

## **Hoofdstuk 2. Nieuw Zorgaanbod: Gesloten jeugdzorg voor adolescenten met ernstige gedragsproblemen**

*Dit hoofdstuk is ter publicatie aangeboden aan Pedagogiek*

Karin S. Nijhof, Coleta van Dam, Jan Willem Veerman, Rutger C. M. E. Engels & Ron Scholte

### **2.1 Introductie**

Tot voor kort konden jeugdigen met ernstig probleemgedrag op basis van een door de kinderrechter afgegeven machtiging tot gesloten plaatsing en een civielrechtelijke kinderbeschermingsmaatregel (ondertoezichtstelling of voogdij) in een justitiële jeugdinrichting (JJI) worden geplaatst. Deze jongeren worden ook wel crisisgeplaatste jongeren of civielrechtelijk geplaatste jongeren genoemd. Zij worden niet geplaatst vanwege het plegen van een strafbaar feit, maar verkeren in een dusdanige zorgelijke opvoedingssituatie dat bescherming tegen zichzelf of tegen invloeden vanuit de omgeving genoodzaakt is ofwel de omgeving beschermd moet worden tegen de jongere. De betrokken jongeren maken het, in de woorden van Dorelijers (2004) '...zo bont dat de gezinsvoogd zich geen raad meer weet en een opname aanvraagt'. Plaatsing in een justitiële jeugdinrichting vond plaats omdat voor sommige jongeren gesloten plaatsing noodzakelijk is voor hun eigen veiligheid dan wel voor die van de omgeving. Binnen de reguliere jeugdzorg was er geen beschikbaar aanbod voor deze doelgroep, omdat gesloten aanbod binnen de Wet op de Jeugdzorg niet mogelijk was.

Plaatsing van deze civielrechtelijke jongeren in een justitiële jeugdinrichting was mogelijk door het in 2001 opgestelde voorlopige convenant 'crisisplaatsingen OTS-pupillen in justitiële jeugdinrichtingen'. Het doel van dit convenant was om jongeren die beschermd moesten worden tegen zichzelf dan wel tegen hun omgeving sneller gesloten te kunnen plaatsen. Aangezien er meer jongeren met een crisisplaatsing werden aangemeld dan dat er plaatsen beschikbaar waren, werden urgentiecriteria opgesteld. Jongeren die aan één van de criteria voldeden én een machtiging gesloten plaatsing van de kinderrechter (de kinderrechter stemt in met gesloten plaatsing) hadden, moesten binnen één week worden geplaatst in een justitiële jeugdinrichting. Een machtiging gesloten plaatsing kan gegeven worden als de jeugdige onder toezicht is gesteld (OTS), Bureau Jeugdzorg de voogdij heeft of wanneer degene die het gezag heeft toestemming geeft voor gesloten plaatsing. De urgentiecriteria zijn als volgt;

1. Slachtoffers van gedwongen prostitutie,
2. Slachtoffers van een seksueel misdrijf,
3. Slachtoffers van geestelijke of lichamelijke mishandeling,
4. Jongeren die beschermd moeten worden tegen zichzelf om verdere escalatie te voorkomen,
5. Jongeren die in één van de hiervoor genoemde situaties dreigen te raken,
6. Jongeren die beschermd moeten worden om verdere escalatie tegen de omgeving te voorkomen, en
7. Jongeren waarbij bemoeienis van de politie nodig is om verdere escalatie van geweld tegen de directe omgeving te voorkomen.

In 2002 is het voorlopig convenant omgezet in een definitief convenant. In het definitieve convenant staat ook vastgelegd dat de duur van de crisisgeplaatste jongeren maximaal zes weken mag zijn.

Het gevolg van het convenant was een enorme toename van crisisgeplaatste jongeren in de justitiële jeugdinrichtingen. In een brief aan de Tweede Kamer geven de Minister van Justitie en de Staatssecretaris van VWS aan dat in 2003 circa 2000 jeugdigen op basis van een civielrechtelijke titel in een justitiële jeugdinrichting verbleven en dat dit ongeveer de helft is van het totale aantal jeugdigen dat in een justitiële jeugdinrichting verblijft (Boendermaker, Eijgenraam & Geurts, 2004). De Minister van Justitie geeft opdracht om de situatie rondom deze civielrechtelijke crisisgeplaatste jongeren nader te onderzoeken. Uit dat onderzoek (Boendermaker, Eijgenraam & Geurts, 2004) bleek dat de plaatsing van civielrechtelijke jongeren in een justitiële jeugdinrichting om twee redenen ongewenst was. Ten eerste werden de crisisgeplaatste jongeren veelal alleen opgevangen en kregen ze niet de hulp die ze nodig hadden, wat er tevens toe leidde dat deze jongeren veelal onnodig lang in de justitiële jeugdinrichtingen verbleven. Ten tweede werd de gezamenlijke plaatsing van deze civielrechtelijke jongeren met strafrechtelijke jongeren als zeer ongewenst gezien vanwege het risico op imitatiegedrag (Dishion, McCord, & Poulin, 1999). Het advies naar aanleiding van dit onderzoek was om een alternatief aanbod te creëren van opvang, crisisinterventie en behandeling voor deze crisisgeplaatste jongeren die primair bescherming nodig hebben. Daarnaast werd geadviseerd de plaatsing van deze jongeren binnen de justitiële jeugdinrichtingen te beëindigen. De noodzaak tot een passend zorgaanbod voor crisisgeplaatste jongeren leidde in 2005 tot de ontwikkeling van een alternatief zorgaanbod: het *Nieuw Zorgaanbod*. Het Nieuw Zorgaanbod bestaat uit initiatieven vanuit de provinciaal gefinancierde jeugdzorg om jongeren met ernstige gedragsproblemen op te vangen. Voor de eerste nieuwe initiatieven, die vanaf 2005 zijn ontwikkeld en gestart, is door het Ministerie van VWS een methodiekontwikkeltraject en een onderzoek naar het effect van de behandeling uitgezet door respectievelijk Bureau van Montfoort en Praktikon/Radboud Universiteit Nijmegen.

Omdat het wettelijk gezien nog niet mogelijk was jongeren binnen de reguliere jeugdzorg gesloten te plaatsen (ouders moesten hiervoor toestemming verlenen), heeft er in januari 2008 een wetswijziging plaatsgevonden binnen de Wet op de Jeugdzorg. Door de wetswijziging ontstond een nieuwe sector binnen de jeugdzorg: gesloten jeugdzorg, waarmee gesloten plaatsing en behandeling binnen de jeugdzorg mogelijk is geworden. Dit betekende ook dat de crisisgeplaatste jongeren, die eerst onder verantwoording van het Ministerie van Justitie vielen, overgingen naar de verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS. Omdat het vanuit de jeugdzorg ontwikkelde Nieuw Zorgaanbod niet voldoende capaciteit biedt om alle crisisgeplaatste jongeren uit de justitiële jeugdinrichtingen op te vangen, is tegelijkertijd met de wetswijziging besloten dat enkele justitiële jeugdinrichtingen overgaan naar de gesloten jeugdzorg. In 2010 mogen er geen civielrechtelijke jongeren meer in de justitiële jeugdinrichtingen zitten. Tot die tijd is er sprake van een overgangssituatie waarbij de civielrechtelijke jongeren zoveel mogelijk binnen de gesloten jeugdzorg geplaatst moeten worden volgens een plaatsingsprotocol. Daarbij zijn de eerder beschreven 7 ernstcategorieën weer leidend. Jongeren uit de categorieën 1 t/m 3 worden als de meest kwetsbare jongeren beschouwd, die beslist niet meer samengeplaatst mogen worden met strafrechtelijke jongeren. Voor de categorieën 4 t/m 7 geldt dat plaatsing bij voorkeur

geschiedt in de gesloten jeugdzorg. Als dat niet mogelijk is, mag de jongeren in een JJI geplaatst worden ([www.jeugdzorgplus.nl](http://www.jeugdzorgplus.nl)). In Tabel 1 is te zien waar momenteel gesloten plaatsing binnen de jeugdzorg mogelijk is en welke justitiële jeugdinrichtingen over zijn gegaan dan wel binnen afzienbare tijd over zullen gaan naar gesloten jeugdzorg. De projecten Nieuw Zorgaanbod en de overgehevelde JJI's, hebben in 2008 een gezamenlijk streefbeeld ontwikkeld voor het nieuwe sectoronderdeel gesloten jeugdzorg. Daarbij hebben zij ook de nieuwe naam voor deze sector geïntroduceerd: Jeugdzorg<sup>Plus</sup>. Tot 2013 is het ministerie voor Jeugd en Gezin verantwoordelijk voor de gesloten jeugdzorg, vanaf 1 januari 2013 nemen de provincies deze verantwoordelijkheid over (Programmaministerie Jeugd en Gezin, informatiebrochure Gesloten Jeugdzorg, 2008).

### **2.1.1 Onderzoek naar Nieuw Zorgaanbod**

In 2006 is gestart met de evaluatie van de projecten binnen Nieuw Zorgaanbod (NZA). Het hoofddoel van dit evaluatie-onderzoek is het inzichtelijk maken van de effectiviteit van vier projecten die gesloten jeugdzorg aanbieden aan jongeren met ernstige gedragsproblemen. Meer specifiek zal in het onderzoek ingegaan worden op drie vragen: hoe ziet de doelgroep eruit, in hoeverre wordt het zorgaanbod in de praktijk vormgegeven zoals het theoretisch is bedacht en leidt de hulp zowel op korte als op lange termijn tot de gewenste ontwikkelingen?

De betrokken NZA-projecten in dit evaluatieonderzoek zijn De Juiste Hulp, Paljas Plus, Hand in Hand en De Koppeling (zie ook Tabel 1). Het eerste project dat van start is gegaan (november 2005) met het aanbieden van hulp aan jongeren met ernstige gedragsproblemen is De Juiste Hulp. Dit project wordt uitgevoerd binnen de Hoenderloogroep op de locaties Hoenderloo, Kop van Deelen en de Glen Mills School. Het Nieuw Zorgaanbod is binnen de bestaande groepen en hulpverlening vormgegeven. Zo zijn er meer opnameplekken gecreëerd en zijn de bestaande zorgprogramma's aangepast aan Nieuw Zorgaanbod. Geslotenheid van hulpverlening vindt hier plaats door middel van een natuurlijk isolement. Jongeren die hier binnenkomen worden afhankelijk van de geconstateerde problematiek binnen de bestaande leefgroepen geplaatst, waarbij jongens en meisjes in gescheiden groepen komen. Het tweede project Paljas Plus, gestart in december 2005, wordt uitgevoerd binnen twee instellingen en locaties: Bijzonder Jeugdwerk Brabant (BJ Brabant, Deurne, provinciale jeugdzorg) en Tender (locatie Oosterhout, provinciale jeugdzorg). Binnen dit project is er een samenwerkingsverband met Den Heyacker (justitieel), De Viersprong (GGz) en Bureau Jeugdzorg Brabant.

**Tabel 1: Overzicht van instellingen waar jongeren met een machtiging gesloten plaatsing binnen de jeugdzorg kunnen worden geplaatst**

Projecten	Leeftijd	Capaciteit	Startdatum	Waar	Locaties	Aantal groepen	Gemengd/ongemengd
De Juiste Hulp	12 – 18	50	November 2005	Hoenderloo	Hoenderloogroep	Verspreid over bestaande leefgroepen	Beiden
Hand in Hand	12 – 18	26	December 2005	Wezep	Glen Mills	2	Alleen jongens
	12 – 18			Harreveld	Harreveld	1	Alleen jongens
	12 – 18			Alphen a/d Rijn	Rijnhove	3 (1 leefgroep is momenteel actief)	Gemengd
Paljas Plus	12 – 18	58	December 2005	Deurne	BJ Brabant	4	Gemengd / ongemengd
	12 – 18			Oosterhout	Lievenshove	3	Gemengd
De Koppeling	12 – 18	64	April 2007	Amsterdam	n.v.t.	8 <sup>2</sup>	Gemengd / ongemengd
Harreveld Alexandra <sup>1</sup>	12 - 18	72	Januari 2008	Almelo	n.v.t.	8 <sup>4</sup>	Gemengd / ongemengd
Horizon 13-Icarus <sup>1</sup>	6 – 13	50	2005	Rotterdam	n.v.t.	5	Alleen jongens
Het Poortje <sup>1</sup>	12 - 18		2006 <sup>3</sup> / 2008	Cadier en Keer	n.v.t.		
OGH <sup>1</sup>	12 - 18	151	Januari 2008	Zetten	n.v.t.	13	Gemengd / ongemengd
De Heuvelrug <sup>1</sup>	12 - 21	54	Januari 2009	Lindenhorst	n.v.t.	6 <sup>6</sup>	Alleen meisjes
Den Engh <sup>1</sup>	12 - 18	96	Januari 2009	Den Dolder	Den Dolder	10 leefgroepen	Alleen jongens <sup>8</sup>
	12 – 18	90	Januari 2009	Ossendrecht	Ossendrecht	3 leefgroepen 2 opleidingsschepen	Alleen jongens <sup>8</sup>
Jeugdzorg Extra	12 – 18	50	2007 / 2010 <sup>7</sup>	Den Haag	n.v.t.	6	Gemengd / ongemengd
Moeder & Kindhuis	14 – 23	22 <sup>5</sup>	2006	Zutphen	n.v.t.	Faseringen – via trajecten	Alleen meisjes
Transferium	12 – 18	80	Juli 2010	Heerhugowaard	n.v.t.	10	Gemengd
Rentray <sup>1</sup>	12 - 18	119	Januari 2008	Eefde	Besloten groep	4	Ongemengd
	12 - 18			Eefde	Open groep	5	Ongemengd
	12 - 18			Eefde	Buitengroep	3	Ongemengd

*Noot 1.* Justitiële jeugdinrichtingen die zijn overgegaan naar jeugdzorginstellingen;

*Noot 2.* De Koppeling heeft twee GGZ-groepen en zes jeugdzorggroepen;

*Noot 3.* 'Doen wat werkt' als onderdeel van Het poortje is ontstaan vanuit de jeugdzorg en al eerder gestart met de opvang van jongeren.

*Noot 4.* Van de 8 leefgroepen zijn er twee groepen die jongeren met ernstige psychiatrische problematiek opvangen (FOBA), waar maximaal 6 jongeren per groep zitten. Jongens en meisjes zitten hier gemengd. De overige 6 leefgroepen zijn behandelgroepen voor alléén meisjes met een groepsgrootte van 10 jongeren per leefgroep.

*Noot 5.* Van de 22 plaatsen heeft VWS er 5 ingekocht, de overige plaatsen vallen onder de AWBZ of zijn provinciale plekken.

*Noot 6.* Van de 6 leefgroepen, zijn twee groepen bestemd voor LVG-meisjes.

*Noot 7.* In 2010 starten de leefgroepen voor de LVG-jongeren met psychiatrische problematiek.

*Noot 8.* Alle leefgroepen vangen jongeren op met LVG-problematiek.

Zie voor verdere informatie ook [www.jeugdzorgplus.nl](http://www.jeugdzorgplus.nl).

De twee locaties van Paljas Plus laten kleine verschillen in doelgroep zien. Over het algemeen zijn de jongeren die bij Tender binnenkomen (12-18+) jonger dan de jongeren die bij BJ Brabant binnenkomen (14-18+). Een ander verschil tussen beide locaties kan gevonden worden in de samenstelling van de groepen. Tender heeft drie gemengde leefgroepen, waarvan twee leefgroepen bestaan uit acht jongeren en één leefgroep bestaat uit 12 jongeren (fysiek opgesplitst in twee keer zes jongeren). BJ Brabant heeft vier leefgroepen, elk bestaande uit 9 jongeren, waarvan één meidengroep, één jongensgroep en twee gemengde leefgroepen. Het derde project betreft Hand in Hand, gestart in december 2005. Waar in de twee voorgaande projecten de behandeling plaatsvond op één en dezelfde locatie, kan de behandeling binnen Hand in Hand gezien worden als een samenwerkingsproject tussen Jongerenhuis Harreveld (justitiële -en jeugdzorg sector) en Horizon (locatie Rijnhove, Alphen aan de Rijn; provinciale jeugdzorg). Het eerste gedeelte van de behandeling zitten de jongeren gesloten op Harreveld, na een half jaar stromen ze in in het open gedeelte bij Horizon. Harreveld heeft in totaal 26 plaatsen om jongeren binnen de gesloten jeugdzorg op te vangen. De doelgroep richt zich alleen op jongens in de leeftijd van 12 tot 18 jaar verspreid over één leefgroep op Harreveld en één leefgroep op Horizon. Daarnaast heeft Horizon nog twee gemengde groepen, die momenteel niet actief zijn. De Koppeling in Amsterdam heeft als laatste project binnen het onderzoek haar start gemaakt in april 2007, en is gelokaliseerd in het gebouw van voormalige JJI 't Nieuwe Loyd. De Koppeling is een samenwerkingsverband van Altra (provinciale jeugdzorg), de Bascule (GGZ) en Spirit (provinciale jeugdzorg). De Koppeling biedt opvang aan 64 jongeren verdeeld over acht groepen. Van deze acht groepen kunnen twee groepen geclassificeerd worden als GGZ-groepen, wat inhoudt dat bij deze jongeren een combinatie van gedragsstoornissen en psychiatrische problematiek is vastgesteld. De overige zes groepen zijn jeugdzorggroepen. Binnen de GGZ-groepen zitten jongens en meisjes gemengd, terwijl in de zes jeugdzorggroepen de jongens en meisjes gescheiden zitten. In de huidige studie zal onderzocht worden of de doelgroep zoals opgenomen binnen de vier projecten Nieuw Zorgaanbod overeenkomt met de door Boendermaker et al. (2004) beschreven doelgroep. In het hiernavolgende wordt een korte beschrijving gegeven van de resultaten van dat onderzoek.

### **2.1.2 Dossieronderzoek Boendermaker et al. (2004)**

In opdracht van het Ministerie van Justitie heeft het NIZW (Boendermaker et al., 2004) onderzoek gedaan naar de aard en omvang van crisisgeplaatste jongeren in de justitiële inrichtingen. Op basis van dossieronderzoek van een representatieve steekproef van 110 jongeren geven Boendermaker et al. (2004) een beschrijving van de jongeren die met een ondertoezichtstelling zijn opgenomen in een justitiële jeugdinstelling. Van de 110 jongeren is 50% jongen en 50% meisje. Ruim 60% van de jongeren is in Nederland geboren en bijna de helft van de jongeren woonde voor opname in een gezinssituatie (47%); 41% van de jongeren heeft broers en/of zussen. Van de 43% van de jongeren waarvan informatie over de relatie tussen de ouders bekend is, blijkt dat bij 18% de relatie tussen ouders slecht is en dat 9% van de jongeren geen contact heeft met één van beide ouders (gescheiden ouders).

### ***Hulpverleningsgeschiedenis***

Voordat een jongere werd opgenomen, was er vaak al veel hulp aan vooraf gegaan (77%). Van deze jongeren is 73% al eerder opgenomen geweest in een residentiële instelling, 62% heeft eerder ambulante hulp gehad, 6% heeft eerder daghulp gehad en 14% heeft wel eens in een pleeggezin gezeten. Sommige jongeren hebben een combinatie van verschillende vormen van hulp gehad.

### ***Probleemgedrag jongere***

Wat betreft externaliserend gedrag vertoont 57% van de jongeren antisociaal gedrag en 56% vertoont agressief gedrag. Verder blijkt dat 45% van de jongeren delicten heeft gepleegd ofwel politiecontacten heeft gehad, waarbij het type delict onduidelijk is. De meest voorkomende diagnose volgens de DSM-criteria is oppositioneel opstandig gedrag (64%). Wat betreft internaliserende problematiek, constateren Boendermaker et al. dat 36% van de jongeren depressieve klachten heeft en 26% aan suïcide denkt of heeft een poging gedaan en/of automuteert. Verder blijkt dat 56% van de jongeren comorbiditeit vertoont van externaliserend en internaliserende probleemgedrag. Ander veelvoorkomend probleemgedrag binnen de doelgroep is het vertonen van risicovol middelengebruik. Van de 110 jongeren blijkt 11% softdrugs te gebruiken, 8% harddrugs, 6% zowel soft- als harddrugs en bij 4% van de jongeren is sprake van alcoholmisbruik.

### ***Risicofactoren in de omgeving***

De crisisgeplaatste jongeren groeien veelal op in een risicovolle omgeving. Zo werd 15% van de jongeren blootgesteld aan ernstige ruzies in het gezin en werd 21% van de jongeren mishandeld. In 14% van de gezinnen slaat de jongere zelf ouders en/of broertjes en zusjes. Daarnaast komt naar voren dat bijna 12% van de jongeren in de prostitutie zit dan wel dat er vermoedens zijn van prostitutie.

### ***Problematiek van ouders***

Niet alleen de jongeren vertonen probleemgedrag, maar vaak ook de ouders. Geconstateerd werd dat 15% van de jongeren een verslaafde ouder heeft, aan alcohol dan wel aan drugs.

De conclusie van Boendermaker et al. (2004) is dat de crisisgeplaatste jongeren in de justitiële jeugdinrichtingen een groep jongeren betreft met ernstige gedragsstoornissen, die in de helft van de gevallen ook internaliserende problematiek vertoont. Daarnaast komen de jongeren uit gezinsituaties die problematisch zijn. Het gaat dus niet alleen om een moeilijke doelgroep, maar ook om een zeer kwetsbare groep jongeren gezien de risicofactoren die bij deze jongeren aanwezig zijn. Eerdere hulpverlening heeft niet het gewenste resultaat laten zien, waardoor deze doelgroep te moeilijk is voor het huidige, niet-justitiële hulpverleningsaanbod (Boendermaker et al., 2004). In de huidige studie wordt onderzocht in hoeverre de werkelijke groep binnen Nieuw Zorgaanbod overeenkomt met de beschreven doelgroep van Boendermaker et al. (2004).

## 2.2 Methode

### 2.2.1 Procedure en meetinstrument

Voor het evaluatieonderzoek zullen de dossiers van alle in het Nieuw Zorgaanbod opgenomen jongeren worden geanalyseerd om inzicht te krijgen in kenmerken van de doelgroep van Nieuw Zorgaanbod vóór opname. Om de dossiers te kunnen scoren is een nieuw scoringschema ontwikkeld dat gebaseerd is op bestaande scoringschema's (SDI; Flipse, 2000; Veerman & Tates, 1989). Deze dossierinformatie vormde de basis voor het nieuw te ontwikkelen instrument, vanaf nu 'Scoringschema Nieuw Zorgaanbod' (SDI-NZA) genaamd. Het SDI-NZA is een instrument dat vraagt naar demografische gegevens van kinderen, jongeren en gezinnen die zijn aangemeld voor pedagogische hulp. Omdat binnen de bestaande scoringschema's vragen omtrent specifieke probleemgedragingen van jongeren ontbraken, zijn extra items toegevoegd uit de signaleringslijst van Orobio de Castro (2002) en uit de resultaten van het onderzoek van Boendermaker et al. (2004). In het 'Scoringschema Nieuw Zorgaanbod' wordt informatie uit de dossiers gescoord op de volgende gebieden: algemene gegevens, hulpverleningsgeschiedenis, dagbesteding, diagnostische gegevens jongere, problematisch gedrag jongere, aanvullende gegevens ouders en opvoedingsomgeving.

Om de betrouwbaarheid van het 'Scoringschema Nieuw Zorgaanbod' vast te stellen zijn door twee onderzoekers vijf dezelfde dossiers gescoord met een eerste conceptversie van het nieuwe scoringschema. Naar aanleiding van deze eerste scoring, heeft een aantal aanpassingen plaatsgevonden. Vervolgens zijn door dezelfde twee onderzoekers weer vijf dossiers gescoord. Op basis daarvan zijn de laatste veranderingen aangebracht. De aanpassingen betroffen met name het vereenvoudigen van de vragen in het scoringschema en het toevoegen van antwoordmogelijkheden. Vervolgens hebben de twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar tien dezelfde dossiers gelezen en gescoord aan de hand van het definitieve scoringschema. Achteraf is per dossier de onderlinge overeenstemming berekend. Deze was steeds 80% of hoger. Dat betekent dat de betrouwbaarheid van het scoren voldoende was. Voor het scoren van de dossiers zijn vervolgens studentassistenten ingeschakeld. De studentassistenten zijn getraind door één van de onderzoekers. Om de onderlinge betrouwbaarheid te bepalen is dezelfde procedure gevolgd als bij de onderzoekers. De student-assistenten en één onderzoeker hebben onafhankelijk van elkaar tien dezelfde dossiers gelezen en gescoord aan de hand van het scoringschema. Daarna is de betrouwbaarheid bepaald door de percentages overeenstemming te berekenen. Deze waren steeds 80% of hoger, wat inhoudt dat de *studentassistenten voldoende betrouwbaar scoren*.

### 2.2.2 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep voor de huidige studie bestaat uit alle jongeren die vanaf de start van het Nieuw Zorgaanbod tot januari 2008 zijn opgenomen binnen de vier projecten. In totaal gaat het dan om 317 jongeren met een gemiddelde leeftijd van 15.68 (Sd = 1.32), waarvan 63% jongens en 37% meisjes. Van de 317 jongeren is 22% opgenomen bij De Juiste Hulp, 39% bij Paljas Plus, 13% bij Hand in Hand en 27% bij De Koppeling. Als gekeken wordt naar het geboorteland van de jongeren, komt naar voren dat 87% in

Nederland is geboren. Van de ouders blijkt 58% van de moeders en 45% van de vaders in Nederland te zijn geboren. Wat betreft de relatie tussen de ouders blijkt dat 51% geen relatie heeft of gescheiden is, 29% is gehuwd dan wel samenwonend en voor de overige 5% geldt dat ze een andere relatievorm hebben (bijv. LAT-relatie). Het aantal kinderen in de gezinnen waarvan de jongeren afkomstig zijn, is 2.04 (SD = 1.45). In 85% van de gezinnen van de jongeren is de biologische moeder aanwezig en in 54% is de biologische vader aanwezig.

## 2.3 Resultaten

### 2.3.1 Hulpverleningsgeschiedenis

Van de 317 jongeren was de woonsituatie vóór plaatsing binnen Nieuw Zorgaanbod voor 79% een andere zorgvorm, 16% kwam vanuit de thuissituatie, 4% was zwervend voor opname en 1% van de jongeren kwam uit een andere vorm van zorg. In Tabel 2 is voor de 79% van de jongeren die een andere zorgvorm ontvingen te zien om welke zorgvorm het ging.

**Tabel 2. Zorgvorm vóór opname binnen Nieuw Zorgaanbod.**

Zorgvorm	Frequentie	%
Justitiële jeugdinrichting	196	79
Residentiële instelling	26	10
Pleeggezin	11	4
Open crisisopvang	11	4
Ambulante hulp	2	1
Overig	3	1

*Nota.* Onder overig valt 1 jongere met de zorgvorm GGz behandeling, 1 jongere met observatiediagnostiek 24-uurs en 1 jongere met de zorgvorm zorgaanbieder deeltijd.

### 2.3.2 Probleemgedrag jongeren

Jongeren die in de gesloten jeugdzorg terecht komen, komen daar vanwege het vertonen van probleemgedrag. Dit kan op meerdere gebieden naar voren komen. Uit de dossiers blijkt dat 98% van de jongeren externaliserend probleemgedrag als agressiviteit en opstandig gedrag laat zien. Meer specifiek blijkt dat 70% van de jongeren politiecontacten heeft gehad. In Tabel 3 staat weergegeven welk type delicten deze jongeren pleegden. Daarnaast vertoont 42% fysiek geweld tegen gezinsleden.

Naast externaliserend probleemgedrag vertoont 67% ook internaliserende problematiek zoals depressie, onzekerheid en angstig gedrag. Bij de meerderheid (62%) van de jongeren is een diagnose volgens de DSM-classificatie vastgesteld. Van deze jongeren zijn de meest voorkomende diagnoses oppositioneel-opstandig gedrag (37%), gedragsstoornis (30%) en ADHD (28%). Andere voorkomende psychiatrische stoornissen zijn ouder-kindrelatieprobleem (15%), hechtingsstoornis (12%), depressie (8%), aan autisme verwante stoornis (7%), aanpassingsstoornis (5%) en cannabismisbruik (3%). De psychiatrische stoornissen die binnen de doelgroep minder dan vijf keer voorkomen, zijn hier buiten beschouwing gelaten. Naast het probleemgedrag dat de jongeren vertonen, laten ze ook risicovolle gedragingen zien. De



dossieranalyses tonen aan dat 41% van de jongeren rookt, 18% laat problematisch alcoholgebruik zien, 59% gebruikt softdrugs en 17% gebruikt harddrugs.

**Tabel 3. Gepleegde delicten opgesplitst naar delicttype volgens de dossieranalyse.**

Type delict	%
Vermogensdelicten	80
Gewelddelicten	71
Vernieling/vandalisme/brandstichting	30
Zedendelicten	4
Anders	14
Geen delicten	30

### 2.3.3 Risicofactoren in de omgeving

Risicofactoren voor het ernstige probleemgedrag van de jongeren kunnen op meerdere gebieden gevonden worden. Zo worden binnen het gezin veel problemen ervaren. Ruim 30% is slachtoffer van mishandeling (geestelijk, lichamelijk danwel seksueel) door ouders, broers of zusjes. Ook de stabiliteit en kwaliteit van de opvoedingsomgeving (bijv. leefsituatie en opvoedingsfiguren), laten te wensen over. Van de jongeren komt 23% uit een stabiele opvoedingsomgeving, 39% uit een behoorlijk instabiele opvoedingsomgeving en 35% uit een sterk instabiele opvoedingsomgeving. Met de kwaliteit van de opvoedingsomgeving wordt bedoeld in hoeverre de opvoedingssituatie van de jongere bedreigend is voor zijn/haar ontwikkeling (bvb. langdurig werkloos gezinslid, grote verschillen in opvoedingsstijl, hevige ouderlijke ruzies, verwaarlozing, desorganisatie na echtscheiding, pedagogisch onvermogen, alcoholisme van ouders, psychiatrisch gestoorde ouders). De dossiers geven aan dat maar 5% van de jongeren zich voor opname in een *niet* bedreigende opvoedingssituatie bevond. Daarentegen komt 17% uit een licht bedreigende, 34% uit een matig bedreigende, 35% uit een ernstig bedreigende, en 6% uit een zeer ernstig bedreigende opvoedingsomgeving.

Daarnaast heeft 42% van de jongeren (ernstige) traumatische gebeurtenissen meegemaakt, 22% is getuige geweest van geweld tussen ouders, 12% is seksueel misbruikt door derden (personen buiten het gezin). Een laatste mogelijke reden voor het probleemgedrag van deze doelgroep kan worden gevonden in de vriendengroep. Ruim 60% van de jongeren bevindt zich in een risicovolle vriendenkring, waarmee wordt bedoeld dat hun vrienden zich bezig houden met criminele activiteiten. Hiermee samenhangend valt op dat relatief veel jongeren (20%), vooral meisjes, contacten hebben met 'loverboys' ofwel een potentieel risico liepen om slachtoffer te worden van een loverboy dan wel in de prostitutie hebben gezeten. Daarnaast laat 50% van alle jongeren seksueel grensoverschrijdend gedrag zien.

### 2.3.4 Problematiek van ouders

Niet alleen de jongeren laten problemen zien, ook hun ouders vertonen een veelzijdigheid aan problematiek. Zo blijkt uit de dossieranalyse dat 13% van de moeders lichte psychische of lichamelijke problemen heeft en 36% zware (psychiatrische) problematiek laat zien. Voor de vaders liggen deze percentages op respectievelijk 6% en 17%. Ook verslavingsproblematiek is aanwezig bij de ouders van deze doelgroep. Van de moeders laat 5% alcoholmisbruik zien, 3% drugsmisbruik en

2% van de moeders is zowel verslaafd aan alcohol als aan drugs. Voor de vaders geldt dat 4% verslaafd is aan alcohol, 4% aan drugs en 3% aan beiden.

Naar aanleiding van de dossieranalyses kan geconcludeerd worden dat de jongeren die in het kader van Nieuw Zorgaanbod zijn opgenomen een diversiteit aan problematiek vertonen die zich op meerdere gebieden voordoet. Naast de problematiek die de jongeren vertonen, zijn er ook problemen te constateren bij de ouders, in de opvoedingsomgeving en binnen de vriendengroep.

### 2.3.5 Vergelijking doelgroep Boendermaker et al. (2004) en Nieuw Zorgaanbod

Als een vergelijking wordt gemaakt tussen de doelgroep beschreven door Boendermaker et al. (2004) en de werkelijk opgenomen doelgroep binnen Nieuw Zorgaanbod dan blijken er vooral significante verschillen naar voren te komen (zie Tabel 4).

**Tabel 4. Vergelijking doelgroep Boendermaker et al. (2004) en Nieuw Zorgaanbod.**

Categorieën	Variabelen	Boendermaker et al. (2004) (N = 110)	Nieuw Zorgaanbod (N = 317)	$\chi^2$
Hulpverlening	Eerdere hulpverlening gehad	77%	79%	0.12
Probleemgedrag jongere	Externaliserende problemen	57%	98%	125.25***
	Politiecontacten	45%	70%	21.33***
	Geweld gezinsleden	14%	42%	28.92***
	DSM-diagnose	ODD – 64%	ODD – 37%	23.70***
	Internaliserende problemen	56%	67%	3.93**
	Suicide/automutilatie	26%	36%	20.32***
	Gebruik softdrugs	11%	59%	75.87***
	Gebruik harddrugs	8%	17%	5.09**
	Alcoholmisbruik	4%	18%	13.72***
Risicofactoren omgeving	Mishandeling	21%	30%	3.35*
	Prostitutie	12%	20%	3.62*
Problematiek ouders	Verslaving (drugs-alcohol)	15%	22%	2.21

Noot: De  $\chi^2$ -toets is gedraaid op basis van frequenties. \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .05$ , \*  $p < .10$ .

Op twee variabelen is geen significant verschil te constateren. In beide studies hebben evenveel jongeren eerdere hulpverlening gehad en hebben de jongeren in gelijke mate te maken met verslavingsproblematiek van ouders.

## 2.4 Discussie

De hoofdvraag in deze studie was of de doelgroep van Nieuw Zorgaanbod te vergelijken is met de beschreven doelgroep volgens Boendermaker et al. (2004). Uit de resultaten blijkt dat de onderzoeksgroep in de studie van Boendermaker et al. (2004) en de onderzoeksgroep binnen Nieuw Zorgaanbod overeenkomen qua percentages jongeren die eerdere hulpverlening hebben gehad en jongeren die te maken hebben met een verslaafde ouder(s). Echter, op de meeste probleemgebieden lijken significante verschillen naar voren te komen tussen beide onderzoeksgroepen. Volgens de dossiers laten de jongeren binnen het Nieuw Zorgaanbod (98%) beduidend vaker externaliserende problematiek zien dan de jongeren uit de studie van Boendermaker et al. (57%). Tevens hebben jongeren binnen Nieuw Zorgaanbod vaker politiecontacten op

hun naam staan (70% versus 45%). Ook de percentages gebruik van fysiek geweld tegen gezinsleden verschillen van elkaar; in de studie van Boendermaker et al. komt naar voren dat 14% geweld gebruikt en in de huidige studie ligt dit percentage op 42%. Het verschil in softdruggebruik is opvallend te noemen. Volgens de dossiers in de studie van Boendermaker et al. (2004) gebruikt 11% van de jongeren softdrugs, terwijl uit de dossiers van de jongeren binnen Nieuw Zorgaanbod blijkt dat 59% softdrugs gebruikt. Wat betreft harddrugs zijn de verschillen minder groot, 8% en 18%, maar ook hier vertoont de doelgroep van Nieuw Zorgaanbod significant meer drugsgebruik. Ten slotte komt uit de studie van Boendermaker et al. (2004) naar voren dat de meest voorkomende diagnose volgens de DSM een oppositioneel opstandige gedragsstoornis is (ODD). Dit is tevens de meest voorkomende stoornis binnen Nieuw Zorgaanbod. Maar de percentages van beide studies zijn weer verschillend. ODD komt in de studie van Boendermaker et al. (2004) bij 64% van de jongeren voor en bij jongeren binnen Nieuw Zorgaanbod is ODD bij 37% gediagnosticeerd. Ook als het gaat om internaliserende problematiek vertonen de jongeren binnen Nieuw Zorgaanbod meer problemen en ook de risicofactoren in de omgeving vertonen meer problematiek.

Het onderzoek van Boendermaker et al. (2004) had als doel om de crisisgeplaatste jongeren in de opvanginrichtingen in beeld te krijgen. Naar aanleiding van dit onderzoek is Nieuw Zorgaanbod van start gegaan. De door Boendermaker et al. (2004) beschreven doelgroep vormde de richtlijn voor de ontwikkeling van Nieuw Zorgaanbod. De huidige studie heeft zich gericht op een vergelijking van de twee onderzoeksgroepen en dan blijken er vooral verschillen te vinden. Met name wat betreft externaliserende problemen, politiecontacten, geweld in het gezin en het gebruik van softdrugs lijkt de doelgroep van Nieuw Zorgaanbod meer problematiek te vertonen dan de doelgroep uit de studie van Boendermaker et al. (2004). Er kunnen verschillende verklaringen worden gegeven voor de geconstateerde verschillen in de doelgroep tussen de studie van Boendermaker et al. (2004) en de huidige studie. Ten eerste hebben Boendermaker et al. (2004) alle jongeren die op civielrechtelijke titel in de justitiële jeugdinstellingen zaten, betrokken in haar onderzoek. Van deze jongeren was voor een deel plaatsing binnen gesloten jeugdzorg nodig en voor een deel van de jongeren niet. Het is mogelijk dat alleen de jongeren met de ernstigste problemen terecht zijn gekomen binnen Nieuw Zorgaanbod en dat voor de 'lichtere' gevallen toch eerder voor een andersoortige oplossing is gekozen (bijv. ambulante, reguliere residentieel). Daarnaast komt de doelgroep die door Boendermaker et al. (2004) is beschreven uit de opvanginrichtingen en komen de jongeren die binnen Nieuw Zorgaanbod zijn opgenomen uit zowel de opvang- als de behandelinstellingen. Het is mogelijk dat jongeren die al in een behandelinstelling zijn opgenomen ernstiger probleemgedrag vertonen dan de jongeren die in de opvanginrichtingen verblijven. Daardoor is het mogelijk dat de doelgroep van het Nieuw Zorgaanbod ernstiger probleemgedrag heeft dan de groep die Boendermaker et al. (2004) beschrijven. Ook kan er sprake zijn van een zogenaamde aanzuigende werking. Boendermaker et al. (2004) onderzochten de potentiële doelgroep voor het Nieuw Zorgaanbod die op dat moment in de opvanginrichtingen verbleef, terwijl er op dat moment geen alternatief zorgaanbod in reguliere jeugdzorg aanwezig was. Op het moment dat er wel zorgaanbod beschikbaar is voor een doelgroep die normaliter tussen wal en schip valt, kan het zijn dat jongeren wel aangemeld worden voor het Nieuw Zorgaanbod, die voorheen niet aangemeld werden voor de crisisopvang in de JJI's. Opname in een JJI kan dan nog een stap te ver

zijn, waar opname binnen de gesloten jeugdzorg wel passend word gevonden. Dat kan verklaren waarom er toch verschillen zijn tussen de potentiële doelgroep zoals onderzocht door Boendermaker et al. (2004) en de daadwerkelijke doelgroep die binnen het Nieuw Zorgaanbod is opgenomen.

Toch is het opvallend dat de doelgroep Nieuw Zorgaanbod ernstigere externaliserende problematiek laat zien dan de door Boendermaker et al. (2004) beschreven doelgroep. In het plaatsingsprotocol gesloten jeugdzorg wordt immers voorrang gegeven aan plaatsing van de meest kwetsbare jongeren binnen de Jeugdzorg<sup>Plus</sup>, waar het Nieuw Zorgaanbod deel van uitmaakt. Het gaat om de categorieën 1 t/m 3, slachtoffers van gedwongen prostitutie, seksueel misbruik en geestelijke en lichamelijke mishandeling. Het is dan opmerkelijk dat de doelgroep Nieuw Zorgaanbod zulke forse externaliserende problematiek laat zien. Dat zou eerder verwacht worden bij de ernstcategorieën 4 t/m7 waarbij het externaliserende gedrag meer aan de orde is. Betekent dit dat de ernstcategorieën 1 t/m3 niet zoveel voorkomen en dat de plaatsen dus opgevuld kunnen worden met de categorieën 4 t/m 7, of wordt de verkeerde doelgroep opgenomen, of hebben deze kwetsbare jongeren daarnaast ook forse gedragsproblematiek? Is het onderscheid in de categorieën van het plaatsingsprotocol dan wel zo duidelijk en praktisch hanteerbaar? Ten slotte is het ook van belang te noemen dat in beide onderzoeken verschillende instrumenten zijn gebruikt om dossiers te analyseren. Het is mogelijk dat dat tot verschillende resultaten heeft geleid.

De voornaamste implicatie die onze bevindingen hebben, is dat ons onderzoek aantoon dat jongeren die binnen Nieuw Zorgaanbod worden opgenomen een vrij homogene groep is met forse gedrags- en opvoedingsproblematiek. Dit heeft consequenties voor de behandeling die de jongeren dienen te krijgen, maar heeft ook consequenties in randvoorwaardelijke zin (personeel, omgeving). De forse externaliserende, maar vooral ook de comorbiditeit van de problematiek (externaliserend en internaliserend), vraagt om veel kennis bij het personeel omtrent psychopathologie bij jongeren en hoe hier mee om te gaan in de dagelijkse praktijk. Daarnaast vraagt de externaliserende problematiek om een omgeving die voldoende kan inspringen op de mate van begrenzing en bescherming van de jongeren. De comorbiditeit van de problematiek hangt tevens samen met slechte behandelingsprognoses, zoals bekend is uit eerdere onderzoek (Dorelijers, 2000). Beide studies geven een beeld van een groep jongeren, waarbij op meerdere gebieden problemen gesignaleerd worden. Deze veelzijdigheid aan problematiek maakt het waarschijnlijk moeilijk deze jongeren een passende behandeling te geven. De behandeling zal zich moeten richten op meerdere gebieden, waarbij gedacht kan worden aan de jongere zelf, het gezin, en de vriendengroep. De inmiddels ontwikkelde methodiek van Nieuw Zorgaanbod is er op gericht om problemen op meerdere gebieden te verbeteren met als uiteindelijk doel dat de jongere weer thuis dan wel zelfstandig kan gaan wonen (Bureau van Montfoort, 2008). In toekomstig onderzoek zal de effectiviteit van het Nieuw Zorgaanbod geëvalueerd worden.