

*Een explorierend onderzoek naar de wijze waarop
behandelingen in de residentiële zorg worden vormgegeven*

Een gat tussen wetenschap en praktijk

Hilde Tempel & Charlotte Vissenberg

Samenvatting

Ondanks pogingen om het aantal uithuisplaatsingen terug te dringen, is het aantal opnames in residentiële instellingen in Nederland hoog. Dit onderzoek bevat een analyse van de behandelingen van jeugdigen in residentiële instellingen. Bekende succesfactoren bij residentiële behandelingen zijn het maken van een verklarende analyse van het gedrag en de problematiek, het betrekken van het gezin, cognitief gedragstherapeutische interventies, en het werken volgens richtlijnen

en het inzetten van evidence based behandelingen. Uit een dossieranalyse van 32 jeugdigen in een residentiële instelling blijkt dat slechts één dossier een verklarende analyse bevat. In tegenstelling tot de richtlijnen ontvangen slechts vier jeugdigen een evidence based behandeling en worden slechts zeven gezinnen betrokken bij de behandeling. De resultaten roepen daarmee de vraag op of residentiële opnames op deze wijze het meest passende behandel aanbod is.

In Nederland worden sinds het einde van de Tweede Wereldoorlog jeugdigen uit huis geplaatst en opgenomen in residentiële instellingen, gezinshuizen of pleeggezinnen vanwege (ernstige) gedrags- of ontwikkelingsproblematiek of omdat er sprake is van onveiligheid, bijvoorbeeld misbruik of mishandeling (Bartelink, 2013). Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw probeert de Nederlandse overheid het aantal uithuisplaatsingen terug te dringen. Dit is in overeenstemming met internationale richtlijnen die ervoor pleiten zo min mogelijk jeugdigen uit huis te plaatsen

(Bartelink, Ten Berge & Van Vianen, 2017). Zowel nationaal als internationaal is het beleid gericht geweest op het terugdringen van het aantal uithuisplaatsingen. Echter, onderzoek toont aan dat het aantal uithuisplaatsingen dat leidt tot een opname in residentiële settings en pleeggezinnen tussen 2001 en 2005 in Nederland en een aantal Europese landen is toegenomen. In vergelijking met omliggende landen (Duitsland, Italië, Ierland, Spanje en Groot-Brittannië) heeft Nederland meer kinderen uit huis geplaatst (Knorth & Koopmans, 2012).

Verstrekkende maatregel

Het opnemen van jeugdigen is een verstrekkende maatregel die zeer ingrijpend is voor de jeugdige en het gezin, waarbij lijkt te gelden: baat het niet, dan schaadt het wel. Uit een meta-analyse blijkt dat bij 20 tot 40% van de jeugdigen de problemen na de opname niet afnemen en dat bij een klein deel de situatie verslechtert (Harder, Knorth & Zandberg, 2006).

Daarnaast laat eerder onderzoek zien dat het gezin tijdens de plaatsing op afstand blijft en er sprake kan zijn van hospitalisering (Vissenberg, Tempel & Jurrius, 2017, 2018). Ditzelfde onderzoek en de literatuur (Vissenberg, et al., 2017) laten zien dat een uithuisplaatsing voor jeugdigen traumatisch kan zijn. Zo kan de groeps cultuur in een residentiële setting leiden tot het overnemen van probleemgedrag, negatieve wederzijdse beïnvloeding onder jeugdigen (Dodge, Dishion & Lansford, 2006; Handwerk, Field & Friman, 2000) en een belemmering vormen voor de behandeling (Handwerk, Field & Friman, 2000). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een residentiële plaatsing kan leiden tot depressiviteit en het verlies van initiatief (Hermans, 2012).

Residentiële behandeling

Bij een residentiële behandeling is er sprake van een combinatie van care en cure, waarbij behandeling en opvoeding met basisvoorwaarden voor het gewone leven gecombineerd worden (Nederlands Jeugd Instituut). Care wijst op de dagelijkse verzorging, waarbij gebruikgemaakt kan worden van specifiek opvoeden (Kok, 1999) en orthopedagogische basiszorg (Knorth, 2005). Cure duidt op de interventies (therapieën) die worden ingezet om het probleemgedrag te verminderen. Binnen de context van de residentiële zorg, waarbij opname gericht is op de behandeling van probleemgedrag, zijn care en cure complementair aan elkaar (Boendermaker, Van Rooijen, Berg & Bartelink, 2013).

Factoren die een positief effect hebben op residentiële jeugdzorg

Hoewel er relatief veel bekend is over de negatieve gevolgen van residentiële jeugdzorg, komt uit onderzoek geen eenduidig beeld naar voren over de effectiviteit van deze zorg. Wel is bekend welke factoren een positief effect hebben op een residentiële opname (Harder & Knorth, 2009; Bartelink, 2013). Ten eerste leidt het inzetten van een cognitief gedragstherapeutische behandeling (CGT) en gedragstherapeutische interventies tot een groter effect van de behandeling (Garrett, 1985; Pfeiffer & Strzelecki, 1990; De Swart, Van den Broek et al., 2012; Harder & Knorth, 2009). Daarnaast vergroot het betrekken van het gezin de effectiviteit van een residentiële behandeling (Harder & Knorth, 2009; Hair, 2005; Barth, 2005).

Een andere belangrijke factor die bijdraagt aan de effectiviteit van de zorg is een zorgvuldige verklarende analyse (Knorth, 2005). Daarbij is het van belang dat de verklarende analyse methodisch tot stand komt, waarbij de onderbouwing toetsbaar en transparant is. Dit is het geval wanneer er gestructureerd gewerkt wordt op basis van richtlijnen en een theoretisch kader (Bartelink, Ten Berge & Van Yperen, 2013). Een verklarende analyse helpt om te begrijpen waarom problemen zich op een bepaald moment voordoen en welke factoren van invloed zijn op het ontstaan en het voortbestaan van het probleem. Volgens Bartelink et al. (2013) is een goede analyse een voorwaarde voor effectieve hulpverlening. Veelgebruikte instrumenten voor een verklarende analyse zijn de diagnostische cyclus (De Bruyn & Ruijsenaars, 2015) en de holistische theorie (Korrelboom & Ten Broeke, 2014). In de diagnostische cyclus wordt een cyclisch

Een zorgvuldige
verklarende analyse
draagt bij aan de
effectiviteit van
de zorg

proces doorlopen dat start bij de hulpvraag van de jeugdige en zijn/haar ouders. Door middel van een klachtanalyse, probleemanalyse en verklarende analyse komt men tot een indicatie voor een behandeling en/of een interventie (De Bruyn & Ruijsenaars, 2015). Met een holistische theorie wordt duidelijkheid verkregen over de samenhang van problemen, relevante eigenschappen van de cliënt en de omstandigheden waarin de problemen zich voordoen (Korrelboom & Ten Broeke, 2014). Tot slot blijkt dat naast deze factoren, ook het volgen van richtlijnen en zorgstandaarden bijdraagt aan de effectiviteit van jeugdhulp (Nederlands Jeugd Instituut, 2018). Richtlijnen en zorgstandaarden geven aan welke interventies het meest bewezen effectief zijn bij bepaalde problemen of stoornissen. Vaak geven zij ook aan voor welke interventies (nog) geen wetenschappelijk bewijs is. Binnen de jeugdzorg wordt gebruikgemaakt van de richtlijnen van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI), het Trimbosinstituut en het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, en van de GGZ-richtlijnen. De richtlijnen zijn te vinden op de websites van deze organisaties.

Uit eerder onderzoek, uitgevoerd tussen juni 2016 en maart 2018, waarin gekeken is naar mogelijkheden om te komen tot uitstroom uit de 24-uurszorg, komen indicaties naar voren dat bovenstaande succesvolle elementen weinig lijken te worden toegepast in de residentiële jeugdzorg (Vissenberg et al., 2017, 2018). Dit is de aanleiding geweest om het bovenstaande nader te onderzoeken. In dit onderzoek hebben wij de dossiers nogmaals kritisch bestudeerd om te kijken of er een verklarende analyse wordt gemaakt

Met een holistische theorie wordt duidelijkheid verkregen over de samenhang van problemen

Dossieranalyse

Voor het onderzoek is gebruikgemaakt van dossieranalyses afkomstig uit eerder uitgevoerd onderzoek (Vissenberg et al., 2017, 2018). Wij hebben hiervoor 32 dossiers geselecteerd van jeugdigen die verbleven in de 24-uurszorg of de jeugdzorg plus. Dit project is uitgevoerd vanuit de principes van action learning, waarbij onderzoek, leerervaringen en uitvoering met elkaar worden ondernomen. De dossiers werden bestudeerd met de verantwoordelijke gedragswetenschappers, professionals uit het lokale veld en omdenkers. De omdenkers in dit project waren GZ-psychologen met kennis en ervaring op het gebied van diagnostiek en behandeling en met ervaring in de afbouw van 24-uurszorg. Bij de dossieranalyse werd gekeken naar de verklarende analyse, welke behandelingen er werden ingezet en of deze conform de richtlijnen waren en of er gebruik werd gemaakt van bewezen effectieve interventies. Drie onafhankelijke, niet eerder bij dit project betrokken GZ-psychologen beoordeelden de dossiers op dezelfde punten. Deze verschillende beoordelingen zijn met elkaar vergeleken, waarbij de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid 84% was.

in de residentiële zorg, welke behandelingen worden ingezet en in welke mate deze passen bij de richtlijnen en of er gebruik werd gemaakt van bewezen effectieve interventies.

Slechts één verklarende analyse

De 32 dossiers waren afkomstig van jeugdigen tussen de 13 en 20 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 15,8 jaar. De groep bestond uit 15 jongens (47%) en 17 meisjes (53%). De gemiddelde leeftijd van de jongens was 15,2 jaar, de gemiddelde leeftijd van de meisjes was 16,3 jaar. De meest voorkomende psychiatrische problemen waren gedragsproblemen/gedragsstoornissen (38%), ADHD (34%), hechtingsproblemen/hechtingsstoornissen (28%), trauma (25%), suïcidaliteit en middelengebruik (22%).

In slechts één dossier werd een verklarende analyse gevonden

In slechts één dossier (3%) werd een verklarende analyse gevonden. In bijna alle andere dossiers werd gesproken over een belaste voorgeschiedenis van verwaarlozing, mishandeling, relatieproblemen tussen ouders of problematiek van de ouders. De relatie tussen de huidige problematiek en de belaste voorgeschiedenis was bij meer dan de helft van de jeugdigen niet terug te vinden in het dossier.

Behandelaanbod

Negentien jeugdigen (59%) kregen naast de care van de leefgroep ook een vorm van therapie (cure). In totaal werd er 24 keer een therapie ingezet. Dat betekent dat sommige jeugdigen meerdere vormen van therapie tegelijkertijd kregen aangeboden. Twee van hen kregen cognitieve gedragstherapie (11%) gericht op suïcidaliteit en stemmingsklachten en op gedragsproblemen en middelengebruik. Twee jeugdigen kregen EMDR voor de behandeling van een trauma (11%). De overige behandelingen bestonden uit medicatie ($n = 6$; 19%), muziektherapie ($n = 5$; 16%), psychomotorische therapie ($n = 5$; 16%), Pretty Woman: een programma voor individuele en groepshulpverlening voor meiden met negatieve ervaringen bij seksualiteit en relaties ($n = 2$; 6%), psycho-educatie ($n = 1$; 3%) en creatieve therapie ($n = 1$; 3%). Bovenstaande therapievormen werden ingezet voor de behandeling van ADHD, autismespectrumstoornissen (ASS), gedragsproblemen/gedragsstoornissen, posttraumatische stressstoornis (PTSS), hechtingsproblemen, suïcidaliteit, persoonlijkheidsproblematiek en middelengebruik. Het programma Pretty woman werd ingezet voor seksueel wervend gedrag en een vermoeden van negatieve seksuele ervaringen. Bij deze jeugdigen was daarnaast sprake van verwaarlozing, middelengebruik en opstandig gedrag.

Vijf jeugdigen (16%) kregen meerdere therapieën gelijktijdig aangeboden. Jeugdigen kregen bijvoorbeeld muziektherapie, creatieve therapie en psychomotorische therapie (PMT) aangeboden. Drie van de vijf jeugdigen kregen medicatie in combinatie met één of meerdere therapieën. Drie jeugdigen (9%) kregen alleen medicatie aangeboden gericht op de behandeling van ADHD. Bij zeven jeugdigen (22%) werden de ouders betrokken bij de behandeling en werd systeemtherapie ($n=4$; 13%) of oudergesprekken al dan niet in aanwezigheid van de jeugdige ($n=3$; 9%) ingezet. Tot slot wilden zes jeugdigen (19%) geen behandeling/therapie volgen en konden de behandeltrajecten van twee jeugdigen (6%) niet worden beoordeeld omdat de verantwoordelijke gedragswetenschapper niet kon aangeven welke behandeling geboden werd, dit was ook niet terug te vinden in het dossier.

Niet overeenkomstig de richtlijnen

Het merendeel van de ingezette behandelingen (83%) was niet de behandeling zoals voorgeschreven in de richtlijnen. Slechts vier van de behandelingen (17%) waren evidence based behandelingen die volgens de richtlijnen passend waren bij de te behandelen problematiek. Deze behandelingen bestonden uit cognitieve gedragstherapie ($n = 2$) gericht op stemmingsklachten en suïcidaliteit en op gedragsproblemen en middelengebruik. Daarnaast werd EMDR ($n = 2$) aangeboden voor de behandeling van traumaklachten.

Van de vijf jeugdigen die meerdere therapieën gelijktijdig aangeboden kregen, kregen er drie (9%) medicatie voor ADHD in combinatie met

Het merendeel van de ingezette behandelingen was niet de behandeling zoals voorgeschreven in de richtlijnen

bijvoorbeeld PMT of muziektherapie. De richtlijn voor de behandeling van ADHD schrijft naast medicatie een gedragstherapeutische interventie voor. Hiermee werd slechts deels voldaan aan de richtlijn, aangezien PMT en muziektherapie geen gedragstherapeutische interventies zijn. Van de behandelingen (79%) die niet overeenkwamen met de richtlijnen werden PMT (16%) en muziektherapie (16%) het meest ingezet, gevolgd door creatieve therapie (3%), psycho-educatie (3%) en Pretty Woman (6%).

Als argument voor het niet aanbieden van een behandeling volgens de richtlijnen noemden betrokken gedragswetenschappers vooral logistieke problemen, zoals wachtlijsten en onvoldoende beschikbare therapeuten. Daarnaast gaven zij aan dat bewezen effectieve interventies onvoldoende beschikbaar waren of dat er organisatorische moeilijkheden waren waardoor het aanbieden van een behandeling passend volgens de richtlijnen belemmerd werd. Een ander argument was dat jeugdigen of hun ouders geen behandeling wilden.

Knelpunten die uit dit onderzoek naar voren komen

Dit onderzoek laat zien dat er een gat lijkt te zijn tussen wetenschap en praktijk. Factoren die bijdragen aan effectieve residentiële 24-uursopnames worden vaak niet ingezet. Zo is er slechts in één van de 32 dossiers een verklarende analyse aanwezig en wordt er vaker niet dan wel gebruik gemaakt van wetenschappelijke kennis en richtlijnen. Het gebrek aan verklarende analyses maakt het erg lastig om een passende behandeling in te zetten.

Er wordt vaker niet dan wel gebruik gemaakt van wetenschappelijke kennis en richtlijnen

Een dossier nader uitgelicht

Ryan groeit de eerste jaren van zijn leven op bij zijn ouders, waarbij sprake is van huiselijk geweld tussen beide ouders. Als Ryan 11 jaar is, gaan zijn ouders scheiden. Ryan gaat bij zijn moeder wonen en ziet zijn vader één weekend in de 14 dagen. Na deze bezoeken is Ryan volgens zijn moeder onhandelbaar. Moeder is in behandeling voor een alcoholverslaving, dit kost haar veel energie. Ryans gedrag wordt steeds problematischer. Hij spijbelt veel, gebruikt drugs en zit vaak nachtenlang te gamen. Als Ryan 15 jaar is, wordt hij opgenomen in de 24-uurszorg omdat er sprake is van gedragsproblemen, een gameverslaving en ADHD. De gedragsproblemen komen tot uiting in geweld en grensoverschrijdend gedrag. De ADHD uit zich in concentratieproblemen. Naast het wonen op de leefgroep (care) krijgt Ryan een behandeling (cure) aangeboden. Hij krijgt muziektherapie en creatieve therapie met als doel het leren uiten van zijn emoties. Daarnaast krijgt hij een medicamenteuze behandeling (Ritalin) voor zijn ADHD. Ryans ouders zijn niet betrokken bij de behandeling. In een casus als deze concluderen de gedragsdeskundigen, onderzoeker en omdenkers dat het niet duidelijk is waar het gedrag van Ryan vandaan komt en welke factoren dit gedrag in stand houden (verklarende analyse). Er zou bijvoorbeeld sprake kunnen zijn van een traumatische ervaring ten gevolge van het huiselijke geweld, dit zou ook een verklaring kunnen zijn voor zijn slechte concentratie en zijn gedragsproblemen. Het is dan ook van belang hier meer zicht op te krijgen voordat er een behandeling wordt ingezet. Daarnaast schrijven de richtlijnen voor dat er bij ADHD naast medicatie ook een gedragstherapeutische interventie ingezet wordt. Dit is nu niet het geval.

Bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek moet rekening gehouden worden met de kleine steekproef van dossiers uit vier verschillende instellingen in twee regio's. De resultaten van dit onderzoek zijn daarom niet zonder meer te vertalen naar alle residentieel geplaatste jeugdi-

gen of residentiële instellingen in Nederland. Een tweede mogelijke beperking is dat niet alle dossiers op dezelfde manier zijn opgebouwd of dezelfde informatie bevatten. Er ontbrak veel informatie in de dossiers. Op basis van de dossiers kunnen wij niet met zekerheid zeggen dat de afwezigheid van informatie betekent dat er geen stappen zijn gezet in die richting. Het feit dat wij geen verklarende analyses in de dossiers hebben gevonden, wil bijvoorbeeld niet zeggen dat deze in het verleden niet gemaakt zijn. Ook bleek regelmatig dat niet alle informatie over behandelingen in de dossiers kloppend was. Echter, de gebrekkige informatie in de dossiers is identiek aan de informatie waar de gedragswetenschappers dagelijks mee werken en waarop zij hun keuzes moeten baseren.

Uit dit onderzoek komen een aantal belangrijke punten naar voren. Ten eerste werden er nauwelijks gedegen verklarende analyses in de dossiers gevonden. Bartelink et al. (2013) geven aan dat een goede analyse een voorwaarde is voor effectieve hulpverlening. Alleen dan kunnen jeugdigen en ouders de hulp krijgen die passend is bij hun hulpvraag en problematiek. Zonder gedegen verklarende analyse bestaat het gevaar dat een interventie zich enkel op het waarneembare probleemgedrag richt. Dit terwijl er belangrijke factoren kunnen zijn die een rol spelen bij het ontstaan en het voortbestaan van het gedrag. De casus van Ryan (zie kader Een dossier nader toegelicht) laat zien dat een behandeling gericht op het gedrag (ADHD) een volledig andere insteek kan hebben dan een

Uit dit onderzoek komt naar voren dat jeugdigen niet de behandeling lijken te krijgen die het meest passend is bij hun problematiek

Er werden veel behandelingen ingezet waarvoor wetenschappelijk bewijs ontbreekt

behandeling die zich richt op het verwerken van een eventueel trauma.

Het is mogelijk dat verklarende analyses wellicht in het verleden wel zijn verricht, maar niet zijn opgenomen in de bestudeerde dossiers. In de dossiers ontbrak vaak veel informatie waardoor de verklarende analyse, de hulpverlenersgeschiedenis en de resultaten van de eerdere interventies onbekend bleven. Dit onderzoek laat zien hoe belangrijk het is dat er gedegen verklarende analyses gemaakt worden en dat deze vervolgens goed beschreven worden in de dossiers van jeugdigen. Wanneer dit niet gebeurt, wordt het voor een eventueel volgende behandelaar erg lastig om in kaart te brengen welke stappen er met welke redenen gezet zijn, hoe het probleemgedrag begrepen kan worden en hoe hierop voortgeborduurd kan worden.

Ten tweede werden de richtlijnen in beperkte mate gevolgd. Richtlijnen zijn ontwikkeld voor professionals om hen te helpen te komen tot de beste besluitvorming. In een richtlijn staan de stappen die ten aanzien van de diagnostiek en de behandeling van bepaalde problematiek het best genomen kunnen worden. Het is dan ook in het belang van jeugdigen en hun ouders dat professionals gebruikmaken van deze kennis, omdat daarmee de kwaliteit en de effectiviteit van de behandelingen toenemen. Hiermee zijn jeugdigen en hun ouders beter geholpen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat jeugdigen niet de behandeling lijken te krijgen die het meest passend is bij hun problematiek. Een opvallende bevinding was dat er bijna geen cognitieve gedragstherapie (CGT) werd geboden. De meest voorkomende problemen bij jongeren in dit onderzoek waren gedragspro-

blemen en gedragsstoornissen (38%), gevolgd door ADHD (34%), hechtingsproblemen (28%), trauma (25%), suicidaliteit en middelengebruik (beide 22%). De richtlijnen schrijven bij al deze problematieken, met uitzondering van hechtingsproblematiek, CGT voor, vaak ook in combinatie met gezinsinterventies. Slechts twee jeugdigen kregen echter CGT aangeboden. De inzet van gezinsinterventies was in de door ons bestudeerde dossiers slechts zeven keer aan de orde.

Tegelijkertijd werd zichtbaar dat er veel behandelingen werden ingezet waarvoor wetenschappelijk bewijs (met betrekking tot hun effectiviteit) ontbreekt. Bij het inzetten van een dergelijke behandeling is het niet zeker dat deze behandeling een gunstig effect heeft op de jeugdige. Naar muziektherapie en psychomotorische therapie is bijvoorbeeld weinig kwalitatief goed onderzoek gedaan. (Zoon & Bartelink, 2017). Ook is de effectiviteit van psychomotorische therapie voor ernstige gedragsproblemen nog niet door onderzoek vastgesteld (Lange et al., 2017).

Is residentiële opname op deze wijze het meest passend?

Tot slot willen wij kritische kanttekeningen plaatsen bij het opnemen van jeugdigen in een residentiële setting. Een residentiële opname is een vergaande maatregel met mogelijk ernstige nadelige gevolgen voor jeugdigen (Dodge, Dishion & Lansford, 2006; Handwerk, Field & Friman, 2000; Hermans, 2012). Hoewel het uitgangspunt van een residentiële plaatsing een combinatie van care en cure is, blijkt uit ons onderzoek dat maar liefst 40% van de jeugdigen geen behandeling (cure) krijgt. Daarbij blijkt dat succesfactoren, het inzetten van de evidence based behandeling cognitieve gedragstherapie en het betrekken van het gezin, nauwelijks worden ingezet, terwijl er zeer regelmatig behandelingen worden ingezet waarvoor onvoldoende wetenschappelijk bewijs is.

Is residentiële opname het meest passende behandelaanbod of zijn er mogelijk alternatieven?

Dit roept de vraag op of residentiële opnames op deze wijze ten volle benut worden en of het plaatsen van jeugdigen in een dergelijke setting op deze wijze gerechtvaardigd is gezien de mogelijke negatieve effecten hiervan. Een belangrijke vraag die nader onderzocht zou kunnen worden, is daarom: is residentiële opname het meest passende behandelaanbod of zijn er mogelijk alternatieven denkbaar die effectiever en minder schadelijk zijn?

Over de auteurs



Hilde Tempel

(h.tempel@accare.nl) is in opleiding tot specialist (gios) en EMDR-practitioner. Zij is werkzaam als inhoudelijk regiomanager bij Accare. Hilde heeft jarenlange ervaring in de zorg voor jeugdigen zowel binnen orthopedagogische behandelsettings als de JGGZ.



Charlotte Vissenberg

is senior onderzoeker bij het Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg van Windesheim Flevoland. Zij is coördinator van de onderzoekslijn 'Samen beslissen in complexe zorgsituaties' en doet met name onderzoek naar eigen regievoering van klanten over hun zorg en ondersteuning.

Geraadpleegde literatuur kunt u vinden op:
www.tijdschriftvoororthopedagogiek.nl.