

## WHO CARES?!

### BASELINE PROFILES AND CHILD DEVELOPMENT IN DIFFERENT 24-H SETTINGS

#### INTRODUCTIE

Ieder kind heeft recht op veilige, ondersteunende en verzorgende opvoedingssituatie waarin het zich zo optimaal mogelijk kan ontwikkelen. Soms komt een gezonde ontwikkeling echter in het gedrang door onveilige of ongunstige kind- en gezinsomstandigheden. Als intensieve (gezins)ondersteuning onvoldoende effectief is gebleken, kan een (tijdelijke) uithuisplaatsing van het kind een passend alternatief zijn. De drie hoofdzoorgvormen bij uithuisplaatsing zijn pleegzorg, gezinshuizen en residentiële zorg. Pleegzorg en gezinshuizen bieden beide een gezinssetting, wat doorgaans de voorkeur heeft, omdat het kind daar meer mogelijkheden heeft om stabiele, continue gehechtheidsrelaties aan te gaan met de vervangende opvoeders. Daarnaast lijkt een gezinssetting het meest op een biologische gezinssituatie.

Uit onderzoek is gebleken dat tenminste 20% van de uithuisgeplaatste kinderen onvoldoende profiteert van de plaatsing. Samen met de almaar stijgende kosten van jeugdzorgvoorzieningen en de versnippering van jeugd- en opvoedhulp, was dit reden om het jeugdzorgstelsel in Nederland te wijzigen. Op 1 januari 2015 werd de nieuwe Jeugdwet van kracht, die zowel een *transitie* van de centrale taken en verantwoordelijkheden van het Rijk en Provincies naar gemeenten (decentralisatie) omvat, als een *transformatie* in de organisatie en werkwijze van jeugdzorgdiensten. Met deze stelselwijziging wordt beoogd (1) meer nadruk te leggen op preventieve en ambulante (thuis)hulp en het versterken van de eigen kracht van het gezin en hun netwerk, (2) vermindering van het gebruik van specialistische jeugdzorg en (3) verbetering van de effectiviteit van de resterende (specialistische) jeugdzorg.

Bij uithuisplaatsing heeft pleegzorg als niet-intensieve 24-uurs gezinssetting sterk de voorkeur. Pas als blijkt dat met deze hulp de ontwikkeling van het kind onvoldoende kan worden bijgestuurd, wordt opgeschaald naar een intensievere vorm van 24-uurs hulp. De toewijzing van de zorg verloopt dus via een getrappt model (“stepped-care model”). Het nadeel van deze getrapte werkwijze is echter dat dit kan resulteren in lange hulptrajecten, toename van (ontwikkelings)problemen bij het kind en voortijdige uitval als de eerst gekozen zorg te licht bleek voor de aanwezige problemen. Voorondersteld wordt dat de efficiëntie en effectiviteit van 24-uurs zorg verbeterd kan worden door de kind- en gezinskenmerken bij aanmelding te matchen aan de best passende vorm van 24-uurs zorg. Dit wordt ook wel het matching model genoemd (“matched-care model”). Om te komen tot een dergelijk model is allereerst kennis nodig van de risicovolle kind- en gezinskenmerken van uithuisgeplaatste kinderen bij de start van de plaatsing in een van de zorgvormen bij uithuisplaatsing en de rol die deze startkenmerken hebben bij de ontwikkeling van het kind tijdens de plaatsing. Door vervolgens te onderzoeken welke startkenmerken gerelateerd zijn aan een gunstige dan wel ongunstige ontwikkeling van het kind, wordt inzichtelijk welke factoren (positief dan wel negatief) bijdragen aan de ontwikkeling van het kind tijdens de plaatsing. Deze factoren kunnen gebruikt worden als bouwstenen voor besluitvorming(sprocessen) bij uithuisplaatsing en voor onderbouwing van de keus voor aanvullende therapieën tijdens de plaatsing. Dit vergroot de kans op het bieden van de meest effectieve zorg in de gegeven kind- en gezinsomstandigheden.

Het hoofddoel van het huidige onderzoek is om bij te dragen aan de ontwikkeling van een effectievere (gematchte) wijze van zorgtoewijzing bij uithuisplaatsing passend binnen de kaders en doelstellingen van de huidige transformatie van de jeugdzorg. Hiertoe zijn allereerst de typerende kind- en gezinskenmerken bij de start van de plaatsing in een van de drie hoofdzorgvormen in kaart gebracht met literatuuronderzoek. Vervolgens zijn de typerende doelgroepkenmerken van 200 Nederlandse uithuisgeplaatste basisschool kinderen in een van de drie hoofdzorgvormen onderling vergeleken in een empirisch onderzoek. Daarnaast is de psychosociale ontwikkeling die de uithuisgeplaatste kinderen gedurende het eerste jaar van plaatsing hebben doorgemaakt in de drie zorgvormen onderling vergeleken in een empirisch onderzoek. Tot slot zijn de typerende doelgroepkenmerken die in het empirisch onderzoek naar voren kwamen, gerelateerd aan de psychosociale ontwikkeling (gunstig of ongunstig) van het kind. Dit resulteerde in een set van startkenmerken die kunnen dienen als bouwstenen om in de besluitvorming bij uithuisplaatsing een optimale match te maken met een best passend zorgaanbod.

In deze handreiking worden de belangrijkste bevindingen van het onderzoek en de implicaties voor praktijk en beleid beschreven, evenals enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

## **BELANGRIJKE BOUWSTENEN VOOR BESLUITVORMING BIJ UITHUISPLAATSING**

### ***Kindkenmerken gerelateerd aan de mate van psychosociale ontwikkeling***

Wat betreft kindkenmerken bij de start van de plaatsing bleken vijf kindfactoren gerelateerd aan de mate van psychosociale ontwikkeling. Allereerst bleek *de kwaliteit van de gehechtheidsontwikkeling* een belangrijke bouwsteen voor besluitvorming bij uithuisplaatsing. Zoals verwacht kwam een reactieve hechtingsstoornis (RAD) bij pleegkinderen het minst voor (15%). Wel bleek uit aanvullende analyses dat pleegouders bij de helft van de pleegkinderen (sub)klinische kenmerken van sociaal-emotionele onthechting signaleerden bij de start van de plaatsing, waarbij deze kenmerken gerelateerd bleken aan een ongunstige psychosociale ontwikkeling in deze setting. In gezinshuizen was een substantieel deel van de kinderen (een derde) gediagnosticeerd met RAD en lag het klinische niveau van sociale en emotionele onthechting significant hoger dan bij residentieel geplaatste kinderen. Denkbaar is dat dit gerelateerd is aan de lange hulpverleningsgeschiedenis voorafgaand aan de plaatsing in een gezinshuis (gem = 5.4 jaar, SD = 2.3 jaar). De aanwezigheid van ernstige sociale en emotionele onthechting was gerelateerd aan een ongunstige psychosociale ontwikkeling in deze setting. In de residentiële setting vertoonden de kinderen weliswaar in mindere mate signalen van sociale en emotionele onthechting, maar ook daar was een derde gediagnosticeerd met RAD. Om kinderen snel en succesvol door te plaatsen naar een gezinsgerichte setting is het noodzakelijk de aanwezigheid van hechtingstrauma's te screenen en indien aanwezig te behandelen. De screening van de kwaliteit van gehechtheidsontwikkeling in de open residentie is bovendien belangrijk omdat aanvullende analyses aantoonde dat kinderen zonder problemen op dit gebied zich juist in deze setting ongunstig ontwikkelden op psychosociaal gebied.

Een tweede bouwsteen voor besluitvorming bij uithuisplaatsing is het *psychosociaal functioneren van het kind bij start*. Over het algemeen was de mate van psychosociale ontwikkeling bij kinderen in de drie zorgvormen onderling vergelijkbaar, ondanks de verschillen in aard, ernst en frequentie bij aanvang van de plaatsing. Specifiek binnen

pleegzorg bleek op trendniveau een (gemiddelde) toename van signalen van psychosociale problemen. Dit gold met name voor pleegkinderen zonder klinische psychosociale problemen bij plaatsing. Mogelijk weerspiegelt deze trend een natuurlijke reactie op het onderbreken van de gehechtheidsrelatie met de biologische ouders wat de vraag oproept of voor deze kinderen (zeer) intensieve kind- en gezinshulp in plaats van een uithuisplaatsing een beter alternatief zou zijn geweest. In gezinshuizen rapporteerden gezinshuisouders zowel bij start als na een jaar (zeer) ernstige signalen van psychosociale problemen bij de geplaatste kinderen, ondanks de lichte verbetering in het emotionele functioneren gedurende het eerste jaar. Dit combinerend met de eerder genoemde ernstige signalen van sociale en emotionele onthechting bij kinderen in gezinshuizen indiceert dat vooral binnen deze setting gezinshuisouders extra ondersteuning nodig hebben om deze problemen te hanteren.

Een derde bouwsteen voor besluitvorming bij uithuisplaatsing is de *aanwezigheid van psychiatrische problemen bij het kind* bij plaatsing. Hieronder valt bijvoorbeeld de aanwezigheid van een depressie, een angst- of gedragsstoornis of een posttraumatische stressstoornis. Zoals verwacht op grond van literatuur, waren psychiatrische problemen het meest aanwezig bij residentieel geplaatste kinderen. Aanvullende analyses toonden echter aan dat in gezinshuizen zes keer vaker (59%) een psychiater werd geconsulteerd dan in residentie (11%). Gezien de negatieve relatie tussen de aanwezigheid van psychiatrische problematiek en de psychosociale ontwikkeling in open residentie wordt met name voor deze setting geadviseerd om de aanwezigheid van onderliggende psychiatrische problematiek bij start te onderzoeken en om nauwe samenwerking aan te gaan met de geestelijke gezondheidszorg om deze problematiek effectief te kunnen behandelen.

De laatste twee bouwstenen binnen de kindcontext betreffen *leeftijd bij plaatsing* en *geslacht*. Alhoewel deze twee bouwstenen verschillen van de overige drie omdat ze intrinsiek onbehandelbaar zijn, zijn het wel belangrijke factoren bij de afweging van de plaatsingsopties. Wat betreft geslacht blijkt bijvoorbeeld dat vooral meisjes zich gunstig ontwikkelen in een gezinshuis. Dit impliceert dat bij plaatsing van een jongen in een gezinshuis de psychosociale ontwikkeling extra gemonitord dient te worden. Voor leeftijd bij plaatsing geldt dat een pleegzorgplaatsing met name bijdraagt aan een gunstige psychosociale ontwikkeling bij jonge basisschool kinderen (eind onderbouw). Bij plaatsing van oudere basisschool kinderen (begin bovenbouw) in pleegzorg wordt daarom geadviseerd de psychosociale ontwikkeling extra te monitoren om tijdig bij te kunnen sturen met aanvullende ondersteuning en behandeling aan de pleegouders en het pleegkind.

### ***Gezinskenmerken gerelateerd aan de mate van psychosociale ontwikkeling***

Binnen de startkenmerken in de gezinscontext bleken twee gezinsfactoren gerelateerd aan de mate van psychosociale ontwikkeling van het kind. Allereerst is *een geschiedenis van kindermishandeling* aangemerkt als bouwsteen voor besluitvorming bij uithuisplaatsing gezien de sterke relatie met de ontwikkeling van trauma-gerelateerde stoornissen. Daarnaast heeft mishandeling ernstige en langdurige gevolgen voor de ontwikkeling van het kind en wordt het vaak overgedragen van generatie op generatie (intergenerationele overdracht). Bij pleegkinderen kwam een geschiedenis van kindermishandeling het meest voor (90%). Meestal betrof dit verwaarlozing (60%), wat gerelateerd lijkt aan de hoge prevalentie van ouderproblemen als psychiatrische problematiek en materiële problemen in deze setting. Opvallend genoeg was de aanwezigheid van een geschiedenis van kindermishandeling zowel

gerelateerd aan een gunstige als aan een ongunstige psychosociale ontwikkeling bij pleegkinderen. Waarschijnlijk komt dit omdat het gebruikte construct meerdere typen van mishandeling omvatte (fysieke en emotionele mishandeling, fysieke en emotionele verwaarlozing en seksueel misbruik), waarbij elke vorm zijn eigen specifieke gevolgen heeft voor de ontwikkeling van het kind. De hoge prevalentie van een geschiedenis van kindermishandeling benadrukt in ieder geval de noodzaak om de aanwezigheid van trauma-gerelateerde stoornissen te onderzoeken en te behandelen.

Ten tweede bleek de *kwaliteit van de opvoedrelatie tussen het geplaatste kind en de vervangend opvoeder* een belangrijke bouwsteen voor het vergroten van de effectiviteit van de geboden hulp. De kwaliteit van de (vervangende) opvoedrelatie weerspiegelt de kwaliteit van de gehechtheidsontwikkeling van het kind en is gerelateerd aan een leeftijdsadequate psychosociale ontwikkeling. Op hoofdlijnen was de kwaliteit van de opvoedrelatie met de vervangende opvoeders vergelijkbaar in alle drie de zorgvormen. In eerste instantie leek het echter tegenstrijdig dat juist in pleegzorg op enkele specifieke opvoeddimensies meer problemen werden gerapporteerd aan het begin van de plaatsing. Pleegouders rapporteerden klinisch-hoge mate van conflicten in de opvoedrelatie en in subklinische mate signalen van aanklampingsgedrag van het pleegkind. Dit lijkt haaks te staan op het lage percentage kinderen met hechtingsproblemen bij plaatsing in deze setting. Een alternatieve verklaring voor deze bevindingen kan echter zijn dat deze problemen aan het begin van de plaatsing juist een gezonde reactie op de scheiding met de biologische ouders weerspiegelt, temeer omdat een jaar na plaatsing de opvoedrelatie met de pleegouder is hersteld en de psychosociale ontwikkeling gunstig verliep. Dit geldt echter alleen in situaties waarbij sprake was van milde problemen in de opvoedrelatie. Het is dus van belang de kwaliteit van de vervangende opvoedrelatie te monitoren om tijdig aanvullende behandeling toe te kunnen kennen tijdens plaatsing als er sprake is van ernstige problemen op dit gebied.

## **PRAKTISCHE IMPLICATIES VOOR DE TRANSFORMATIE VAN HET JEUGDSTELSEL**

Om de efficiëntie en effectiviteit van 24-uurs zorg te verbeteren, is een transformatie nodig van het huidige getrapte toewijzingsmodel bij uithuisplaatsing bestaande uit opschaling van lichte naar zware zorg, naar een op matching gebaseerde werkwijze. Bij zo'n werkwijze wordt de zorgtoewijzing direct afgestemd op de aanwezige risicovolle kind- en gezinsomstandigheden. Naar onze mening zijn drie stappen noodzakelijk om te kunnen transformeren naar een matching model voor zorgtoewijzing. Deze stappen zullen onderstaand worden toegelicht.

### ***Stap 1: Implementatie van integrale risico- en behoefte analyse***

Allereerst is implementatie van integrale risico- en behoefte analyse nodig bij de start van het traject naar uithuisplaatsing. Pas als de specifieke kind- en gezinsomstandigheden bij start in kaart zijn gebracht en bepaald is welke daarvan behandeling behoeven om te komen tot een gunstige behandeluitkomst, kan een optimale match worden gemaakt met een best passende (set van) interventie(s). In deze integrale startdiagnostiek zouden in ieder geval de zeven bovengenoemde factoren onderzocht moeten worden, gezien hun relatie met de uitkomsten van een uithuisplaatsing en het (negatief) cumulatief effect van de aanwezigheid van meerdere van deze factoren.

## ***Stap 2: Het matchen van het best passende zorgaanbod***

Om het best passend zorgaanbod samen te stellen, zijn een aantal randvoorwaarden van kracht. Allereerst is *meer evidence-based kennis nodig over de effectiviteit* van de verschillende zorgvormen met aanvullende behandeling in relatie tot de specifieke kind- en gezinskenmerken bij de start van de plaatsing. Op hoofdlijnen wijzen de empirische onderzoeksresultaten erop dat pleegzorg in de huidige jeugdzorgcontext het meest effectief is bij jonge mishandelde basisschool kinderen met enkelvoudige matige individuele problemen. Plaatsing in een gezinshuis sluit het best aan oudere meisjes in de basisschoolleeftijd, zonder hechtingsproblemen en met psychiatrische problemen die niet samen gaan met ernstige emotionele- en gedragsproblemen. Open residentie is het meest effectief bij oudere mishandelde en sociaal-emotioneel onthechte basisschool kinderen met ernstige psychosociale problemen die niet voortkomen uit een specifieke psychiatrische stoornis en waarbij een intensieve en integrale behandeling gevraagd wordt. Vervolgonderzoek zal deze typering nader moeten verfijnen.

Een tweede randvoorwaarde voor een goede matching is de *expliciete afweging van de nadelige gevolgen van een bepaalde zorgvorm of van een uithuisplaatsing* bij de uiteindelijke keus voor een bepaalde interventie. Zo wijzen onze onderzoeksresultaten erop dat kinderen met een gezonde gehechtheidsontwikkeling waarschijnlijk meer baat hebben bij een gezinssetting, terwijl kinderen met (ernstige) hechtingstrauma's, ernstige psychosociale problemen en schoolgerelateerde problemen mogelijk eerst een intensieve integrale behandeling behoeven alvorens ze zich goed kunnen ontwikkelen in een (vervangende) gezinssetting. Ook indiceren de onderzoeksresultaten dat juist bij psychosociaal gezond functionerende kinderen uit risicovolle gezinsomstandigheden de ontwikkeling tijdens de plaatsing ongunstig verloopt en kan afgevraagd worden of een intensieve (ambulante) gezinsinterventie mogelijk een beter alternatief zou zijn geweest.

Een derde randvoorwaarde voor het samenstellen van het best passende zorgaanbod is een *gecoördineerde samenwerking binnen de jeugdzorgsectoren*. Met een dergelijke verdieping van het zorgaanbod kunnen de pluspunten van elk type zorg worden gecombineerd. Te denken valt aan het combineren van de pluspunten van zorgvormen door bijvoorbeeld de stabiele verzorging van gezinshuisouders in een gezinshuis te bieden op een residentieel terrein, waar direct beschikking is over speciaal onderwijs en allerlei vormen van therapie. Of het intensiveren van bestaande zorgvormen zoals de (her)invoering van behandelpleegzorg.

Tot slot is naast een verdieping ook een verbreding van de jeugd- en opvoedhulp nodig in de zin van *gecoördineerde samenwerking tussen zorgsectoren*. Dit betreft niet alleen samenwerking met verschillende jeugdzorgdiensten, maar ook samenwerking met verschillende soorten volwassenzorg zoals schuldhulpverlening en geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Hoewel het combineren van interventies uit verschillende zorgsectoren voor kind en gezin op korte termijn duurder of minder efficiënt lijkt, zal dit naar verwachting de effectiviteit en efficiëntie van de jeugd- en opvoedhulp op lange termijn vergroten. Het behandelen van zowel het kind als het gezin sluit daarnaast expliciet aan bij de doelstellingen van de transformatie van de jeugdzorg waarin (onder andere) beoogd wordt de eigen kracht van het gezin te versterken en daarmee de kans op een succesvolle thuisplaatsing te vergroten, of een uithuisplaatsing zelfs te voorkomen.

### ***Stap 3: Routinematig het effect van de interventie(s) monitoren***

Een derde stap om de effectiviteit van de ingezette (set van) interventie(s) te verhogen, is om *het korte- en lange termijn effect te monitoren*, ten einde bij te kunnen sturen. Bovendien kunnen de effecten van de interventies gerelateerd worden aan subgroepen cliënten, zodat er een meer gedifferentieerd beeld ontstaat welke interventie in welke omstandigheden bij wie het beste resultaat biedt.

#### **AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK**

Uniek in dit onderzoek was de onderlinge vergelijking van de startkenmerken en mate van psychosociale ontwikkeling van uithuisgeplaatste kinderen gedurende het eerste jaar van plaatsing in de drie hoofdzoorgvormen van 24-uurs zorg. Vanwege het quasi-experimentele karakter van dit onderzoek en de onevenredige verdeling in aantal respondenten in de drie onderzochte zorgvormen dienen de resultaten van dit onderzoek echter wel met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Op grond van de onderzoeksresultaten worden de volgende aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

Allereerst wordt aanbevolen nader te onderzoeken wat de specifieke invloed is van de subtypen van kindermishandeling (verwaarlozing, mishandeling en misbruik) op de mate waarin een mishandeld kind zich ontwikkelt binnen de verschillende zorgvormen. Deze differentiatie kan bijdragen aan het eerder signaleren van behandelbehoeften bij specifieke (risico)subgroepen en vergroot de kans op effectievere zorgtoewijzing naar een bepaalde zorgvorm of naar aanvullende behandeling.

Ten tweede wordt geadviseerd de ontwikkeling van psychosociaal gezonde kinderen uit disfunctionele biologische gezinnen die in een pleeggezin worden geplaatst te vergelijken met de ontwikkeling van kinderen met soortgelijke achtergrond die een vorm van intensieve ambulante gezinsbehandeling krijgen. De huidige empirische bevindingen lijken namelijk te indiceren dat specifiek deze (diagnostische) subgroep kinderen zich in een pleeggezin ongunstig ontwikkelde. Dit zou kunnen betekenen dat voor deze subgroep kinderen het onderbreken van de gehechtheidsrelatie door de uithuisplaatsing zwaarder weegt dan de ongunstige gezinsomstandigheden thuis.

Een derde aanbeveling voor toekomstig onderzoek heeft betrekking op de rol van het schoolfunctioneren op de uitkomsten van de plaatsing en visa versa. Er is momenteel weinig bekend over de exacte relatie tussen schoolgerelateerde problemen (bijv. IQ, leerproblemen, motivatieproblemen, spijbelen, conflicten) en de uitkomsten van een uithuisplaatsing. De huidige onderzoeksbevindingen tonen in ieder geval aan dat er bij de start van de plaatsing vaak weinig informatie is over dit onderwerp, vooral voor kinderen in gezinshuizen. In de literatuur is wel bekend dat het schoolfunctioneren en -prestaties een belangrijke invloed hebben op korte en lange termijn, bijvoorbeeld wat betreft het hebben en houden van een baan en het latere inkomensniveau. Dit benadrukt des te meer het belang om kennis over de prevalentie van schoolgerelateerde problemen van uithuisgeplaatste kinderen te vergroten en om de schoolprestaties tijdens de plaatsing te monitoren.

Tot slot zou toekomstig onderzoek zich kunnen richten op andere of gecombineerde uitkomstmaten dan alleen het psychosociale functioneren van het geplaatste kind, alhoewel deze maat in de literatuur overigens wel beschouwd wordt als een van de belangrijke determinanten van het succes van een plaatsing. Suggesties voor uitkomstmaten die gecombineerd zouden kunnen worden met de mate van psychosociale ontwikkeling zijn de

ontwikkeling van het school- en gezinsfunctioneren, het al dan niet gepland beëindigen van een plaatsing of het type vervolgplaatsing (thuis of een andere zorgvorm).

## **SLOTCONCLUSIE**

In het streven naar een effectiever en efficiënter gebruik van jeugdzorgvoorzieningen wordt specifiek voor (specialistische) 24-uurs zorg gepleit voor de invoering van een collaboratief matching model voor zorgtoewijzing. Om tot een optimaal passende (set van) interventie(s) te komen, dient de zorgtoewijzing gebaseerd te zijn op een integrale risico- en behoefte analyse bij start. Daarnaast is zowel verdieping als verbreding van de huidige jeugd- en opvoedhulp diensten noodzakelijk. Alleen dan kunnen de in kaart gebrachte risico's en behoeften daadwerkelijk worden gematcht met een gepersonaliseerde set van interventies voor kind en gezin. Tijdens deze matching dienen eveneens expliciet de eventuele negatieve bijwerkingen van de beoogde interventie(s) afgewogen te worden. Tot slot is het van belang zowel de korte- als lange termijn effecten van de ingezette interventie(s) te monitoren om tijdig bij te kunnen sturen.

Het allerbelangrijkste voor de invoering van een dergelijk toewijzingsmodel is echter een paradigmaverschuiving binnen het jeugdzorgstelsel, van “zo licht als mogelijk” naar “zo intensief als nodig”.