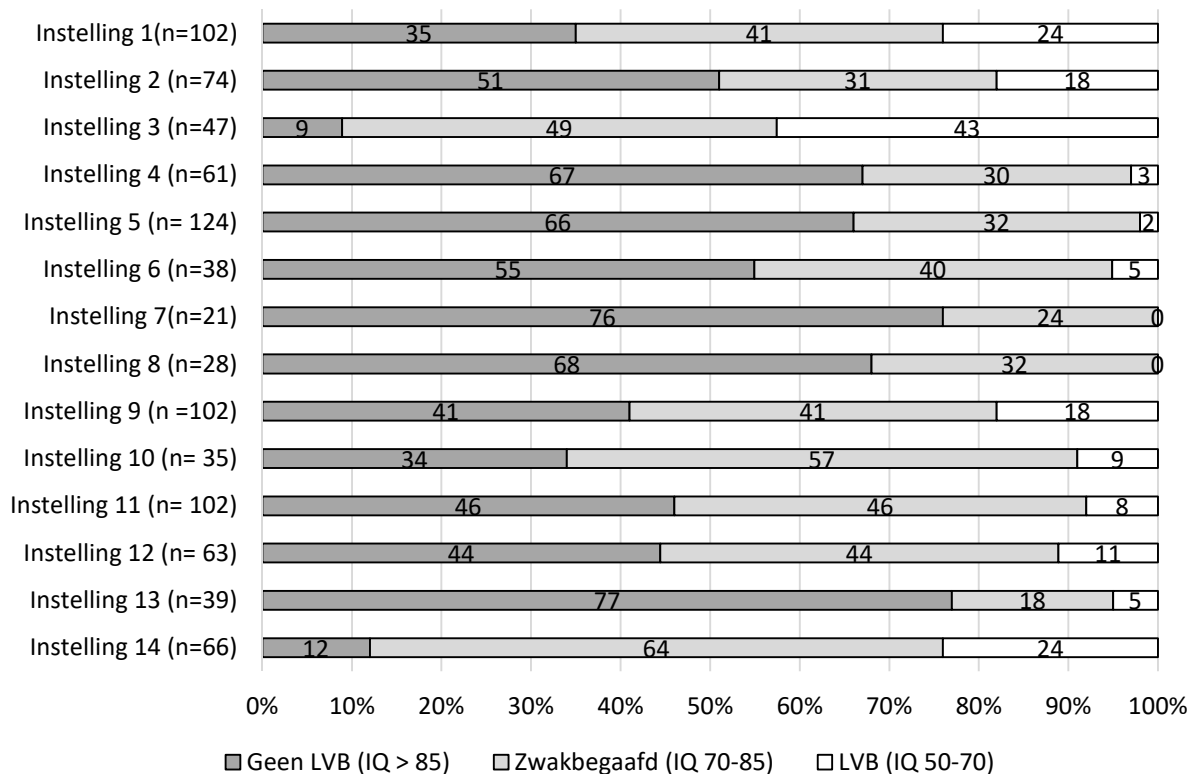
- Meisje, 14 jaar, borderline persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling, posttraumatische stressstoornis (PTSS), LVB (totaal IQ 82, harmonisch profiel)
- Jongen, 17 jaar, zwaar autisme, ernstige seksuele problematiek (ESP), voedselallergie, LVB (disharmonisch profiel)
- Meisje, 17 jaar, geadopteerd, hechtingsstoornis, loverboy problematiek, contacten criminele circuit, LVB (totaal IQ 72, disharmonisch profiel, perfoormaal lager dan verbaal)
- Meisje, 14 jaar, automutilatie, depressieve klachten, vader verslaafd, moeder uit beeld, LVB ((totaal IQ 69, perfoormaal IQ 60, verbaal IQ 82)
- Jongen, 20 jaar, zeer agressief, geen ouders, moeite met aanpassen (weglopen, vernielingen), blowen, criminele contacten, LVB (totaal IQ 67, profiel onbekend), PDD-NOS

Door de grote verscheidenheid aan (combinaties van) problemen is het lastig op groepsniveau iets te zeggen over de kenmerken van de 35 jongeren die we in kaart brachten. We hebben daarom op basis van de informatie uit de kwalitatieve interviews enkele verdiepende casusbeschrijvingen gemaakt (zie hoofdstuk 5) die recht doen aan de unieke kenmerken van een jongere en het behandeltraject dat hij of zij doorloopt.

#### *Verschillen tussen instellingen in kenmerken van jongeren met LVB of psychiatrische problemen*

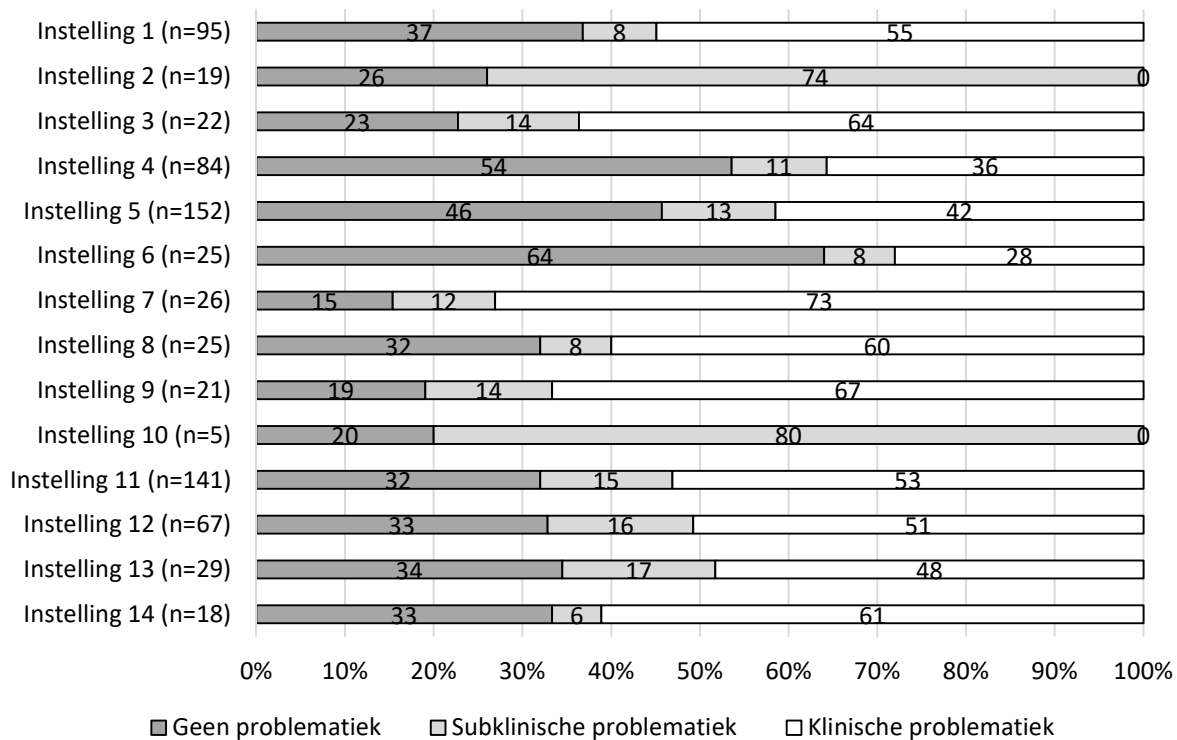
Vanwege het grote aantal missende waarden op de IQ-variabele en de CBCL in de Monitordata was het niet mogelijk een vergelijking te maken van de kenmerken (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, opleidingsniveau) van jongeren met LVB of psychiatrische problemen tussen instellingen. Wel hebben we in kaart gebracht hoe de verdeling van jongeren met LVB of psychiatrische problemen was over de verschillende instellingen. Zoals te zien in figuur 2a hebben twee instellingen (instelling 3 en 14) bijna alleen maar jongeren met een IQ lager dan 85 (LVB). Dit zijn JeugdzorgPlus instellingen specifiek gericht op jongeren met LVB.

Figuur 2a. Jongeren met LVB per instelling (%) (n=903)



Jongeren met psychiatrische problemen (op basis van de CBCL) zijn sterk verdeeld over de instellingen. In twee instellingen zitten geen jongeren met klinische problematiek op de CBCL. In acht instellingen heeft daarentegen juist de helft of meer van de jongeren een klinische score op de CBCL. De verschillen tussen instellingen worden daarnaast deels verklaard door instellingskenmerken. Zo heeft JeugdzorgPlus instelling B bijvoorbeeld, als enige JeugdzorgPlus instelling, een groep voor Zeer Intensieve en Kortdurende Observatie en Stabilisatie (ZIKOS) of een groep voor jongeren met Ernstige Seksuele Problematiek (ESP). In dergelijke groepen zitten mogelijk meer jongeren met psychiatrische problemen dan in reguliere JeugdzorgPlus groepen.

Figuur 2b. Jongeren met psychiatrische problemen per instelling (%) (n=735)



## 5 Uitstroom uit de JeugdzorgPlus

Al in de eerste weken na aanvang van verblijf in de JeugdzorgPlus instelling wordt het uitstroomperspectief van een jongere bepaald in een of meerdere gesprekken met JeugdzorgPlus, ouders, de jongere en indien van toepassing de (gezins)voogd (in veel gevallen 'de plaatser'). De beschrijving van dit perspectief bestaat niet alleen uit de eventuele benodigde vervolgzorg (zie de uitstroomperspectieven hieronder), maar ook uit een verbeterde relatie tussen ouders en kinderen, het hebben van werk of het volgen van een opleiding (dagbesteding), een ondersteunend sociaal netwerk, een positieve vrijetijdsbesteding, vermindering van de afhankelijkheid en verhoging van de weerbaarheid, een einde aan de verslaving en aan het plegen van strafbare feiten, en zo mogelijk een permanente terugkeer naar huis, waarbij vanuit de gemeente begeleiding kan worden geboden (Jeugdzorg Nederland, 2011). Lang niet alle jongeren in de JeugdzorgPlus kunnen bij uitstroom terug naar huis. De JeugdzorgPlus kent globaal vier perspectieven voor uitstroom van een jongere na JeugdzorgPlus (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2011):

1. Terug naar huis. Dit kan direct na het verblijf in JeugdzorgPlus zijn of na een vrijwillige (residentiele) fase. Bij deze benadering is de inzet van gezinsinterventies om het gezin te ondersteunen cruciaal.
2. Zelfstandigheid. Vaak is dit na een aansluitende vrijwillige (residentiele) fase. De behandeling richt zich al snel op het aanleren van vaardigheden die nodig zijn om zelfstandig te kunnen wonen (budgettraining, huishoudelijke vaardigheden, gezond eten, et cetera).
3. Langer durende zorg en ondersteuning. Als een gezinssysteem niet in staat is de jongere weer op te nemen, en de jongere (nog) niet zelfstandig kan wonen, gaat de jongere naar een gezinshuis of pleeggezin. JeugdzorgPlus kan daarbij eventueel tijdelijk pedagogische ondersteuning bieden. Zodra de trajectdoelen bekend zijn draagt JeugdzorgPlus de verantwoordelijkheid over aan een Gecertificeerde Instelling of de betrokken zorginstelling. Hier blijft dus een rol voor geïndiceerde jeugdzorg (bij uitstroomperspectief 1 en 2 niet).
4. Vervolgvoorziening. De jongere gaat door naar een instelling voor (L)Vb, psychiatrie of een meer open zorgvoorziening waar zorg wordt geboden. De problematiek van de jongere is dusdanig dat hij ook nadat de JeugdzorgPlus er samen met de jongere in is geslaagd het gedrag weer beheersbaar te maken, blijvend of langdurig afhankelijk is van specialistische zorg. De betrokkenheid van JeugdzorgPlus eindigt in dit perspectief meestal bij plaatsing in de instelling. Wel blijft de expertise van de JeugdzorgPlus beschikbaar wanneer deze nodig is om te voorkomen dat de jongere terugvalt in zijn oude gedrag.

In tabel 6 is een overzicht te zien van de uitstroomperspectieven per subgroep van jongeren met LVB of psychiatrische problemen. We keken hierbij alleen naar de jongeren die uitstromen uit hun eerste traject, jongeren met uitstroomperspectief 'Onbekend' zijn niet meegenomen in de analyse. Zwakbegaafde jongeren of jongeren met LVB hebben vaker het uitstroomperspectief 'Vervolgvoorziening' dan overige jongeren, net als jongeren met een klinische score op de CBCL (zie tabel 6). Jongeren met een klinische score op de CBCL hadden daarentegen minder vaak het uitstroomperspectief 'Terug naar huis'.

Tabel 6. Uitstroomperspectieven per subgroep van jongeren met LVB of psychiatrische problemen (in %)

	IQ (n=590)			Psychiatrische problemen (n=500)		
	Geen LVB (n=271)	Zwak- begaafd (n=234)	LVB (n=85)	Geen (n=194)	Sub- klinisch (n=56)	Klinisch (n=250)
Terug naar huis	42	38	35	<b>47</b>	<b>45</b>	<b>34</b>
Zelfstandigheid	23	16	15	27	25	19
Langer durende zorg en ondersteuning (pleeggezin, gezinshuis)	1	3	0	2	4	1
Vervolgvoorziening	<b>35</b>	<b>45</b>	<b>49</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>45</b>

**Vetgedrukt** =  $p < 0.05$

In het vervolg van dit hoofdstuk beschrijven we eerst de reden van beëindiging van zorg in de JeugdzorgPlus (paragraaf 5.1). Daarna gaan we in op de zorg waar jongeren naar uitstromen aan de hand van de drie meest voorkomende uitstroomperspectieven bij jongeren met LVB of psychiatrische problemen: terug naar huis (paragraaf 5.2), naar zelfstandigheid (paragraaf 5.3) en naar een vervolgvoorziening (paragraaf 5.4). Het uitstroomperspectief 'Langer durende zorg en ondersteuning' kwam in de Monitordata nauwelijks voor bij jongeren met of zonder LVB en psychiatrische problemen. Bij ieder perspectief beschrijven we één of meerdere illustratieve voorbeelden van jongeren die we besproken hebben met professionals, of waarvan we de ouders en de jongere zelf hebben gesproken. Ieder verhaal is geanonimiseerd en ontdaan van herleidbare elementen. Bij ieder uitstroomperspectief komen de belemmerende en bevorderende factoren bij uitstroom aan bod. We sluiten het hoofdstuk af met het perspectief van de ouders op de uitstroom van hun zoon of dochter uit de JeugdzorgPlus instelling (paragraaf 5.5)

### 5.1 Reden beëindiging zorg

In de meeste gevallen (tussen 79% en 87%) wordt de zorg in de JeugdzorgPlus beëindigd in overeenstemming tussen jongere, ouder(s), bureau Jeugdzorg en Jeugd en Opvoedhulp (J&O) (zie tabel 7). Het is echter mogelijk dat de zorg door de jongere of door Bureau Jeugdzorg of J&O eenzijdig wordt beëindigd. Dit kan gevolgen hebben voor de uitstroom van een jongere, bijvoorbeeld dat een jongere niet uitstroomt naar de gewenste situatie. De reden van beëindiging van zorg van jongeren met LVB (IQ tussen 50 en 85) of jongeren met psychiatrische problemen verschilt niet significant van de overige jongeren (zie tabel 7). Zwakbegaafde jongeren lijken de zorg vaker zelf te beëindigen dan jongeren met LVB of overige jongeren, maar dit verschil is niet significant.

Tabel 7. Reden voor beëindiging van de zorg na het eerste traject in de JeugdzorgPlus (in %)

	IQ (n=751)			Psychiatrische problemen (n=676)		
	Geen LVB (n=365)	Zwak- begaafd (n=291)	LVB (n=95)	Geen (n=259)	Sub- klinisch (n=83)	Klinisch (n=334)
Zorg in overeenstemming tussen cliënt, BJZ en J&O beëindigd	90	84	88	90	88	89
Zorg is eenzijdig beëindigd door BJZ of J&O	2	1	0	1	2	1
Zorg is eenzijdig beëindigd door de cliënt	6	10	5	4	6	5
Zorg beëindigd door externe omstandigheden of door overmacht	3	4	6	5	4	5

## 5.2 Uitstroomperspectief 1: Terug naar huis

Op de vraag 'waar wil jij graag naar uitstromen na je verblijf in de JeugdzorgPlus?' antwoordden jongeren steevast 'terug naar huis' of 'naar een eigen kamer/huis'. Dit is echter voor veel jongeren niet (meteen) aan de orde (lees hier meer over in paragraaf 5.3 en 5.4). Voor een deel van de jongeren is naar huis wel een optie, meestal met intensieve systeembegeleiding. Op basis van de Monitordata stelden we vast dat jongeren met LVB of psychiatrische problemen ongeveer net zo vaak naar huis terug als overige jongeren (tabel 8). Meestal wordt daarbij jeugdhulp thuis ingezet. Dit kunnen verschillende vormen van opvoedondersteuning of gezinsbehandeling zijn, variërend van licht (opvoedondersteuning) tot intensief (systeembegeleiding, zoals MST of MDFT). Zoals te zien in tabel 8 stromen sommige jongeren met uitstroomperspectief 'naar huis' uit naar een residentiële voorziening (tussen de 9% en 16%). Het is mogelijk dat het uitstroomperspectief van een jongere wijzigt gedurende het verblijf in JeugdzorgPlus (van 'naar huis' naar 'vervolgvoorziening'), maar dat dit in de Monitor bij uitstroom niet is aangepast. Het is echter ook mogelijk dat het uitstroomperspectief van een jongere nog steeds terug naar huis is, maar dat verblijf in een open jeugdzorgvoorziening nodig is om de overgang van gesloten instelling naar huis te overbruggen. We hebben geen significante verschillen gevonden in hulpvorm na JeugdzorgPlus tussen jongeren met LVB of psychiatrische problemen en overige jongeren die het uitstroomperspectief terug naar huis hebben.

Tabel 8. Leefsituatie en hulpvorm na uitstroom bij perspectief 'terug naar huis' voor jongeren na hun eerste traject in JeugdzorgPlus\*(in %)

	IQ (n=231)			Psychiatrische problemen (n=206)		
	Geen LVB (n=113)	Zwak-begaafd (n=88)	LVB (n=30)	Geen (n=92)	Sub-klinisch (n=25)	Klinisch (n=89)
	<b>% meest voorkomend leefsituatie na JZ+ bij perspectief terug naar huis</b>					
Eenoudergezin	40	41	40	38	28	37
Tweeoudergezin	35	38	37	36	44	32
Residentieel	13	9	10	14	16	16
Onbekend / Anders	12	12	13	12	12	15
	<b>% meest voorkomende hulpvormen bij perspectief terug naar huis* (meerdere antwoorden mogelijk)</b>					
Jeugdhulp thuis	55	59	70	63	60	63
Jeugdhulp individueel	11	18	17	16	8	15
Behandelgroep	9	3	0	7	8	9
Geen hulp	10	2	3	2	12	2
Onbekend	20	16	13	13	20	15

\* Bij hulpvormen na JeugdzorgPlus zijn meerdere antwoorden mogelijk en tellen de percentages niet op tot 100%

De aantallen van de subgroepen in de kwantitatieve analyse waren laag (bijvoorbeeld jongeren met LVB (n=30) of jongeren met een subklinische CBCL score (n=25). De kwalitatieve interviews met professionals, ouders en jongeren geven meer inzicht in het type hulp dat jongeren met LVB of psychiatrische problemen en hun systeem krijgen als zij uitstromen naar huis. Vier van de negentwintig jongeren die besproken zijn met professionals zijn uitgestroomd naar huis, waarvan drie met intensieve systeembegeleiding (MST en ABFT). Voorwaarde voor een dergelijke systeembehandeling is dat in ieder geval één van de ouders of verzorgers gemotiveerd en vaardig genoeg moet zijn om mee te werken. Jongeren met LVB komen vaker uit een zwak sociaal systeem. Ouders hebben zelf ook een LVB of psychiatrische problematiek, zijn werkloos en/of er is sprake van armoede (zie paragraaf 4.1). Intensieve systeembehandeling is niet altijd een optie voor deze gezinnen, maar in sommige gevallen, bijvoorbeeld bij een gemotiveerde ouder is het wel een mogelijkheid. De vierde jongere die naar huis uitstroomde werd aangemeld voor Dialectische Gedragstherapie, met gezinsbegeleiding voor haar moeder. Hieronder beschrijven we het verhaal van Anna, een illustratief voorbeeld van een jongere die naar huis uitstroomt. In haar verhaal is te zien hoe het soms zoeken is naar passende hulp waarin de wens van de jongere en de ouders mee wordt gewogen.

**Box 1. Anna\***

Moeder vertelt dat Anna van de een op de andere dag is veranderd van een vrolijk en zelfstandig meisje, naar een teruggetrokken, angstig en neerslachtig meisje. Anna is 15 jaar als moeder deze zichtbare veranderingen opmerkt. Anna is de hele dag moe, ze durft de deur niet meer uit en is heel angstig. De klachten verergeren en steeds vaker denkt Anna aan het beëindigen van haar leven. Zij zoekt zelf hulp via een schoolmaatschappelijk werker, die haar aanraadt via de huisarts een verwijzing te krijgen naar een GGZ-instelling. Wat volgt is een lange reeks aan afwisselend opnames en thuisperiodes waarin het op en af gaat met Anna. Vaak zijn de opnames gericht op het stabiliseren en observeren van Anna. Mogelijke verklaringen voor haar situatie zijn onder andere dat ze een te hechte relatie met moeder zou hebben en de diagnose persoonlijkheidsstoornis met borderline trekken wordt gesteld. Ook wordt bij Anna een lichte verstandelijke



beperking vastgesteld. Anna wordt, met instemming van haar ouders, opgenomen in een gesloten JeugdzorgPlus instelling, gespecialiseerd in jongeren met persoonlijkheidsproblematiek. Daar herkennen ze de borderline persoonlijkheidstrekken niet, en vermoeden ze dat Anna seksueel is misbruikt. Anna zegt hier zelf niks over.

De jongeren in de JeugdzorgPlus instelling smoezen onderling over een andere gesloten JeugdzorgPlus instelling, waar het er 'echt erg aan toe gaat'. Anna maakt zich zorgen, ze denkt in de wandelgangen te hebben opgevangen dat zij naar die locatie wordt overgeplaatst en doet een bijna succesvolle suïcidepoging. Ze wordt per direct overgeplaatst naar een JeugdzorgPlus locatie waar jongeren in acute psychiatrische crisis tot rust kunnen komen.

In eerste instantie is het de bedoeling dat Anna na drie maanden terugkeert naar de gesloten Jeugdzorg groep waar zij vandaan kwam. Anna wil dit niet en in samenspraak met onder andere haar ouders, persoonlijke begeleider en gedragswetenschapper wordt uiteindelijk gekozen voor terugkeer naar huis. Anna krijgt begeleiding van Sophie, die samen met haar leuke dingen onderneemt en haar helpt bij het kiezen van geschikte dagbesteding (opleiding, vrijwilligerswerk). Jans is Anna's therapeut met wie zij gesprekken heeft en Frank begeleidt de ouders in de zorg voor Anna. Deze systeembegeleiding is opgestart in nauwe samenwerking met de gemeente. Nog even was er sprake van dat Anna toch terug zou moeten naar de gesloten jeugdzorg omdat de rechterlijke machtiging nog niet verlopen was. Moeder is blij dat dat niet is doorgezet: *'Anna is zo vaak opgenomen geweest en heeft zo vaak in instellingen gezeten, maar ik heb de indruk dat ze nu pas voor het eerst wordt behandeld'*.

\*Dit verhaal is gebaseerd op het gesprek met moeder en de jongere zelf

Belangrijk aspect bij uitstroom in het algemeen is de voorwaarde dat een jongere dagbesteding moet hebben. Dit kan zijn in de vorm van school, werk of vrijwilligerswerk. Vooral het vinden van passend onderwijs was, volgens de ouders, een lastig probleem voor jongeren. Als jongeren voor aanvang in de JeugdzorgPlus regelmatig van school zijn gestuurd of zijn geschorst vanwege ernstige gedragsproblemen, dan is terugkeer naar die school (voor speciaal onderwijs) niet vanzelfsprekend. Ouders ervoeren dit als een lastig fenomeen, zij zien het liefst dat hun kind een diploma haalt. Bovendien zijn veel jongeren die uitstromen uit JeugdzorgPlus leerplichtig en moeten zij een vorm van onderwijs volgen. Het volgen van onderwijs was voor Savita (Box 2) geen probleem, zij mocht al tijdens verblijf naar haar oude school terug. Savita is een voorbeeld van een jongere waarbij het uitstroomperspectief in eerste instantie 'naar huis' was, maar wat in de praktijk niet haalbaar bleek te zijn. Van de negentwintig jongeren die we met professionals bespraken was het voor vier jongeren het geval, dat het uitstroomperspectief 'Terug naar huis' tijdens verblijf in de JeugdzorgPlus wijzigde in een ander uitstroomperspectief. In het geval van Savita kwam dit doordat haar moeder onvoldoende structuur en grenzen kon geven, maar in de andere drie gevallen kwam het doordat de jongere toch meer zorg nodig bleek te hebben. Deze jongeren stroomden uit naar een vervolgvoorziening specifiek voor jongeren met LVB of psychiatrische problemen, een zogeheten 3-milieu voorziening (lees hier meer over in paragraaf 5.4). Eén jongere kwam vrij snel na thuiskomst met de politie in aanraking voor fietsendiefstal en moest twee maanden naar de jeugdgevangenis.

### **Box 2. Savita\***

Vijftien jaar is ze, bij aanvang van haar verblijf in de JeugdzorgPlus instelling. Savita heeft een licht verstandelijke beperking (IQ < 70), met een disharmonisch profiel. Verbaal is ze sterk, ze is niet op haar mondje gevallen. Maar ze is erg beïnvloedbaar, en kan de gevolgen van een situatie vaak niet goed overzien. Ze komt in een JeugdzorgPlus instelling omdat ze slachtoffer is geworden van een loverboy. Ze gaat thuis

helemaal haar eigen gang, en moeder is niet in staat haar structuur en regels te bieden. Toch is het de verwachting dat moeder met intensieve begeleiding kan leren om Savita te bieden wat zij nodig heeft. JeugdzorgPlus besluit daarom systeemtherapie in te zetten, wat al van start gaat enkele weken na aanvang van Savita's verblijf in de instelling. Het uitstroomperspectief voor Savita is dus naar huis. Savita doet het goed binnen de JeugdzorgPlus, de structuur en voorspelbaarheid van het leven op de groep werken in haar voordeel. Ze kan al vrij snel naar een 'buitenschool', een school buiten het terrein van de JeugdzorgPlus. Ze maakt een positieve verandering door. Ze houdt zich aan afspraken, is meer weerbaar voor invloed van anderen, en gaat regelmatig succesvol, dat wil zeggen zonder incidenten, op verlof naar moeder of tante.

De systeemtherapie bij moeder verloopt minder positief. Naarmate de therapie vordert wordt duidelijk dat moeder te weinig vooruitgang boekt. Savita mag eerst een keer op proefplaatsing naar huis, om te kijken hoe het gaat, maar dat gaat mis. Moeder blijkt niet in staat Savita de structuur en grenzen te bieden die zij nodig heeft. Eerst wordt nog gekeken voor terugkeer naar een plaatsing in haar netwerk, maar als dat niet mogelijk is wordt duidelijk dat ze gaat uitstromen naar een vervolgvoorziening. Een grote teleurstelling voor Savita: *'Ik doe het toch goed, ik ben toch al veel buiten, waarom moet ik dan binnen zitten?'*

De trajectcoaches gaan op zoek naar een plek in een LVB-voorziening. De voorziening wordt op de hoogte gebracht van het dossier van Savita, en Jeugdzorg doet de aanmelding. Savita moet vier maanden wachten voor zij terecht kan bij haar nieuwe woonplek. *'Dat is best wel vlot. Wat hielp is dat het meisje een positieve verandering bij ons heeft doorgemaakt en gegroeid was'*, zegt haar trajectcoach daarover.

\*Dit verhaal is gebaseerd op het gesprek met de trajectcoaches van Savita

Er is een beweging zichtbaar naar een kortere opname in JeugdzorgPlus (6 weken) gecombineerd met intensieve thuisbegeleiding. Op die manier kunnen bestaande onderdelen van het netwerk (bijvoorbeeld school en vrijetijdsbesteding) blijven bestaan en wordt gewerkt aan het versterken van de relaties en oplossen van problemen binnen het systeem. Soms is het zelfs mogelijk om door middel van een voorwaardelijke machtiging, waarbij intensieve thuisbegeleiding ingezet wordt als laatste redmiddel, een opname in de gesloten jeugdzorg te voorkomen. Deze ontwikkeling wordt onder andere aangezwengeld doordat gemeenten de dure zorg in gesloten jeugdzorg willen beperken. Voor een groot deel van de jongeren in de JeugdzorgPlus is een dergelijk aanbod echter geen optie, vanwege hun complexe problematiek, hun zwakke sociale systeem of een combinatie van beide.

### 5.3 Uitstroomperspectief 2: Naar zelfstandigheid

De meeste jongeren van 17 of 18 jaar willen het liefst uitstromen naar een eigen huis. Zelfstandig wonen, geen begeleiding en geen bemoeienis meer, hun eigen zaken regelen. Ze onderschatten daarbij vaak de verantwoordelijkheden die horen bij het hebben van een eigen huishouden, en overschatten hun eigen vaardigheden om een huishouden te runnen en de administratieve rompslomp die daarbij hoort. Alle jongeren hebben deze neiging tot onder- en overschatting, maar jongeren met een LVB in het bijzonder. Het is bijna nooit zo dat een jongere meteen vanuit een JeugdzorgPlus instelling zelfstandig gaat wonen. Als het uitstroomperspectief zelfstandigheid is, dan zit er een stap tussen de JeugdzorgPlus instelling en zelfstandig wonen, vaak in de vorm van een fasehuis of een kamertrainingshuis. Tijdens verblijf in de JeugdzorgPlus instelling wordt ook al gewerkt aan het meer zelfstandig worden van een jongere. Met name het (weekend)verlof biedt goede oefenmogelijkheden. In een fasehuis of kamertrainingshuis leert een jongere met begeleiding stap voor stap zelfstandig te worden.

Meer dan de helft van de jongeren die het uitstroomperspectief 'naar zelfstandigheid' hebben stromen na hun eerste traject uit naar een residentiële voorziening (tabel 9). Dit kan een fasehuis zijn, een kwart tot derde van de jongeren met LVB (IQ 50-85) of psychiatrische problemen (klinische en subklinische CBCL score) stroomt daar naar uit. Het kan ook een LVB of GGZ voorziening zijn (8% tot 15%), een behandelgroep (rond de 15%), of

een combinatie van deze hulpvormen, bijvoorbeeld een kamertrainingsgroep in de LVB-zorg. We hebben geen significante verschillen gevonden in de hulpvorm na uitstroom uit de JeugdzorgPlus tussen de subgroepen van jongeren met LVB of psychiatrische problemen en overige jongeren.

Tabel 9. Leefsituatie en hulpvorm na uitstroom bij perspectief 'zelfstandigheid' voor jongeren na hun eerste traject in JeugdzorgPlus (in %)

	IQ (n=112)			Psychiatrische problemen (n=114)		
	Geen LVB (n=61)	Zwak- begaafd (n=38)	LVB (n=13)	Geen (n=52)	Sub- klinisch (n=14)	Klinisch (n=48)
<b>% leefsituatie na JZ+ bij perspectief naar zelfstandigheid</b>						
In een- of tweeoudergezin	11	13	8	14	7	11
Residentieel	51	61	46	54	57	56
Zelfstandig	13	3	8	10	14	12
Zwervend	2	5	0	2	0	2
Onbekend / Anders	20	19	29	19	21	21
<b>% meest voorkomende hulpvormen bij perspectief naar zelfstandigheid*</b> (meerdere antwoorden mogelijk)						
Jeugdhulp groep	7	9	8	14	7	6
Jeugdhulp individueel	12	11	8	8	7	8
Fasehuis	18	26	23	29	29	31
Behandelgroep	15	14	15	89	29	15
LVB/GGZ voorziening	3	13	15	10	0	8
Geen hulp	5	8	0	2	14	6
Onbekend	21	13	23	21	14	17

\* Bij hulpvormen na JeugdzorgPlus zijn meerdere antwoorden mogelijk en tellen de percentages niet op tot 100%

Vanaf hun achttiende vallen jongeren niet meer onder de Jeugdwet en mogen zij zelf beslissen of ze wel of geen hulp willen, ook als ze gedwongen hulp kregen zoals in een JeugdzorgPlus instelling. Voor veel jongeren, en met name jongeren met LVB of psychiatrische problemen, is deze overgang te groot. Ze willen graag zelfstandig hun zaken regelen, maar raken al snel in de knoop door de vrijheid, keuzemogelijkheid en complexe samenleving. De professionals die we spraken vonden vooral jongeren met LVB en ernstige gedragsproblemen, soms in combinatie met andere psychiatrische problemen zoals persoonlijkheidsproblematiek of verslaving, een lastige groep. Voor deze jongeren willen zij het liefst een beschermde woonvoorziening (bijvoorbeeld een 3-milieuvoorziening) als ze zelfstandig willen wonen, maar deze plekken zijn schaars en de wachtlijsten lang. Ze proberen deze jongeren wel te motiveren voor begeleiding, ook na hun achttiende, maar dit lukt niet altijd. Vijf van de jongeren die we met professionals bespraken hadden het uitstroomperspectief 'zelfstandigheid', waarvan vier eerst uit moesten uitstromen naar een begeleid wonen plek in een LVB-voorziening. Ook de ouders van 17-jarigen die we spraken maakten zich zorgen om de situatie van hun kind na zijn of haar achttiende. Indien er onvoldoende zorg wordt geboden of kan worden geboden omdat een jongere dit niet wil accepteren, bestaat de kans dat een jongere gaat zwerven.

**Box 3. Aline\***

Aline is een echte straatmeid als ze binnenkomt bij de JeugdzorgPlus instelling. Zeventien jaar is ze, en ze wil niks meer met de hulpverlening te maken hebben. Ze heeft een lange hulpverleningsgeschiedenis achter zich. Aline heeft moeite zich aan mensen te binden, ze vertrouwt mensen niet snel. Met haar adoptieouders heeft ze geen goed contact, als ze elkaar zien hebben ze schreeuwende ruzie. Vaak gaan de ruzies over het blowen van Aline of haar spijbelgedrag. Aline heeft een totaal IQ van 84 met harmonisch profiel, daarnaast heeft ze een reactieve hechtingsstoornis van het ontremde type.

Bij aanvang in de JeugdzorgPlus instelling is Aline opstandig, ze werkt niet mee en wil niks. Doordat ze zoveel weerstand heeft tegen begeleiding heeft JeugdzorgPlus de strategie om haar steeds meer vrijheden te geven in plaats van haar te beperken. Dat wordt langzaam opgebouwd. Zo krijgt ze bijvoorbeeld het telefoonnummer van een dierenopvang in de buurt zodat ze zelf vrijwilligerswerk daar kan regelen. Daar gaat ze twee dagen per week helpen met de verzorging van de dieren. Sindsdien gaat het beter. Aline komt haar afspraken na en ze krijgt nog wat meer vrijheden.

Aline wil dolgraag een eigen huisje, waar ze opnieuw kan beginnen zonder bemoeienis van hulpverleners. Volgens JeugdzorgPlus is dit een te grote stap voor haar. Samen met Aline wordt besproken dat ze eerst naar een tussenvoorziening zal gaan, waar ze haar nog meer kunnen begeleiden in het zelfstandig wonen. In eerste instantie bespreken ze de opties van een vervolgvoorziening in Drenthe, de regio waar haar adoptieouders wonen, maar daar wil ze niet naar terug. Zelf wil ze het liefst naar Friesland, daar wonen veel van haar vrienden en heeft ze het gevoel dat ze opnieuw kan beginnen. Uitstromen naar een voorziening buiten de regio kan niet zomaar vanwege het woonplaatsbeginsel. De gemeente waar haar adoptieouders wonen, die gezaghebbend zijn, is verantwoordelijk voor het bepalen en financieren van jeugdhulp. De gemeente heeft geen contract met de LVB voorziening waar JeugdzorgPlus Aline naar wil laten uitstromen. Het duurt lang voordat de financiering, via een constructie van onderaannemerschap door de LVB-zorg in de regio, rond is. Ondertussen verloopt Aline's machtiging. De rechter besluit nog een keer te verlengen, maar doet niet graag omdat de instellingen hun zaakjes niet op orde hebben. Deze verlenging, en het trage proces van uitstroom trekken hun wissel op Aline's motivatie. Ze laat haar vrijwilligerswerk versloffen en, zo zegt haar trajectbegeleider, *'de groep heeft in de periode veel werk aan haar gehad'*.

Uiteindelijk stroomt ze door naar een LVB-voorziening in Friesland. Waar ze kan doorstromen naar een eigen woning met ambulante begeleiding.

\*Dit verhaal is gebaseerd op het gesprek met de trajectcoach van Aline

Aline is een voorbeeld van een meisje dat zelf het liefst zelfstandig wil wonen, maar waarvoor eerst een tussenstap wordt ingezet voordat ze daar klaar voor is. Voor haar is de overgang van een gesloten instelling met een duidelijke structuur en begeleiding naar de vrijheid van zelfstandig wonen te groot. Haar verhaal toont ook één van de uitdagingen bij uitstroom uit de JeugdzorgPlus nu de gemeente verantwoordelijk is voor het bepalen en financieren van jeugdhulp. In paragraaf 5.4 gaan we hier nader op in.

De professionals gaven aan dat de kans van slagen van een uitstroomtraject het grootst is als ze het traject 'in eigen beheer' uitvoeren. Dus ofwel de jongere gaat naar huis met begeleiding (al dan niet vanuit de JeugdzorgPlus), of door naar het fasehuis van de JeugdzorgPlus instelling. Eén van de professionals zei daarover: *'Via het fasehuis, heb ik toevallig recent uitgerekend, is 86% geslaagd. Dat hebben we bepaald door na te gaan of als het traject eindigt de jongere op de plek zit die wij voor ogen hadden'*.

#### 5.4 Uitstroomperspectief 3: Naar vervolgvoorziening

De meeste jongeren stromen na JeugdzorgPlus uit naar een vervolgvoorziening. Soms als tussenstap terug naar huis of naar zelfstandigheid, maar vaker als langdurige woon- of behandelplek. Van de zwakbegaafde jongeren

die een vervolgvoorziening als uitstroomperspectief hadden, stroomde driekwart, voor zover bekend, uit naar een residentiële voorziening (tabel 10). In de meeste gevallen betreft dit een behandelgroep, maar daarvan is onduidelijk of dit specifieke LVB-zorg betreft. Het kan ook een niet-LVB specifieke groep zijn binnen een open jeugdzorginstelling. Jongeren met LVB (IQ 50 – 70) stromen significant vaker uit naar een LVB voorziening dan zwakbegaafde jongeren en jongeren zonder LVB. Jongeren zonder LVB stromen vaker uit naar ‘jeugdhulp groep’. Jongeren met een subklinische CBCL score lijken vaker naar een behandelgroep uit te stromen, maar de aantallen in deze groep zijn te klein om op verschillen te toetsen. Zes procent van de jongeren met een klinische CBCL score stroomt uit naar een LVB voorziening en zes procent naar een GGZ voorziening.

Tabel 10. Leefsituatie en hulpvorm na uitstroom bij perspectief ‘vervolgvoorziening’ voor jongeren na hun eerste traject in JeugdzorgPlus (in %)

	LVB (n=238)			Psychiatrische problemen (n=172)		
	Geen LVB (n=94)	Zwak- begaafd (n=102)	LVB (n=42)	Geen (n=47)	Sub- klinisch (n=15)	Klinisch (n=110)
	<b>% meest voorkomende leefsituatie na JZ+ bij perspectief naar vervolgvoorziening</b>					
Residentieel	67	73	83	83	67	78
Onbekend / Anders	33	27	17	17	33	22
	<b>% meest voorkomende hulpvormen bij perspectief naar vervolgvoorziening* (meerdere antwoorden mogelijk)</b>					
Jeugdhulp groep**	18	6	10	9	20	10
Fasehuis	11	6	0	13	7	7
Behandelgroep	26	32	24	34	33	34
LVB voorziening**	3	9	24	6	7	6
GGZ voorziening	7	0	5	6	0	6
Onbekend	28	36	29	28	13	29

\* Bij hulpvormen na JeugdzorgPlus zijn meerdere antwoorden mogelijk en tellen de percentages niet op tot 100%

\*\* p < 0.05

In de interviews met professionals kwam vaker de uitstroom naar een vervolgvoorziening ter sprake dan uitstroom terug naar huis of zelfstandigheid. Twintig jongeren hadden het uitstroomperspectief ‘naar vervolgvoorziening’. Als een jongere naar huis of een fasehuis binnen de JeugdzorgPlus instelling uitstroomt hebben JeugdzorgPlus instellingen meer de regie, en zijn ze minder afhankelijk van andere partijen. Bij uitstroom naar een vervolgvoorziening lopen ze vaak tegen belemmeringen aan. Bijna alle jongeren die we met professionals bespraken konden niet uitstromen naar de vervolgvoorziening van eerste keuze. Meeste genoemde belemmeringen bij uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen zijn: complexiteit van de problematiek van een jongere, ‘etiketten’ in de zorg, wachtlijsten en de rol van gemeente bij het zoeken van vervolgzorg. Het moeilijk kunnen plaatsen van jongeren is een combinatie van deze factoren. Hieronder lichten we de factoren kort toe.

#### *Complexiteit van de problematiek van een jongere*

Zodra duidelijk is dat het uitstroomperspectief een vervolgvoorziening is, of een vervolgvoorziening is wenselijk als tussenstap bij het perspectief ‘naar huis’ of ‘zelfstandig’, beginnen de meeste trajectcoaches al met het voorbereiden van de uitstroom. Dit is enkele weken na aanvang van het verblijf in de JeugdzorgPlus.

Belangrijke reden daarvoor is dat de jongeren uit JeugdzorgPlus instellingen vaak afgewezen worden vanwege hun complexe problematiek. Trajectcoaches sturen het dossier van een jongere mee, en op basis daarvan wordt vaak al bepaald dat een jongere niet geschikt is voor de ontvangende voorziening. Te veel agressie, te zware psychiatrische problematiek, eerdere negatieve ervaringen met jongeren uit de JeugdzorgPlus, het zijn allemaal redenen om een jongere af te wijzen. De professionals gaven aan dat het bijna nooit lukt om een jongere te plaatsen bij de voorziening van eerste keuze. Het lange wachten en de vele afwijzingen trekt zijn wissel op de motivatie en het gevoel van eigenwaarde van een jongere. Het verhaal van Kenneth illustreert hoe moeilijk het soms kan zijn een jongere te laten uitstromen naar een geschikte en passende vervolgvoorziening.

#### **Box 4. Kenneth\***

Dertien jaar is hij, bij aanvang van het verblijf in zijn laatste JeugdzorgPlus instelling. Het is niet de eerste keer dat hij in een gesloten instelling wordt opgenomen, hij heeft al een lange geschiedenis met hulp achter de rug. Op 9-jarige leeftijd wordt Kenneth voor het eerst opgenomen in een instelling. Hij is thuis onhandelbaar, snel boos en agressief, en zijn ouders weten zich geen raad met hem. Ook op school gaat het niet goed, hij zit op regulier basisonderwijs, maar het is inmiddels wel duidelijk dat hij naar speciaal basisonderwijs moet voor de nodige begeleiding. Het is een moeilijke tijd voor hem. Zijn ouders zijn recent gescheiden, ze hebben nog steeds regelmatig ruzie met elkaar. Zijn oma, met wie hij een sterke band heeft, ligt op sterven.

In eerste instantie wordt Kenneth in een GGZ-voorziening geplaatst, vanwege zijn autisme. Maar daar kunnen ze zijn externaliserende gedragsproblemen niet aan. In dat eerste jaar verhuist hij vier keer naar een andere GGZ-instelling. Uiteindelijk is moeder het zat en haalt hem op uit de instelling zodat hij weer thuis kan wonen. Helaas gaat dat niet lang goed. Vanwege de agressie richting zijn moeder, wordt Kenneth uithuisgeplaatst in een gesloten JeugdzorgPlus instelling. Dit is het begin van een vijfjarig traject binnen de JeugdzorgPlus. Inmiddels heeft Kenneth verschillende diagnoses: ODD, ADD, PDD-NOS, MCDD. Zijn autisme staat het meest op de voorgrond, hierdoor functioneert hij moeilijk in een groep. De eerste twee jaar in de JeugdzorgPlus verblijft hij op verschillende groepen. Steeds opnieuw moet Kenneth een band opbouwen met zijn begeleiders en groepsleden, met wisselend succes. Sommige groepen moet hij verlaten vanwege zijn onhandelbare gedrag, andere groepen gaan sluiten vanwege reorganisaties waardoor hij wordt overgeplaatst. In de voor hem één na laatste JeugdzorgPlus instelling verblijft hij vaker in de isoleercel dan daarbuiten. Uiteindelijk komt hij terecht bij een JeugdzorgPlus instelling, speciaal voor jongeren met LVB. Maar Kenneth heeft geen LVB, zijn IQ is gemeten op een verbaal IQ van 85 en performaal IQ van 115. Door deze grote discrepantie tussen zijn verbale en performale IQ past de structuur en begeleiding binnen deze JeugdzorgPlus instelling toch goed bij hem.

Hij verblijft in totaal drie jaar bij deze JeugdzorgPlus instelling. De begeleiding begint één op één. Hij functioneert zo gezegd 'naast de groep' en niet 'in de groep'. Hij heeft letterlijk een kamer buiten de groep en eet in het begin apart van de groep. Soms escaleert zijn gedrag zo erg dat een medewerker gewond raakt. Maar Kenneth boekt langzaam maar zeker wel wat vooruitgang, onder andere door de psychomotorische therapie en het contact met de groepsleider met wie hij een band heeft opgebouwd. Hij blijft echter een forse hulpvraag houden, dus de JeugdzorgPlus instelling stelt een beschermde woonvorm voor als uitstroomperspectief. Kenneth wil het liefst naar huis, bij zijn vader wonen. Bij een rechtszaak over verlenging van de gesloten machtiging gaat de rechter hier in mee: Kenneth mag naar huis en de JeugdzorgPlus instelling moet hem de komende drie maanden in dat proces begeleiden. Kenneth is zo blij met dit nieuws, in zijn hoofd woont hij al thuis. Binnen de instelling wordt zijn gedrag weer moeilijker te handhaven, en thuis gaat het tijdens een verlofweekend helemaal mis. Kenneth gaat door het lint, hij trapt

een schutting kapot en de politie moet er bij komen. Kenneth en zijn vader hebben daarna meer dan een half jaar geen contact.

Ondertussen zoekt de trajectcoach van de JeugdzorgPlus instelling naar een geschikte plek voor Kenneth om naar door te stromen. Zeker dertig aanmeldingen doet zij samen met de gezinsvoogd, maar hij wordt op al die plekken afgewezen. Zijn problematiek is te complex. Hij heeft geen LVB, dus komt niet in aanmerking voor een LVB-plek. De wachtlijst is te lang. Hij staat al maanden op de wachtlijst voor een behandelgroep voor jongeren met autisme, maar zegt zijn trajectcoach *'Het is nooit duidelijk geworden of hij echt op de wachtlijst stond. Ze vonden eigenlijk zijn agressie te heftig'*.

Uiteindelijk kan hij terecht op een besloten behandelgroep voor jongeren met LVB, een voorziening in de Achterhoekse bossen. Zijn begeleider vanuit de JeugdzorgPlus gaat mee een keertje kijken, voordat Kenneth definitief verhuist. Dat vindt Kenneth fijn. De start in de nieuwe voorziening verliep moeizaam. Maar inmiddels begint Kenneth te wennen. Hij gaat elke dag een uurtje naar school, dat wordt steeds meer opgebouwd tot hij de hele dag gaat. Het liefst wil hij een praktisch beroep gaan uitoefenen: *'Je hoeft van mij niet te verwachten dat ik zo'n professor wordt die alleen maar naar getalletjes zit te kijken'*. Voorlopig zit hij op de goede plek. Maar Kenneth is nu 17 jaar. Waar moet hij straks naar toe als hij 18 jaar is? Vader weet het niet en maakt zich zorgen.

\*Dit verhaal is gebaseerd op het gesprek met de professional, vader en de jongere zelf

Een rechter is niet geneigd een gesloten machtiging te verlengen, als de jongere zelf voldoende ontwikkeling heeft doorgemaakt binnen JeugdzorgPlus maar er nog geen vervolgplek beschikbaar is (zoals in het geval van Aline wel gebeurde, paragraaf 5.3). Voor JeugdzorgPlus instellingen en de betrokken voogd en gemeente is het dus zaak te proberen een naadloze aansluiting te bewerkstelligen tussen de gesloten jeugdzorginstelling en de vervolgvoorziening. Motivatie van een jongere speelt hierin een grote rol. Soms komt een jongere in aanmerking voor plek, maar soms laat hij of zij tijdens het intakegesprek een gebrek aan motivatie zien, waardoor de aanmelding alsnog wordt afgewezen. Als een jongere tussen de gesloten jeugdzorg en de vervolgvoorziening eerst een tijdje naar huis moet omdat er nog geen plek beschikbaar is, daalt de motivatie van de jongere voor de vervolgplek hoogstwaarschijnlijk nog veel meer. Eenmaal gewend aan alle vrijheid van thuis is de overstap naar een behandelgroep heel groot, zowel praktisch als mentaal.

Binnen de groep jongeren met psychiatrische problemen, is een aantal subgroepen jongeren nog moeilijker te plaatsen vanwege hun complexe problematiek, namelijk: jongens met ernstige seksuele problematiek, jongeren met extreme externaliserende gedragsproblemen (zie ook het verhaal van Kenneth, box 4), jongeren met triple problematiek: LVB, psychiatrische problemen en ernstige gedragsproblemen. Daarnaast geldt hoe ouder een jongere is hoe moeilijker het wordt om hem of haar in een vervolgvoorziening te plaatsen. Dit hangt meestal samen met een gebrek aan motivatie vanuit de jongere en een lange hulpverleningsgeschiedenis van eerdere plaatsingen. Als het heel moeilijk is een jongere met LVB in combinatie met ernstige gedragsproblemen of psychiatrische problemen te laten uitstromen wordt soms het CCE ingeschakeld, het Centrum voor Consultatie en Expertise. Zij kunnen een jongere observeren en bemiddelen in de uitstroom naar een vervolgvoorziening.

### *Etiketten in de zorg*

De 'etiketten' in de zorg maken dat een jongere soms moeilijk te plaatsen is. Met name het onderscheid tussen gedragsproblematiek en psychiatrische problemen zorgt voor obstakels. Ernstige psychiatrische problemen, bijvoorbeeld psychoses of suïcidale gedachten, kunnen voor jeugdzorginstellingen reden zijn om een jongere niet aan te nemen. Tegelijkertijd, zo gaven de geïnterviewde professionals aan, nemen GGZ voorzieningen jongeren uit de JeugdzorgPlus niet aan vanwege externaliserende gedragsproblemen die op de voorgrond spelen. Een jongere kan echter wel psychiatrische problemen hebben waar specialistische zorg voor nodig is, die open of gesloten jeugdzorginstellingen niet kunnen bieden. Soms krijgt een jongere met LVB geen indicatie voor LVB zorg, omdat zijn of haar IQ te hoog is, terwijl het bij LVB juist ook om aanpassingsproblemen gaat. Een jongere zou dan sterk kunnen profiteren van de randvoorwaarden die LVB zorg biedt. Sommige professionals hadden het gevoel dat deze argumenten werden gebruikt om 'die lastige jongeren uit gesloten jeugdzorg' buiten de deur te houden.

### *Wachlijsten en tekort aan woonplekken*

Wanneer een jongere eenmaal geaccepteerd wordt voor plaatsing door een ontvangende voorziening wordt de jongere in de meeste gevallen eerst op een wachtlijst geplaatst. De wachtlijsten voor specifieke LVB of GGZ voorzieningen verschillen sterk per regio. In de besproken cases met de geïnterviewde professionals was de wachtlijst voor plaatsing op een behandelgroep of begeleid wonen meestal één tot zes maanden. De wachtlijsten voor de zogeheten driemilieuvoorzieningen en Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) zijn echter veel langer, soms zelfs meerdere jaren. Bij driemilieuvoorzieningen is sprake van een integrale afstemming van verblijf, school of werk en vrijetijdsbesteding, waarbij de jongeren vanwege hun problematiek een samenhangende behandeling krijgen in de drie behandelmilieus (VNG, 2014). De doorstroom in deze voorzieningen is laag, omdat het gaat om langdurige behandeling (driemilieuvoorziening) en wonen voor lange, soms onbepaalde, tijd (beschermd wonen). Volgens de professionals neemt het aantal beschikbare plekken af vanwege gemeentelijke bezuinigingen, terwijl de groep jongeren voor wie een dergelijke plek het meest passend is niet afneemt. Wanneer de wachtlijst te lang is en de gesloten machtiging van een jongere verloopt gaat een jongere soms terug naar huis. Dit kan goed gaan, maar regelmatig escaleert de situatie en wordt een jongere opnieuw opgenomen in de JeugdzorgPlus.

#### **Box 5. Julian\***

De bijna 20-jarige Julian verblijft inmiddels drie jaar bij de gesloten JeugdzorgPlus instelling. Hij is zeer agressief, heeft ernstige hechtingsproblematiek en kan zich heel moeilijk aanpassen binnen de instelling. Als iets anders gaat dan hij in gedachten had kan hij zijn hele kamer vernielen. Hij loopt regelmatig weg. Als hij wegloopt gaat hij blowen of zoekt hij vrienden in het criminele circuit op. Maar de tijd voor Julian in de JeugdzorgPlus zit er op. Hij is bijna 20 en zit al bijna twee jaar vrijwillig in de JeugdzorgPlus instelling. Op school reikt het aanbod maar tot 18 jaar dus hij heeft in principe geen dagbesteding. Naar huis kan niet. Julian heeft geen ouders meer en bij zijn opa kan hij niet wonen. Binnen de instelling zoeken ze naar een vorm van dagbesteding. Hij mag aan de slag bij de beheerder van het pand, kleine opknap- en schoonmaakklussen. Dat vind Julian leuk om te doen en het heeft een positieve invloed op zijn agressie. Er zijn duidelijk minder incidenten dan eerst.

De trajectcoach breekt haar hoofd over de uitstroom van Julian. Zelf wil hij het liefst zelfstandig wonen, maar dat is niet realistisch. *'Julian zal zijn leven lang in een gecontroleerde omgeving moeten blijven. Een SV LVG voorziening'*. Nadeel van een dergelijke voorziening is dat ze een wachtlijst hebben van 5 jaar. Verblijf met behandeling heeft een kortere wachtlijst, maar alle kandidaat instelling in Nederland willen Julian niet behandelen. Hij is uitbehandeld.



In de regio is geen driemilieuvoorziening met cluster-4 onderwijs op het terrein, dus Julian moet buiten de regio geplaatst worden. Zijn trajectcoach zegt over hem: *'Julian heeft nog het 'geluk' dat hij een duidelijke LVB'er is. Hij krijgt een CIZ indicatie voor langdurig verblijf. Voor mensen die intelligenter zijn maar hetzelfde nodig hebben omdat ze enorm kwetsbaar zijn is dat veel moeilijker'*.

\*Dit verhaal is gebaseerd op het gesprek met de trajectcoach van Julian

#### *Rol van de gemeente*

Sinds in 2015 de Jeugdwet van kracht is, is de gemeente verantwoordelijk voor de toewijzing en financiering van jeugdhulp. In de praktijk gaat dit, in ieder geval bij uitstroom van jongeren uit de JeugdzorgPlus, nog niet vlekkeloos. Eén probleem waar de JeugdzorgPlus instellingen in dit kader tegen aan lopen is of de verantwoordelijke gemeente wel of geen contract heeft met de ontvangende vervolgvoorziening. Zoals hierboven beschreven worden jongeren uit de JeugdzorgPlus niet bij iedere vervolgvoorziening aangenomen. Ook verschilt het aanbod en de wachtlijsten van vervolgvoorzieningen per regio, en is het soms noodzakelijk uit te wijken naar een instelling buiten de regio. De verantwoordelijke gemeente (waar het woonplaatsbeginsel geldt) heeft vaak geen contract met deze buitenregionale instellingen, waardoor een plaatsing onnodig lang kan duren (zie ook het voorbeeld van Aline, Box 3). Vaak wordt wel gezocht naar een oplossing, zoals de constructie van onderaannemerschap vanuit de LVB-zorg waar de verantwoordelijke gemeente wel een contract mee heeft, met wisselend succes. In de meeste gevallen gaat de gemeente mee in het uitstroomadvies dat JeugdzorgPlus, samen met ouders en voogd, heeft vastgesteld. Maar, zo gaven de professionals aan, soms is de gemeente het niet eens met het advies en sturen ze aan op een andere uitstroom (zie box 6. Giovanni).

#### **Box 6. Giovanni**

Op 6-jarige leeftijd wordt bij Giovanni PDD-NOS gediagnosticeerd en hij heeft een disharmonisch intelligentieprofiel. Zijn verbale IQ (90) ligt veel lager dan zijn performale IQ (126), met een totaal IQ van 106. Hij heeft altijd op speciaal onderwijs gezeten, maar op het moment dat wij hem spreken volgt hij geen opleiding. Giovanni verblijft gedurende zijn jeugd in meerdere open jeugdzorginstellingen afgewisseld met periodes thuis. Op een gegeven moment escaleert de situatie op een open jeugdzorggroep zodanig (bedreigingen, agressie) dat de gemeente besluit een gesloten machtiging voor Giovanni aan te vragen. Jeugdreclassering is vanaf dat moment betrokken. Hij is 17 jaar bij aanvang van zijn verblijf in de JeugdzorgPlus instelling. De begeleiding kan heel moeilijk tot hem doordringen. Hij heeft ernstige externaliserende gedragsproblemen, hij vloekt en scheldt, veel (verbale) agressie. Zijn trajectbegeleider zegt over hem: *'het is echt heel moeilijk om met hem te werken'* en zijn moeder omschrijft hem als *'sociaal en integer'*. Giovanni vindt het vreselijk om gesloten te zitten, maar kan de structuur en de voorspelbaarheid van de dagen binnen de instelling wel waarderen. Ook moeder ziet hem opbloeien. Als hij op verlof thuis is, is hij rustiger en ziet hij er verzorgd uit. Het is voor haar een verademing dat hulpverlening eindelijk lijkt te werken, want zegt ze *'Ik heb 15 jaar falende hulpverlening achter de rug'*.

Na acht maanden verblijf in de JeugdzorgPlus instelling stroomt de 18-jarige Giovanni uit naar huis. Dat was in eerste instantie niet de bedoeling. Uitstroomperspectief voor Giovanni is oorspronkelijk naar begeleid wonen in een groep. Hij wordt keer op keer afgewezen. De ontvangende instellingen vinden hem een te zwaar geval of zijn IQ is te hoog voor specifieke LVB-voorzieningen. Via een contact dat de trajectbegeleider heeft kan hij worden aangemeld bij een kamertrainingshuis met ambulante begeleiding. Niet de eerste keuze, want de begeleiding is lichter dan de trajectbegeleider wenselijk vindt. Maar hij ziet dit als de laatste mogelijkheid.

De gemeente vindt dat Giovanni dit niet aan kan, op een kamertrainingsplek met alleen ambulante begeleiding. Hij moet volgens hen uitstromen naar een groep met begeleiding. De gemeente heeft steken laten vallen volgens moeder, Giovanni en de trajectbegeleider. De trajectbegeleider zegt daarover: *‘Moeder wordt door de gemeente begeleid, dus ze kennen haar en Giovanni goed. Toch hebben ze te weinig gekeken naar wat Giovanni nodig heeft. Ze hebben te weinig meegezocht naar een alternatief’*. Moeder en Giovanni zeggen hierover: *‘Ga overal zelf maar achteraan, want de gemeente zal het niet voor je doen’*. Ondertussen ziet moeder dat haar zoon keer op keer wordt afgewezen bij de verschillende instellingen. Zij besluit hem terug in huis te nemen. Dit zal waarschijnlijk maar even goed gaan, de kans is groot dat moeder hem alsnog het huis uit zet. Giovanni is aangemeld voor een begeleid wonen plek specifiek voor jongeren met autisme. Over een paar weken kan hij daar terecht. Eerder is hij afgewezen bij deze woonvoorziening en het is onduidelijk waarom hij nu wel naar een plek zou kunnen doorstromen. Thuis gaat het redelijk op het moment dat wij moeder en Giovanni spreken (2 tot 4 weken na uitstroom). Giovanni heeft werk gezocht en kan over een paar dagen aan de slag bij Burger King. Zelf zou hij het liefst in de zorg willen werken, maar hij heeft tot op heden nog geen diploma gehaald.

*\*Dit verhaal is gebaseerd op de gesprekken met moeder, Giovanni en de trajectbegeleider van Giovanni*

Dat er dingen mislopen tussen de gemeente en JeugdzorgPlus in de uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen wordt geïllustreerd in het verhaal van Giovanni. De gemeente lijkt nog niet altijd voldoende kennis en kunde in huis te hebben voor de complexe problematiek van jongeren in de JeugdzorgPlus. Het verhaal van Anna (Box 1) laat zien dat de samenwerking met gemeente niet per definitie langzaam of onsuccesvol hoeft te verlopen. Zowel moeder als dochter waren zeer tevreden over de rol van de gemeente bij uitstroom uit de JeugdzorgPlus instelling.

### **5.5 Behoeften van ouders bij uitstroom van hun zoon of dochter uit een JeugdzorgPlus instelling**

Over het algemeen waren de ouders die we spraken tevreden over de begeleiding die hun kind kreeg tijdens verblijf in de JeugdzorgPlus en de manier waarop zij werden betrokken bij de behandeling. De meeste van hen werden al in een vroeg stadium betrokken en hadden inspraak toen de uitstroom van hun kind aan de orde kwam. De ouders verschilden onderling in de eigen invulling die zij aan die betrokkenheid gaven. Sommige ouders kwamen naar de overleggen in de JeugdzorgPlus instellingen, en gaven aan dat zij vertrouwen hadden in het advies van de JeugdzorgPlus instelling. Andere ouders gingen een stapje verder en namen bijvoorbeeld eerst een kijkje bij een mogelijke vervolgvoorziening. We spraken ook met drie pleegouders, in hun geval was het vaak de voogd die een beslissende rol had in de vaststelling van vervolgzorg.

#### *Behoeften bij uitstroom naar huis*

Wanneer hun kind naar huis uitstroomde was het belangrijkste knelpunt dat ouders benoemden de aansluiting met onderwijs. Hun zoon of dochter is voor langere tijd niet naar school geweest en de school waar zij oorspronkelijk naar toe gingen kan en wil een jongere soms niet opnieuw inschrijven. Ouders wilden het liefst dat hun zoon of dochter een diploma gaat halen en later werk kunnen vinden. Zij gaven aan dat de JeugdzorgPlus instelling goed mee denkt in de mogelijke opties voor school of andere vorm van dagbesteding, maar dat het uiteindelijk neer komt op de motivatie van de jongere. Voor een meisje was bijvoorbeeld een stage en een werkplek geregeld, maar bij beiden kwam zij niet opdagen op haar eerste dag. Ze heeft later op eigen initiatief haar excuses aangeboden bij het werk en toen kon zij alsnog aan de slag. *‘De motivatie komt nu echt vanuit haar zelf, ze heeft het zelf geregeld’*, aldus haar vader.

Ander belangrijk aspect vonden ouders de aansluiting met de zorg na uitstroom. Eén moeder moest zes maanden wachten voordat haar dochter kon instromen in de therapie die zij nodig had. Het ging op het moment van interviewen goed met het meisje thuis, maar de overbruggingsperiode is eigenlijk te lang waarmee de kans op escalatie in de thuissituatie wordt vergroot.

### *Behoeften bij uitstroom naar een vervolgvoorziening*

Op de vraag of ze een beschrijving konden geven van hun zoon of dochter gaven zij vaak een antwoord met de strekking *'Ze is het zonnetje in huis'* of *'Het is een integere, sociale jongen'*. De externaliserende of internaliserende gedragsproblematiek was voor hen niet definiërend voor hoe ze naar hun kind keken. Zij kregen niet altijd te horen dat en waarom hun kind was afgewezen bij een vervolginstelling. Drie jongeren van ouders die we spraken waren bij veel vervolgvoorzieningen afgewezen. De vader die we spraken van de één jongen had daar begrip voor *'Zijn problematiek is ook heel complex, dat snap ik wel'*, maar de moeder van een andere jongen (Box 6, Giovanni) was minder begripvol *'Waarom geven ze hem niet gewoon een kans? Ze kennen hem helemaal niet'*. De meeste ouders vonden de periode tussen de aankondiging van uitstroom en de daadwerkelijke verhuizing naar de vervolgvoorziening te kort (ongeveer één à twee weken). Ze hadden er begrip voor dat een plek in een vervolgvoorziening niet te lang kan worden gereserveerd voor hun zoon of dochter, maar moesten soms halsoverkop zaken regelen om hun kind veilig naar de vervolgvoorziening te brengen.

## 6 Conclusie en aanbevelingen

Deze verdiepende studie naar aanleiding van de Monitor JeugdzorgPlus geeft inzicht in de uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen uit JeugdzorgPlus instellingen. Wie zijn die jongeren met LVB en psychiatrische problemen? Sluit de zorg die zij na de JeugdzorgPlus krijgen aan op hun behoeften en de behoeften van hun ouders? Geeft de Monitor voldoende inzicht in de uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen? Deze onderzoeksvragen stonden centraal in dit onderzoeksproject. In het databestand van de Monitor JeugdzorgPlus is nagegaan welke kenmerken jongeren met LVB of psychiatrische problemen hebben en naar welke zorg zij uitstromen, en of deze kenmerken en uitstroomgegevens verschillen van overige jongeren. Om nader inzicht te krijgen in de kenmerken en uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen hebben we samengewerkt met vier JeugdzorgPlus instellingen (JeugdzorgPlus instellingen A, B, C en D). We hebben de uitstroom van bijna dertig jongeren in detail besproken met professionals uit de JeugdzorgPlus. Daarnaast hebben we elf ouder(koppels) en vijf jongeren geïnterviewd. Ter verificatie en interpretatie van de opbrengsten van de interviews en analyse van de kwantitatieve data hebben we een bijeenkomst gehad met de betrokken instellingen.

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten die zijn gebaseerd op de gegevens van de Monitor JeugdzorgPlus moet rekening worden gehouden met enkele beperkingen van de belangrijkste variabelen: IQ en CBCL. Beide variabelen kennen veel missende waarden. Onduidelijk is welke mate van selectie hierdoor optreedt. Ook meten beide variabelen een beperkt deel van de constructen LVB en Psychiatrische problemen. In aanbevelingen 7 en 8 doen we suggesties voor verbetering.

### **Onderzoeksvraag 1: Kenmerken, problemen en zorgvraag van jongeren met LVB of psychiatrische problemen**

Jongeren worden niet zomaar in een JeugdzorgPlus instelling geplaatst. JeugdzorgPlus is voor jongeren met ernstige gedragsproblemen, die dreigen te ontsporen en niet bereikbaar zijn voor vrijwillige hulpverlening. In de JeugdzorgPlus zitten verhoudingsgewijs dus veel meer jongeren met ernstige problematiek, waaronder LVB of psychiatrische problemen dan in de algemene bevolking. We vonden in de Monitordata weinig verschillen tussen jongeren met LVB of psychiatrische problemen en overige jongeren in de JeugdzorgPlus. Ook vonden we weinig verschillen in kenmerken binnen de groep jongeren met psychiatrische problemen (subklinische of klinische score op de CBCL) en jongeren met LVB (zwakbegaafd (IQ 70-85) en LVB (IQ 50-70)). De verschillen die we wel vonden waren een bevestiging van de kenmerken die specifiek passen bij een LVB of psychiatrische problemen. Psychiatrische stoornissen komen veel voor onder jongeren in de JeugdzorgPlus (Vermaes, 2011). Het is dus niet verwonderlijk dat de instellingen onderling weinig verschillen in aantal jongeren met psychiatrische problemen. Verschillen tussen instellingen in aantal jongeren met LVB of psychiatrische problemen kunnen vooral worden verklaard door instellingskenmerken. Een JeugdzorgPlus instellingen voor jongeren met LVB heeft meer jongeren met LVB dan andere JeugdzorgPlus instellingen, en een JeugdzorgPlus instelling met groepen voor jongeren in ernstige psychiatrische crisis heeft meer jongeren met psychiatrische problemen. De verdiepende casestudies van negentwintig jongeren en de interviews met ouders en jongeren laten zien dat de groep jongeren met LVB of psychiatrische problemen geen homogene groep is. Iedere jongere heeft een uniek pakket aan sterke en zwakke kenmerken, sociaal netwerk, en aard en ernst van problemen. Bij uitstroom heeft iedere jongere daarom andere begeleiding en behandeling nodig. De combinatie en aard van de problematiek lijken het meest invloed te hebben op het verloop van de uitstroom, niet zozeer de (demografische) kenmerken van een jongere, of het kale etiket LVB of GGZ problematiek.

Een groep die er op basis van de kwantitatieve analyse van de Monitor en de kwalitatieve interviews met professionals en ouders uitspringt in het kader van de uitstroom uit de JeugdzorgPlus zijn de jongeren met een

IQ tussen 70 en 85. Deze zwakbegaafde jongeren beëindigen vaker eenzijdig het traject in de JeugdzorgPlus, wat zou kunnen wijzen op dat zij minder open staan voor hulpverlening. Bij de uitstroom is het lastig hen te plaatsen omdat zij niet altijd in aanmerking voor LVB-zorg omdat hun IQ te hoog is, maar tegelijkertijd een te laag IQ hebben en onvoldoende sociaal aanpassingsvermogen om het te redden in een meer open reguliere jeugdzorgvoorziening. Zwakbegaafde jongeren worden gemakkelijk overvraagd in de hulpverlening. Zij zijn vaak verbaal sterk, maar hebben moeite met informatieverwerking.

**Aanbeveling 1.** Speciale aandacht vanuit gemeenten en JeugdzorgPlus instellingen voor de groep jongeren met een IQ tussen de 75 en 80 en bijkomende problemen, zij kunnen gemakkelijk tussen wal en schip vallen door overschatting van hun vaardigheden

Een laatste typerend kenmerk van jongeren in de JeugdzorgPlus, en dan met name jongeren van 17 of 18 jaar die op weg zijn naar zelfstandigheid, is het gebrek aan motivatie voor vervolgzorg. Door de afwijzingen van vervolgvoorzieningen en het soms weer verplicht thuis moeten wonen na uitstroom, met bijbehorende vrijheid, daalt deze motivatie nog verder (zie ook aanbeveling 3). Medewerkers van JeugdzorgPlus instellingen moeten voortdurend getraind worden om jongeren te (blijven) motiveren voor behandeling en begeleiding (Harder, Knorth, & Kalverboer, 2012).

**Aanbeveling 2.** Voortdurend blijven trainen van JeugdzorgPlus medewerkers in het motiveren van jongeren voor behandeling en begeleiding na uitstroom van de JeugdzorgPlus

### **Onderzoeksvraag 2: Vormen van begeleiding en behandeling na uitstroom uit de Jeugdzorg en aansluiting daarvan op de behoeften van jongeren met LVB of psychiatrische problemen en hun ouders**

De meeste jongeren stromen na de JeugdzorgPlus uit naar een vervolgvoorziening, meestal een behandelgroep of een fasehuis. Dit kunnen specifieke groepen of huizen zijn voor jongeren met LVB of psychiatrische problemen, dat is op basis van de Monitordata moeilijk vast te stellen. Jongeren die naar huis uitstromen krijgen intensieve thuisbegeleiding, meestal in een vorm waarbij het hele systeem betrokken wordt (MST, MDFT, ABFT). Eerder onderzoek laat zien dat deze vormen van doorgaande zorg noodzakelijk zijn na uitstroom uit de JeugdzorgPlus, enkel nazorg bieden is onvoldoende voor de meeste jongeren en hun systeem (Lange, Dam, Dresen, Geurts, & Knorth, 2011).

Steeds meer gemeenten sturen aan op een korte opname in een JeugdzorgPlus instelling (6 weken) en daarna terug naar huis met systeembegeleiding die al gestart is na aanvang van verblijf in de JeugdzorgPlus. Of het voorkomen van plaatsing in een JeugdzorgPlus instelling, door met een voorwaardelijke machtiging intensieve systeembegeleiding in te zetten. De contacten in het netwerk (met vrienden, school, bijbaantje en vrijetijdsbesteding) blijven dan behouden waardoor de overgang terug naar huis minder groot is. In de meeste regio's kan het aanbod (bijvoorbeeld ook geschikt voor ouders met LVB) en de beschikbaarheid van deskundige systeembegeleiders nog verbeterd worden. Bij een dergelijk aanbod (korte of geen opname met intensieve systeembegeleiding) dienen de verwachtingen van de opbrengsten van JeugdzorgPlus te worden bijgesteld. Zij bieden dan een periode van afkoelen en tot rust komen (een time-out) en geen behandeling, zoals op dit moment het geval is.

**Aanbeveling 3.** Creëren van voldoende regionaal aanbod van deskundige begeleiders voor intensieve systeembegeleiding, zodat een opname in de JeugdzorgPlus kort kan zijn of zelfs voorkomen kan worden

Voor een (groot) deel van de jongeren in de JeugdzorgPlus is dit echter geen optie. Zij komen uit een zwak systeem, waarin werkloosheid, verslaving, psychiatrische problemen, armoede en andere problemen spelen of hun problematiek is zodanig dat thuis wonen simpelweg geen optie is. Jongeren zijn dan na verblijf in de JeugdzorgPlus aangewezen op een residentiële vervolgvoorziening.

Tijdens dit onderzoek verscheen in de Volkskrant een artikel getiteld 'Zorg pompt 'moeilijk' kind rond' (Effting, 2016). Strekking van het artikel was dat drie directeuren van JeugdzorgPlus instellingen de noodklok luiden, omdat jeugdzorg- en ggz instellingen zich geen raad weten met kinderen met complexe problematiek. Het huidige onderzoek bevestigt deze veronderstelling. Hoewel de insteek van de interviews met professionals was om in kaart te brengen welke zorg jongeren met LVB of psychiatrische problemen ontvingen na uitstroom, kwamen met name de belemmeringen in het uitstroombod aan bod. Vooral jongeren met drievoudige diagnoses, bijvoorbeeld LVB, psychiatrische problemen en externaliserende gedragsproblemen worden regelmatig afgewezen bij vervolgvoorzieningen. Dit lijkt meer regel dan uitzondering. De redenen voor afwijzing zijn divers. Bij ggz instellingen worden jongeren afgewezen vanwege externaliserende gedragsproblemen ('dat hoort thuis in de jeugdzorg'), bij de jeugdzorg instellingen worden zij afgewezen vanwege te complexe (psychiatrische) problematiek. Jongeren met LVB worden bij LVB instellingen afgewezen omdat hun IQ te hoog is of omdat ze te zware problematiek hebben (criminaliteit, middelenmisbruik). De intentie van JeugdzorgPlus instellingen is om een zo soepel mogelijke overgang te bewerkstelligen, maar in de praktijk zijn zij afhankelijk van de gemeente en andere (open) jeugdzorg instellingen. Een aantal van de 29 casestudies liet zien dat de samenwerking met de gemeente nog niet altijd soepel verloopt. Indien de gemeente verantwoordelijk blijft voor de toewijzing aan jeugdhulp voor jongeren uit de JeugdzorgPlus, kan zij nog meer de regie nemen bij deze complexe cases. Naarmate jongeren langer adequate zorg en hulp krijgen, nemen hun kansen op maatschappelijk acceptabel gedrag en functioneren toe (Stein & Munro, 2008).

**Aanbeveling 4.** Indien de jeugdzorg op gemeentelijk niveau georganiseerd blijft, kan de gemeente meer regie voeren in samenwerking met JeugdzorgPlus instellingen om jongeren met complexe (triple) problematiek te laten uitstromen naar de meest passende vervolgzorg

Volgvorzieningen die het wel zien zitten met een jongere (soms na meerdere keren een aanvraag doen) hebben bijna altijd lange wachtlijsten. Voor de zogeheten drie-milieu voorzieningen, wonen, werken of school en vrije tijdsbesteding op één terrein, kunnen deze wachtlijsten oplopen tot meer dan twee jaar. Bovendien verschilt het aanbod van dergelijke voorzieningen per regio. Wanneer een jongere buitenregionaal geplaatst moet worden kan dat problemen opleveren met de financiering vanuit de gemeente, waardoor een jongere soms onnodig lang in de JeugdzorgPlus verblijft. Door deze belemmeringen komen jongeren niet terecht op de plek van eerste keuze. Soms pakt een tweede, derde of vierde keuze verrassend goed uit, maar de kans is groter dat het misgaat en een jongere opnieuw in JeugdzorgPlus wordt geplaatst of terecht komt in een Justitiële Jeugdinstelling. Alle professionals in dit onderzoek waren het eens: er moeten meer beschermde woon- of behandelplekken komen voor deze jongeren. En dat terwijl juist wordt bezuinigd op deze vorm van langdurige zorg.

**Aanbeveling 5.** Creëren van meer beschermde woon- of behandelplekken voor jongeren met LVB of psychiatrische problemen, afgestemd op de vraag naar deze plekken in de regio

Daarnaast kan de JeugdzorgPlus nog meer samenwerking zoeken met LVB en GGZ voorzieningen in hun regio, om zodoende de uitstroom van jongeren naar dergelijke voorzieningen te versoepelen of passende zorg te bieden voor een moeilijk te plaatsen groep jongeren. Jongeren met psychiatrische problemen kunnen niet altijd terecht in een GGZ voorziening vanwege hun externaliserende gedragsproblematiek. Ook jongeren met

LVB kunnen niet altijd terecht in reguliere LVB-zorg vanwege hun bijkomende gedragsproblemen of psychiatrische problemen. Mooi voorbeeld van samenwerking tussen JeugdzorgPlus en de jeugd GGZ is de integrale zorg van JeugdzorgPlus instelling B en Yulius in de regio Rotterdam. Zij bieden een integrale, intensieve behandeling voor kinderen van 8 tot 14 jaar die kampen met autisme en ernstige gedragsproblemen (Nederlands Jeugdinstuut, 2015). Doordat de financiering van de Jeugd- en Opvoedhulp en Jeugd GGZ vanaf 1 januari 2015 naar gemeenten is overgeheveld zijn er kansen om meer integrale zorg te bieden. Tegelijkertijd zijn zorgaanbieders elkaars 'concurrenten' geworden en is samenwerking niet meer altijd zo vanzelfsprekend. Wellicht dat een positieve prikkel vanuit gemeenten nodig is om samenwerking tussen jeugdzorgaanbieders te stimuleren.

**Aanbeveling 6.** Zoeken van nauwere samenwerking tussen JeugdzorgPlus instellingen en LVB en GGZ voorzieningen om zorg te bieden aan jongeren die moeilijk te plaatsen zijn, bijvoorbeeld jongeren met psychiatrische problemen en ernstige gedragsproblemen

### **Onderzoeksvraag 3: Kwaliteit van de Monitordata en aanbevelingen voor het registratieproces**

De Monitordata gaf onvoldoende aanknopingspunten om de kenmerken en uitstroom van jongeren met LVB of psychiatrische problemen in praktisch bruikbare resultaten in kaart te brengen. Eerste obstakel was de definitie van LVB en psychiatrische problemen en hoe deze zich vertaalt naar de Monitor. LVB kan in de Monitor alleen vastgesteld worden op basis van IQ, een beperkte definitie gezien het feit dat bij LVB ook altijd sprake is van een beperkt sociaal aanpassingsvermogen waar blijvende ondersteuning voor nodig is (Beer, 2012). Bovendien hebben veel van de jongeren met LVB een zogeheten disharmonisch profiel. Vaak zijn zij verbaal sterker dan per formaal (Beer, 2012). In de Monitor zit een variabele 'disharmonisch profiel' ja of nee, maar het is onduidelijk op welk gebied een jongere hoger scoort. Voor het doel van de Monitor gaat het mogelijk te ver om de subscores op een IQ-test te registreren, helemaal omdat er verschillende IQ-testen met bijbehorende subschalen worden gebruikt. Een variabele LVB met antwoordopties 'ja', 'nee', 'onbekend' geeft in combinatie met de IQ-score een beter inzicht in LVB, en zou dus toegevoegd kunnen worden aan de Monitor.

**Aanbeveling 7.** Toevoegen van een LVB variabele aan de Monitor met antwoordcategorieën 'ja', 'nee' en 'onbekend'

Psychiatrische problemen worden in de Monitor alleen vastgesteld met de CBCL, maar hiermee wordt psychiatrie in engere zin (stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen) mogelijk onvoldoende gemeten. Bovendien meet de CBCL gedragsproblematiek, wat in de praktijk vaak niet wordt gezien als psychiatrische problematiek. Wij pleiten voor een brede definitie van psychiatrische problemen waar ook gedragsstoornissen onder vallen. De CAP-J rubrieken bevatten informatie over stoornissen, en de CAP-J heeft bovendien minder missende waarden dan de CBCL. Door de rubrieken van CAP-J te verzamelen, naar de informatie op As- en Groepsniveau, kan de aard van psychiatrische problemen mogelijk beter in kaart worden gebracht.

**Aanbeveling 8.** Verzamelen van volledige CAP-J gegevens in de Monitor, op het niveau van As, Groep en Rubriek, geeft inzicht in de aard van psychiatrische problemen

Bijkomend probleem in de Monitordata was het groot aantal missende waarden voor zowel het IQ als de CBCL, hierdoor is het niet mogelijk een vergelijking tussen instellingen te maken. IQ gegevens kunnen via het onderwijs binnen JeugdzorgPlus verzameld worden voor de Monitor, daar is in principe van alle jongeren het IQ

bekend. De missende waarden op de CBCL zijn te verklaren doordat de ouders de CBCL invullen, en zij een lage respons geven. Sommige JeugdzorgPlus instellingen lossen dit op door de groepsleider de CBCL in te laten vullen, een bruikbaar alternatief. Hierbij dient in acht te worden genomen dat de CBCL scores van een professional en ouder over dezelfde jongere kunnen verschillen (Gearing et al., 2015).

De variabele 'Hulpvorm na JZ+', een belangrijke variabele over de uitstroom uit de JeugdzorgPlus roept in de praktijk regelmatig verwarring op. Zo is bijvoorbeeld onvoldoende duidelijk welke antwoordcategorieën ambulante hulp en welke residentiele hulp weerspiegelen. 'Hulpvorm na JZ+' biedt daarnaast te weinig aanknopingspunten voor het registreren van de korte trajecten (<6 weken) met intensieve systeembegeleiding of de systeembegeleiding onder een voorwaardelijke machtiging voor de JeugdzorgPlus. Ook de intensiteit van de vervolgzorg is op dit moment moeilijk vast te stellen op basis van de Monitordata. 'Jeugdhulp thuis' kan gaan over opvoedondersteuning voor een of beide ouders ('lichte' hulp) of intensieve systeembegeleiding ('zware' hulp). Nu de verantwoordelijkheid van financiering en toekenning van jeugdhulp onder de gemeenten valt moet in samenspraak met de gemeente worden vastgesteld welke informatie over uitstroom in de Monitor verzameld moet worden. De bruikbaarheid van Monitordata wordt hiermee vergroot. Meest interessante informatie over aansluiting bij passende vervolgzorg wordt overigens verzameld bij de follow-up meting (T3) van de Monitor, 6 maanden na verblijf in de JeugdzorgPlus instelling. Door het grote aantal missende waarden was deze data tijdens dit onderzoek niet bruikbaar voor nadere analyse.

**Aanbeveling 9.** Herformuleren van de hulpvorm na JeugdzorgPlus in samenwerking met de gemeenten, met daarbij de volgende aandachtspunten: aanbod van trajecten binnen de JeugdzorgPlus, ambulante versus residentiele vervolgzorg en de mate van intensiteit van de vervolgzorg

#### **Tot slot**

Jongeren met LVB of psychiatrische problemen vormen een grote groep binnen de JeugdzorgPlus. Zij hebben, nog meer dan overige jongeren in de JeugdzorgPlus, te maken met obstakels bij uitstroom uit de JeugdzorgPlus. Ondanks hun moeilijke gedrag en problemen zijn zij afhankelijk van goede zorg en goede aansluiting met vervolgzorg. De JeugdzorgPlus instellingen, aanbieders van Jeugd & Opvoedhulp, LVB zorg en jeugd GGZ en de gemeenten moeten regionaal samenwerken om de zorg na uitstroom voor deze jongeren te verbeteren.



## Literatuur

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*(2), 213–232. doi:10.1037/0033-2909.101.2.213
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (Fifth.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Barendregt, C., Raaijmakers, L., Wits, E., & Van de Mheen, D. (2015). *Monitor JeugdzorgPlus: dagbesteding uitgelicht*. Rotterdam: IVO.
- Beer, Y. de. (2012). *De Kleine Gids Mensen met een licht verstandelijke beperking 2012*. Kluwer.
- Didden, R., VanDerNagel, J., Trentelman, M., & Stolker, J. J. (2013). Verstandelijke beperkingen en comorbiditeit. In G. Dom, A. Dijkhuizen, B. Van der Hoorn, H. Kroon, C. Muusse, S. Van Rooijen, ... A. Van Wamel (Eds.), *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Eftting, M. (2016, July 5). Zorg pompt “moeilijk” kind rond. *Volkskrant*.
- Emerson, E. (2007). Poverty and people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, *13*(2), 107–113. doi:10.1002/mrdd.20144
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S. J., MacKenzie, M. J., Brewer, K. B., & Ibrahim, R. W. (2015). Assessment of Adolescent Mental Health and Behavioral Problems in Institutional Care: Discrepancies Between Staff-Reported CBCL Scores and Adolescent-Reported YSR Scores. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *42*(3), 279–287. doi:10.1007/s10488-014-0568-y
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Kalverboer, M. E. (2012). Securing the Downside Up: Client and Care Factors Associated with Outcomes of Secure Residential Youth Care. *Child & Youth Care Forum*, *41*(3), 259–276. doi:10.1007/s10566-011-9159-1
- Jeugdzorg Nederland. (2011). *Witboek JeugdzorgPlus*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Jeugdzorg Nederland. (2012). *Monitor de JeugdzorgPlus*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Jeugdzorg Nederland. (2014). *Monitor JeugdzorgPlus Landelijke rapportage, 2014-1*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Lange, M. de, Dam, C. Van, Dresen, C., Geurts, E., & Knorth, E. J. (2011). Doorgaande zorg na JeugdzorgPlus. Effectieve zorg voor jongeren met ernstige gedragsproblemen. *JeugdenCo*, *4*.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2011). *Beleidskader trajecten jeugdzorg. Richtinggevend kader voor periode 2011-2015*.
- Nederlands Jeugdinstituut. (2015). *Integrale Zorg Horizon en Yulius - Rotterdam. Praktijkvoorbeeld*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Stein, M., & Munro, E. R. (Eds.). (2008). *Young People's Transitions from Care to Adulthood, International Research and Practice*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Van der Nagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2013). *Iedereen gebruikt toch?- Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Amsterdam: Boom.

- Van Yperen, T., Eijgenraam, K., Van den Berg, G., De Graaf, M., & Chenevert, C. (2010). *STEP Standaard Taxatie Ernst Problematiek. Handleiding 2010*. Utrecht.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2013). *"Iedereen gebruikt toch?"* Amsterdam: Boom.
- Verhulst, F., Van der Ende, J., & Koot, H. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam.
- Vermaes, I. (2011). Doelgroepanalyse (intern rapport). In *Kwaliteitshandboek*. Nijmegen: De Hoenderloo Groep.
- Vermaes, I., Konijn, C., Nijhof, K., Strijbosch, E., & Van Domburgh, L. (2012). *Monitor JeugdzorgPlus. Analyse van de wetenschappelijke onderbouwing en benuttingsmogelijkheden*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- VNG. (2014). *Inkoophandreiking Provinciale driemilieusvoorziening*. Den Haag: VNG.