

EIND GOED, AL GOED?
**Voortijdige beëindiging van residentiële hulpverlening aan jeugdigen met een licht
verstandelijke beperking: omvang en samenhangende factoren.**

Gerdie Grooters¹
Jack de Swart²
Ria Lohuis-Heesink³
Xavier Moonen⁴

Op dit moment wordt de wijze van beëindiging van de zorg bij Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's) niet systematisch gemonitord. Er wordt niet in kaart gebracht hoeveel jeugdigen de zorg succesvol afronden en hoeveel jeugdigen met welke redenen voortijdig vertrekken, dat wil zeggen voordat de doelen behaald zijn. Hierdoor ontbreekt een overzicht van de aantallen en de redenen van voortijdige beëindiging van de zorg. Ook is niet bekend of bepaalde (risico)factoren de voortijdige beëindiging van de zorg beïnvloeden. Dit dossieronderzoek is uitgevoerd in één OBC en richt zich op de vragen hoeveel jeugdigen de zorg voortijdig beëindigen en welke factoren bijdragen aan dit voortijdig beëindigen. Dit onderzoek laat zien dat ruim een kwart van de jeugdigen de zorg voortijdig verlaat en dat twee factoren significant van invloed zijn op voortijdige beëindiging van de residentiële behandeling van dit OBC: de relatie tussen de hulpverlener, cliënt en/of ouders en de motivatie van de cliënt. Daarnaast lijken de eerste maanden van de opname significant van invloed te zijn op het wel of niet succesvol aanslaan van de behandeling.

Inleiding

Jeugdigen waarbij de (residentiële) hulpverlening voortijdig beëindigd is, komen significant vaker met justitie in aanraking en plegen meer vernielingen (Van der Ploeg & Scholte, 2003). Ook hebben deze jeugdigen een slechter contact met hun ouders. Dit is schadelijk voor deze jeugdigen, maar daarnaast zijn ook de kosten van deze problemen zeer hoog voor de maatschappij. Denk hierbij aan het vele contact met de hulpverlening, kosten van justitie en het frequent gebruik van sociale voorzieningen. Daarnaast levert het gedrag van deze jeugdigen een belangrijke bijdrage aan (al dan niet terechte) onveiligheidsgevoelens bij veel burgers (Orobio de Castro, Embregts, Van Nieuwenhuijzen, & Stolker, 2008; Vos, 2008). De wijze waarop de zorg voor jeugdigen beëindigd wordt, is een van de prestatie-indicatoren voor instellingen die jeugdzorg bieden (Knorth, 2005; Lekkerkerker & Dronkers, 2008; Van den Braak & Konijn 2006; Van Yperen, 2003). Van de prestatie-indicatoren: a) mate van doelrealisatie, b) mate van cliënttevredenheid, c) mate van beëindigen van de zorg en d) mate waarin de ernst van de problematiek is verminderd, is de wijze van beëindiging van de zorg tot nu toe in onderzoek het meest onderbelicht gebleven (Vos, 2008).

Bij sommige opnames zien de zorgaanbieder, de ouders en/of de cliënt geen perspectief meer voor verdere behandeling en verblijf (Moonen, Held, & Leeman, 2011). In deze gevallen wordt gesproken van voortijdige beëindiging van de zorg. Dit wordt ook wel omschreven als beëindiging van de zorg voordat de doelen bereikt zijn (Geschiere & Jansen, 2011; Geurts, Lekkerkerker, Van Yperen, &

¹ Alumni Master Health Care and Social Work, Saxion Enschede; werkzaam bij OBC Ambiq, Hengelo; correspondentie: g.grooters@ambiq.nl.

² Lector sturing in de jeugdzorg, Windesheim Zwolle.

³ Docent masteropleidingen en kenniskringlid, Saxion Enschede.

⁴ Onderzoeker en docent, Universiteit van Amsterdam. Werkzaam bij Koraal Groep, Sittard.

Veerman, 2010; Van der Ploeg & Scholte, 1996; Van Yperen, Booy, & Van der Veldt, 2003). Hierbij kan het gaan om situaties waarbij de cliënt zelf vertrekt uit de instelling, opgehaald wordt door ouders (waarbij feitelijk de hulpverlening stopt), derden (bijvoorbeeld de kinderrechter) de jongere elders plaatst of om situaties waarbij de zorgaanbieder de zorg beëindigt bijvoorbeeld in verband met ernstig ontoelaatbaar gedrag. In gevallen van voortijdige beëindiging moet de jeugdzorgaanbieder zich afvragen in hoeverre het behandelaanbod aansluit bij de hulpvraag van de cliënt. Als de reden van voortijdige beëindiging bekend is, kan de jeugdzorgaanbieder het behandelaanbod aanpassen (Geschiere & Jansen, 2011; Geurts et al., 2010; Van der Ploeg & Scholte, 1996; Van Yperen et al., 2003).

Onderzoeken naar uitvalpercentages in de Nederlandse jeugdzorg laten een divers beeld zien (Tabel 1). In deze studies worden verschillende percentages, variërend van 12 tot 38%, van voortijdige beëindiging genoemd. De verschillende percentages lijken deels te maken te hebben met de behandelvorm. Zo is de voortijdige beëindiging in de residentiële jeugdzorg groter dan bij de dagbehandeling, 44% tegen 14% (Van der Ploeg & Scholte, 1996). Als belangrijkste redenen voor voortijdige beëindiging worden de problematiek van de jongere, het niet aanslaan van de zorg en een onvoldoende passend hulpaanbod genoemd (Van der Ploeg & Scholte, 1996).

Tabel 1. Uitvalpercentages per doelgroep.

Studie	Doelgroep	Uitvalpercentage
Geschiere en Jansen (2011)	Verslavingszorg	30%
Geurts et al. (2010)	Jeugdzorg (ambulant en residentieel)	12%
Knorth (2005)	Jeugdzorg (residentieel)	26%
Scholte en Van der Ploeg (2002)	Jeugdzorg (ambulant en residentieel)	21%
Scholte en Van der Ploeg (2006)	Jeugdzorg (ambulant en residentieel)	33%
Strijker en Knorth (2007)	Pleegzorg	23%
Van der Ploeg en Scholte (1996)	Jeugdzorg (ambulant en residentieel)	38%
Van der Ploeg en Scholte (2003)	Jeugdzorg (residentieel)	31%
Vos (2008)	Jeugdzorg (residentieel)	13%

Factoren die het succesvol beëindigen van de zorg beïnvloeden staan in Tabel 3. Maar eerst wordt in Tabel 2 een overzicht gepresenteerd van de studies en studiekenmerken (respondenten en methode) waar deze factoren op gebaseerd zijn. De factoren in Tabel 3 zijn onder te verdelen in statische en dynamische factoren (Bullens, Van Horn, Van Eck, & Das, 2005). Statische factoren zijn niet te beïnvloeden door het hulpverleningsproces. Hierbij gaat het voornamelijk om demografische factoren zoals etnische achtergrond, sociaal economische status (SES) van ouders en de leeftijd van de cliënt. Dynamische factoren kunnen wel door de hulpverlening beïnvloed worden. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de motivatie van de cliënt, de betrokkenheid van ouders, de relatie tussen hulpverlener en cliënt, het soort zorg en de behandelduur. Deze factoren zijn van invloed gebleken op de mate van succesvolle beëindiging van de reguliere jeugdzorg.

Zorg aan jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB)

Door toepassing van de DSM-IV wordt iemand met een verstandelijke handicap geclassificeerd als voldaan wordt aan drie voorwaarden (Le Cocq, 2011):

- de cliënt moet een IQ < 70 scoren op een IQ-test;
- de cliënt heeft blijvende beperkingen op gebied van sociale redzaamheid;
- deze beperkingen dienen voor het 18e levensjaar zijn ontstaan.

Tabel 2. Kenmerken van de uitgevoerde studies naar factoren van voortijdige beëindiging van de jeugdhulp.

Studie	Respondenten	Methode
Geurts et al. (2010)	14 instanties over 5.906 jeugdigen	data-analyse
Geurts, Noom en Knorth (2010)	163 hulpverleners en 69 ouders	interview
Ramos, Stams, Stoel, Faas, Van Yperen en Dekovic (2006)	177 ouders	vragenlijst (cliënttevredenheid)
Scholte en Van der Ploeg (2002)	230 jeugdigen	vragenlijsten
Scholte en Van der Ploeg (2006)	105 jeugdigen	vragenlijsten
Strijker en Knorth (2007)	419 pleegkinderen en pleegzorgbegeleiders	longitudinale, dossieranalyse en telefonische raadpleging
Van Beers (2008)	55 ouders	vragenlijst (cliënttevredenheid)
Van der Ploeg en Scholte (1996)	516 jeugdigen	dossieranalyse
Van der Ploeg en Scholte (2000)	66 directies en 27 uitvoerders jeugdzorginstellingen	vragenlijsten, interviews en documentanalyse
Van der Ploeg en Scholte (2003)	150 jeugdigen en groepsleiding	longitudinaal onderzoek vragenlijsten
Van Yperen et al. (2003)	publicaties tussen 1990- 2001	literatuurstudie
Vos (2008)	57 jeugdigen	dossieranalyse

Tabel 3. Factoren die samenhangen met voortijdige beëindiging van de jeugdhulp.

Factor	Bron
<i>Demografische factoren</i>	
Etnische achtergrond	Ramos et al. (2006); Van Beers (2008); Van der Ploeg en Scholte (1996); Vos (2008)
SES van ouders (inkomen, soort woonwijk, opleidingsniveau en dagelijkse bezigheden)	Van Beers (2008); Van Yperen et al. (2003)
Leeftijd van jeugdige	Strijker en Knorth (2007); Van Beers (2008)
<i>Kindfactoren</i>	
Mate van problematiek bij jeugdige	Strijker en Knorth (2007); Van der Ploeg en Scholte (1996, 2000, 2006)
Motivatie van jeugdige	Van der Ploeg en Scholte (2000); Van Yperen et al. (2003)
Druggebruik	Van der Ploeg en Scholte (2000)
Weglooptgedrag	Van der Ploeg en Scholte (2000, 2006)
<i>Gezinsfactoren</i>	
Gezinsproblematiek	Van der Ploeg en Scholte (1996)
Betrokkenheid van ouders bij de zorg	Geurts et al. (2010)
<i>Hulpverleningsfactoren</i>	
Zorgvorm	Geurts et al. (2010); Van der Ploeg en Scholte (1996)
Hulpverleningskader	Scholte en Van der Ploeg (2002)
Kwaliteit therapeutische relatie	Van der Ploeg en Scholte (2003); Van Yperen et al. (2003)
Hulpverleningsgeschiedenis	Strijker en Knorth (2007)
Duur van de zorg	Ramos et al. (2006); Strijker en Knorth (2007)

In Nederland is er overeenstemming dat mensen met een IQ-score tussen 70 en 85 ook voor de verstandelijk gehandicaptenzorg geïndiceerd mogen worden, mits zij ernstige en chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, leerproblemen en/of gedragsproblemen hebben (Le Cocq, 2011). Al sinds de invoering van de AWBZ in 1968 wordt daarom als IQ-grens voor mensen met een LVB een IQ-score van 50-85 gehanteerd. Maar zowel de IQ-score als de bijkomende beperkingen zijn van belang bij het vaststellen van een (licht) verstandelijke beperking.

Het merendeel van jeugdigen met een LVB functioneert prima in de maatschappij en heeft geen professionele ondersteuning nodig. Er is echter een groep jeugdigen met een LVB dat naast een benedengemiddeld IQ en beperkingen in hun sociale aanpassingsvermogen, bijkomende problemen ervaart (De Wit, Moonen, & Douma, 2011). Naar schatting gaat het jaarlijks om zo'n 10.000 jeugdigen die kampen met meervoudige problematiek en nieuw in de hulpverlening komen BRON?. Te denken valt aan: leer- en opvoedingsproblemen, ernstige gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek vaak in combinatie met problemen in het gezinssysteem, zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik. Op latere leeftijd zijn er, indien dit niet vroegtijdig behandeld wordt, sterke risico's op vereenzaming, criminaliteit en problematisch drank- en drugsgebruik (VOBC, 2010). De Wit et al. (2011) vermelden dat deze problemen veelal niet vanzelf verdwijnen en vaak langdurig blijven bestaan. Zoals blijkt zijn deze kinderen en jeugdigen erg kwetsbaar en zijn zij daarom gebaat bij gespecialiseerde zorg.

De gespecialiseerde zorg aan jeugdigen met een LVB wordt veelal geboden in Orthopedagogische Behandelcentra (OBC), regionaal verspreid in Nederland. De OBC's zijn gespecialiseerd in tijdelijke behandeling, begeleiding en opvoeding van jeugdigen met een LVB. "De behandeling en begeleiding richt zich op de persoonlijke ontwikkeling en het wegnemen of verminderen van gedragsproblematiek, zodat de LVB-jeugdige (weer) zoveel mogelijk actief en op een bij zijn leeftijd passende manier kan deelnemen aan de samenleving. De behandeling vindt zoveel mogelijk plaats in de context van het gezin van de cliënt." (Jansen, Leeman, & Verstegen, 2009, p. 7). Als een jeugdige niet in de eigen omgeving behandeld kan worden biedt opname in een residentiële voorziening een mogelijkheid. Dit kan een voorziening in de wijk zijn (een open groep), een zwaardere setting in een gecontroleerde (3-milieu) voorziening of een opname in een vervangende gezinssituatie een zogenaamd gezinshuis. Binnen de veiligheid van de behandelsetting kan de jongere oefenen met het weerstaan van de gevaren van alledag (Verstegen & Moonen, 2008).

OBC's die zorg bieden aan jeugdigen met een LVB maken momenteel deel uit van de gehandicaptenzorg. Voor deze instellingen gelden de prestatie-indicatoren zoals die in de jeugdzorg gangbaar zijn nog niet. Het is echter wel aannemelijk dat de mate van reguliere beëindiging van de zorg ook voor de OBC's een belangrijk kwaliteitsaspect is. De factoren die samenhangen met voortijdige beëindiging van de jeugdhulpverlening (zie Tabel 3) zijn niet specifiek in instellingen voor jeugdigen met een LVB onderzocht, maar in de reguliere jeugdzorg. Er zijn echter veel overeenkomsten tussen beide sectoren, waardoor deze uitkomsten ook van toepassing kunnen zijn op jeugdigen met een LVB. Het pedagogisch klimaat komt in de basis veel overeen, maar er moet in de zorg aan jeugdigen met een LVB wel aangesloten worden bij de specifieke kenmerken van die LVB (De Wit et al., 2011). Hierbij valt te denken aan aansluiten bij het niveau van de jeugdigen en rekening houden met het beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Daarnaast is de sociale context van jeugdigen met een LVB vaker problematischer (Douma, 2011).

Dit onderzoek

Op dit moment wordt de wijze van beëindiging van de zorg bij OBC's niet systematisch gemonitord. Er wordt niet in kaart gebracht hoeveel jeugdigen de zorg succesvol afronden en met welke redenen jeugdigen voortijdig vertrekken. Wel zijn OBC's verplicht om calamiteiten die gepaard gaan met voortijdige beëindiging van de zorg te melden aan het Zorgkantoor en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, maar dit gebeurt op cliëntniveau en de gegevens worden niet geaggregeerd of systematisch geanalyseerd. Hierdoor ontbreekt een totaal overzicht van de aantallen en de redenen van voortijdige beëindiging van de zorg. Ook kan niet worden nagegaan of bepaalde (risico)factoren deze voortijdige beëindiging beïnvloeden. Dit onderzoek richt zich dan ook op de vraag hoe vaak er sprake is van voortijdige beëindiging van de zorg en welke factoren hieraan bijdragen.

Methode

Context

Dit dossieronderzoek vond plaats in één van de OBC's in Nederland. Dit OBC biedt verschillende vormen van hulpverlening namelijk: a) ambulante zorg, b) deeltijdbehandeling, c) 24-uurs behandeling en d) langdurige woonvormen. Dit onderzoek beperkt zich tot voortijdige beëindiging van de 24-uurs behandeling: zeer intensieve behandelgroepen, intensieve behandelgroepen, ortho-psychiatrische behandelgroepen, trainingsgroepen en gezinshuizen.

Populatie

Sinds de zomer van 2009 is dit OBC gestart met doelrealisatie. Deze methodiek is breed ingevoerd in de jeugdzorg en behelst kort gezegd dat om te zien of de hulp effectief is, cliënt en hulpverlener doelen van de hulp vaststellen en regelmatig kijken in hoeverre de doelen behaald zijn. Mede hierdoor zijn in dit OBC de dossiergegevens van de jeugdigen nauwkeurig vastgelegd en konden in dit onderzoek bijna alle, voor dit onderzoek benodigde, gegevens eenvoudig in het dossier gevonden worden. Gezien het tijdstip van implementatie van doelrealisatie zijn de dossiers van jeugdigen die tussen 1 januari 2010 en 1 januari 2012 uitgeschreven zijn, geïnccludeerd. Alle dossiers van de in die tijdsperiode uitgestroomde jeugdigen ($N = 105$) zijn onderzocht.

Het betrof 65 jongens (62%) en 40 meisjes (38%), variërend in leeftijd van 8 tot 23 jaar. De gemiddelde leeftijd bedroeg 15,5 jaar ($SD = 2,9$). Vierendertig jeugdigen verbleven voor beëindiging van de zorg in een zeer intensieve behandelgroep (3-milieu voorziening), 26 jeugdigen in een trainingsgroep, 25 in een intensieve behandelgroep, 17 in een ortho-psychiatrische behandelgroep (3-milieu voorziening) en drie in een gezinshuis. De gemiddelde opnameduur bedroeg 28,8 weken ($Range = 1 - 104$; $SD = 23,3$) en gemiddeld verbleven de jeugdigen in 2,4 verschillende residentiële groepen ($Range = 1 - 9$, $SD = 1,4$). Totaal 52% van de uitgestroomde jeugdigen had een juridische maatregel van kindbescherming. De meest voorkomende maatregel betrof een onder toezichtstelling (44,8%).

Variabelen

In dit onderzoek is onderzocht bij hoeveel jeugdigen de residentiële zorg voortijdig beëindigd was en welke factoren samenhangen met die voortijdige beëindiging. De variabelen zijn gebaseerd op de in Tabel 3 vermelde factoren die van invloed zijn op voortijdige beëindiging in de reguliere jeugdzorg. De variabelen over de sociaal-economische status van het gezin (inkomen, soort woonwijk, opleidingsniveau en dagelijkse bezigheden) konden niet op een betrouwbare manier herleid worden uit de dossiers en zijn derhalve buiten beschouwing gelaten. In Tabel 4 staat weergegeven hoe de variabelen in dit onderzoek zijn geoperationaliseerd.

Dataverzameling

De bovengenoemde variabelen zijn uit de dossiers van de jeugdigen verzameld en in een databestand vastgelegd. In de dossiers is gekeken naar het aanmeldformulier, de aanwezige (eind)behandelplannen, de voortgangsverslagen en het psychologisch onderzoek. Bij het analyseren van de dossiers is de onderzoekster, en tevens eerste auteur, ondersteund door twee 4de jaars SPH-studenten. De drie onderzoekers hebben 10 dezelfde dossiers onafhankelijk van elkaar beoordeeld op basis van bovengenoemde geoperationaliseerde variabelen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was uitstekend ($k > .80$; $Range = .82 - .91$).

Tabel 4. Operationalisering variabelen.

Factor	Meetwaarden	Bron
<i>Demografische factoren</i>		
Etnische achtergrond	Westers (1)/ niet westerse afkomst (0)	Aanmeldformulier
Leeftijd van jeugdige	Jaren	Elektronisch cliëntdossier (ECD)
<i>Kindfactoren</i>		
Mate van problematiek bij jeugdige	Totaal IQ-cijfer Psychiatrische problematiek (ADHD, ASS, ODD, hechting, depressie, persoonlijkheidsstoornis, overige diagnoses): 0 = nee, 1 = ja Problematische relatievorming met leeftijdgenoten: 0 = afwezig, 1 = aanwezig	Psychologisch/psychiatrisch onderzoek (PO)
Motivatie van jeugdige	0 = cliënt wil leren en is actief betrokken; 1 = wil leren, maar (lukt) niet actief betrokken te zijn; 2 = cliënt wil niet leren	Behandelplan (BP)/voortgangsverslag (VG)
Drugsgebruik	Problematisch middelengebruik: 0 = afwezig, 1 = aanwezig 0 = nee, 1 = ja	BP/VG BP/VG
<i>Weglooptgedrag</i>		
<i>Gezinsfactoren</i>		
Gezinsproblematiek	Ernstige gezins- en opvoedingsproblemen: 0 = afwezig, 1 = aanwezig	PO/VG
Betrokkenheid van ouders bij de zorg	1 = beide ouders contact en bezoek; 2 = een van de ouders contact en bezoek; 3 = beide ouders contact 4 = een van de ouders contact; 5 = geen contact	BP/VG
<i>Hulpverleningsfactoren</i>		
Zorgvorm	ZIB (zeer intensieve behandeling), IB (intensieve behandeling), OPB (ortho-psychiatrische behandeling), TG (trainingsgroep), GH (gezinshuis)	ECD
Reden beëindiging	1 = volgens plan, terug naar huis; 2 = volgens plan, elders; 3 = door zorgaanbieder beëindigd; 4 = door cliënt beëindigd; 5 = door systeem beëindigd; 0 = geen	BP
Hulpverleningskader Kwaliteit therapeutische relatie	1 = OTS; 2 = ontheffing ouderlijke macht; 3 = reclassering Relatie hulpverlener-cliëntsysteem: 1 = hulpverlener, jeugdige en ouders zitten op één lijn; 2 = wel eens verschil van mening; 3 = geregeld verschil van mening 4 = geen samenwerking mogelijk Overeenstemming over behandelplan: 0 = wel ondertekend door ouders; 1 = niet ondertekend door ouders	ECD/BP BP/VG
Hulpverleningsgeschiedenis	Aantal opnames	ECD
Duur van de zorg	Aantal maanden	ECD

Data-analyse

De verzamelde data zijn ingevoerd in het statistische verwerkingsprogramma SPSS versie 19. Ontbrekende variabelen zijn gecodeerd als missing value. Voor de data-analyse is gebruik gemaakt van binaire logistische regressieanalyse en variantie-analyse (ONEWAY ANOVA). De dichotome variabele 'reden beëindiging' (succesvolle en voortijdige beëindiging) is als afhankelijke variabele gehanteerd en de continue en/of dichotome variabelen zijn gegroepeerd en per groep toegevoegd als onafhankelijke variabelen aan de regressieanalyse om te beoordelen of betreffende variabelen invloed hebben op voortijdige beëindiging. Alle variabelen met een $p < .10$ zijn behouden om zoveel mogelijk potentieel significante variabelen in het regressiemodel mee te nemen. Deze stappen zijn herhaald totdat er alleen nog maar significante en randsignificante ($p < 0.08$) variabelen overbleven. De

nominale en ordinale variabelen zijn door middel van de ONEWAY ANOVA geanalyseerd op hun samenhang met de wijze van beëindiging.

Resultaten

Van 16 jeugdigen was de reden van beëindiging niet bekend. De gegevens van deze 16 jeugdigen zijn niet meegenomen in de verdere resultaten van dit onderzoek, deze uitkomsten geven namelijk geen antwoord op de onderzoeksvragen. De onderzoekspopulatie bestaat derhalve uit 89 jeugdigen ($N = 89$). Van deze 89 jeugdigen heeft 73% ($N = 65$) de residentiële zorg succesvol beëindigd (Tabel 5). Ruim een kwart beëindigt voortijdig de residentiële zorg (27%, $N = 24$).

Tabel 5. Beëindiging van de zorg in OBC (N = 89).

Wijze van beëindiging	Succesvol	<i>N</i>	Percentage	Totaal percentage
Volgens plan naar huis	ja	16	18%	73%
Volgens plan elders	ja	49	55%	
Voortijdig beëindigd door zorgaanbieder	Nee	11	12,4%	27%
Voortijdig beëindigd door ouders	Nee	7	7,9%	
Voortijdig beëindigd door jongere	Nee	6	6,7%	
Totaal		89	100%	100%

Factoren van invloed op voortijdige beëindiging van de zorg

Uit de binaire logistische regressieanalyse komt naar voren dat ‘motivatie’ ($p = .01$) en ‘de relatie tussen de hulpverlener en cliënt/ouder(s)’ ($p < .001$) significant invloed hadden op voortijdige beëindiging van de zorg (zie Tabel 6). Berekend aan de hand van Cox & Shell *R square* verklaren deze twee variabelen voor 35% (.351) het voortijdige beëindigen. De variabele ‘opnameduur’ heeft randsignificant invloed op het voortijdige beëindiging van de zorg ($p = .08$). Het risico op voortijdige beëindiging van de hulp is in de eerste drie maanden van de behandeling het grootst. Ruim 20% van alle gevallen van voortijdige beëindiging van de hulp vindt plaats in deze periode. De andere nominale en ordinale variabelen (soort behandeling, betrokkenheid ouders, gezinssamenstelling en hulpverleningskader) zijn via ONEWAY ANOVA getoetst of zij van invloed waren op de variabele ‘reden beëindiging’. Deze variabelen hadden geen significante invloed op het voortijdige beëindigen van de residentiële zorg.

Tabel 6. Variabelen die (rand)significant samenhangen met voortijdige beëindiging: resultaten uit logistische regressieanalyse (N = 89).

Variabele	Verklaringsmodel	
	<i>b</i>	<i>p</i>
Motivatie	1,912	.010
Opname duur	-,029	.080
Relatie hulpverlener	2,913	.000

Discussie en conclusie

Uit de resultaten van dit onderzoek blijken twee factoren significant samen te hangen met voortijdige beëindiging van de residentiële behandeling van dit OBC, namelijk ‘de relatie tussen de hulpverlener, cliënt en/of ouders’ en ‘de motivatie van de cliënt’. Daarnaast lijken de eerste drie maanden van de opname van groot belang te zijn voor het wel of niet (succesvol) aanslaan van de behandeling. Het is

waarschijnlijk dat de motivatie van de cliënt en het aanslaan van de behandeling in de eerste drie maanden vergroot kunnen worden door te investeren in een goede hulpverleningsrelatie tussen jeugdige en hulpverlener.

Naast het werken met effectieve methoden in de jeugdzorg (De Swart et al., 2012) en een gezond leefklimaat (Van der Helm, Klapwijk, Stams, & Van der Laan, 2009) draagt ook de kwaliteit van de therapeutische relatie bij aan effectiviteit van de jeugdzorg (Lambert & Bergin, 1994). Naar schatting wordt 30% van de effectiviteit van de zorg bepaald door de kwaliteit van de therapeutische relatie (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2009; Van Yperen et al., 2010; Wampold, 2001). De kwaliteit van de therapeutische relatie is één van de zogenaamde algemeen werkzame factoren (Van Yperen, Van der Steege, Addink, & Boendermaker, 2010; Van Yperen, 2003). De andere algemeen werkzame factoren zijn:

- Aansluiting bij de motivatie van de cliënt
- Goede structurering van de interventie (o.a. duidelijke doelstelling en behandeldoelen samen met de cliënt opstellen)
- Responsiviteit; de hulpverlening aansluiten bij de aard en ernst van de problematiek en hulpvraag
- Programma-integriteit; de interventie uitvoeren zoals die bedoeld is
- Professionaliteit van de hulpverlener (scholing en training)
- Goede werkomstandigheden voor de hulpverlener

De kwaliteit van de zorg en daarmee ook het terugdringen van voortijdige beëindiging kan worden verbeterd door te investeren in een goede training voor hulpverleners in het bevorderen van de motivatie van de cliënt, door het samen met de cliënt opstellen van de behandeldoelen en door de jeugdige meer zeggenschap en verantwoordelijkheid te geven over zijn behandeling (De Swart, 2011; Van Yperen, 2007). Uit onderzoek van De Swart (2011) naar de relatie tussen de residentiële hulpverlener en de jongere, blijkt dat de door hem ondervraagde jeugdigen grote verschillen ervaren tussen de houding en gedragingen van hun hulpverleners. In de regel konden de jeugdigen goed opschieten met hun persoonlijk begeleider. De therapeutische relatie in een residentiële setting is van groot belang, omdat het contact in een residentiële setting tussen een hulpverlener en jongere erg intensief is, de jongere in grote mate afhankelijk is van de (kwaliteit van de) hulpverlener(s) en omdat de jongere zelden geheel vrijwillig heeft gekozen voor een opname (De Swart, 2011). In een residentiële setting levert de hulpverleningsrelatie een belangrijke bijdrage aan een succesvolle behandeling (De Swart, 2011; Shirk & Karver, 2003). Vooral de door de cliënt (en het systeem) ervaren kwaliteit van de relatie is van invloed op de effectiviteit van de zorg (De Swart, 2011; Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006). De resultaten uit dit onderzoek sluiten aan bij de bestaande kennis op dit terrein.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt tevens dat de opnameduur een significant verband heeft met het wel of niet succesvol afronden van de zorg. Vooral in de beginfase (de eerste drie maanden) van de behandeling is er een hoger percentage voortijdige beëindiging dan als de behandeling in een verder gevorderd stadium is. Onduidelijk blijft of we hier te maken hebben met een verkeerde behandeling of dat 'de klik' tussen de cliënt en de hulpverlener ontbrak. Voor de OBC's is het in ieder geval van belang om hier zowel bij het opnamebeleid en bij de start van de zorg rekening mee te houden.

Naast de hulpverleningsrelatie met de cliënt is, zoals gebleken uit dit onderzoek, ook de hulpverleningsrelatie met ouders ('het systeem') erg belangrijk (Geurts et al., 2010). Tot nu toe bestond de inbreng van de ouders in dit OBC nog té vaak alleen uit belcontacten en een vaste weekendregeling. Voor hulpverleners is het van belang om het hele systeem van en rond een jeugdige

actief te betrekken bij de opvoeding en behandeling van die jeugdige, te luisteren naar de ideeën en wensen van de mensen in dit systeem en in het bijzonder daarbij ouders serieus te nemen (ongeacht een juridische maatregel van kindbescherming). Op die manier kunnen ouders gemotiveerd worden voor actieve deelname aan de hulpverlening en kunnen zij op hun beurt hun kind weer positief beïnvloeden (Karver et al., 2006; Karver & Caporino, 2010; Walter & Petr, 2006). Denk daarbij ook aan de inzet van zogenaamde social media. Daardoor ontstaan er steeds meer mogelijkheden om ouders actief te betrekken bij de zorg en behandeling (Nikken, 2007; Pons, Waling, & Kroon, 2010).

Dit onderzoek levert waardevolle kennis op over de risicofactoren van voortijdige beëindiging. Dit onderzoek kent echter ook enkele beperkingen. De eerste beperking betreft de beperkte generaliseerbaarheid van de uitkomsten naar andere OBC's, aangezien het onderzoek in slechts één OBC plaatsvond. Vervolgonderzoek bij andere OBC's is wenselijk om de externe validiteit van de gevonden resultaten te vergroten. Voor generaliseerbaarheid van de gevonden resultaten pleit echter dat de gevonden uitkomsten in grote mate aansluiten bij datgene wat in de jeugdzorg over risicofactoren bekend is.

Een tweede beperking van het onderzoek betreft de wijze van dataverzameling. Het nadeel van dit dossieronderzoek is dat de data door de zorgaanbieder zijn vastgelegd. De vraag blijft of de informatie volledig en juist op papier is gezet. In een vervolgonderzoek zou de visie op hulpverleningsrelatie door de jeugdige zelf en de hulpverleningsrelatie met ouders/systeem afzonderlijk onderzocht kunnen worden om zo inzicht te krijgen in de invloed van beide relaties op het al dan niet succesvol beëindigen van de residentiële hulpverlening.

Een derde en laatste beperking van dit onderzoek betreft het feit dat een aantal uit de wetenschappelijke literatuur bekende risicofactoren niet is meegenomen vanwege een hoge mate van onbetrouwbaarheid en subjectiviteit van de data in de onderzochte dossiers. Het gaat hierbij vooral om de sociaal-economische status van de ouders. Ook waren drie andere factoren in de dossiers niet goed vastgelegd, namelijk land van herkomst van de ouders, culturele achtergrond van het gezin en behaalde doelen. Ook de invloed van deze factoren zou in een vervolgonderzoek onderzocht kunnen worden.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat bij ruim een kwart van de uitgestroomde jeugdigen (27%) in 2010 en 2011 de residentiële zorg in dit OBC voortijdig gestopt is. Dit percentage komt overeen met gegevens uit de reguliere jeugdzorg. In het kader van kwaliteitsverbetering zou dit percentage de aankomende jaren moeten verminderen. Dit kan bereikt worden door de relatie tussen de hulpverlener, de cliënt en/of het systeem en de motivatie van de cliënt te verbeteren. Deze twee factoren verklaren immers voor 35% de reden van voortijdige beëindiging. Van de succesvol uitgestroomde jeugdigen ging het grootste deel naar een andere zorgaanbieder (55%) en een kleiner deel (18%) keerde terug naar huis. In het kader van het streven het systeem actief en positief te betrekken bij de zorg en door in te steken op de risicofactoren die thuisplaatsing verhinderen zou de aankomende jaren een hoger percentage succesvolle thuisplaatsingen bewerkstelligd kunnen worden. Om dit te bereiken zouden OBC's meer aandacht moeten schenken aan een positieve relatie met de jeugdige en zijn/haar ouders en aan hun motivatie om mee te werken aan de hulp, waarbij met name de eerste periode van de hulpverlening van cruciaal belang lijkt te zijn. Begonnen zou kunnen worden met het opzetten van een goede training om alle groepsleiders te scholen op dit gebied. Ook is het belangrijk om de reden van beëindiging van de hulp op gestructureerde wijze door alle OBC's te registreren en dit vervolgens goed te analyseren.

Literatuurlijst

- Bullens, R., Van Horn, J., Van Eck, A. M., & Das, J. (2005). *De Nederlandse vertaling en bewerking van de J-SOAP II*. Utrecht: Forum Educatief.
- De Swart, J. J. W. (2011). *De professionele jeugdzorgwerker: Kenmerken van jeugdzorgwerkers in relatie tot kwaliteit van de jeugdzorg*. Enschede: Saxion University of Applied Science. Academisch proefschrift.
- De Swart, J. J. W., Van den Broek, H., Stams, G. J. J. M., Asscher, J. J., Van der Laan, P. H., Holsbrink-Engels, G. A., & Van der Helm, G. H. P. (2012). The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, *34*, 1818-1824.
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijke Kenniscentrum LVG.
- Douma, J. (2011). Een praktijk-theoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentieel zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek & Praktijk* *9*(1), 30-40.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2009). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Geschiere, M., & Jansen, B. (2011). Remise: succesvolle toeleiding van veelplegers naar zelfstandig wonen? *Verslaving*, *7*(2), 3-16.
- Geurts, E., Lekkerkerker, L., Van Yperen, T., & Veerman, J. W. (2010). *Over verandering gesproken: Op weg naar meer zicht op effectiviteit van de jeugdzorgpraktijk*. Utrecht: SEJN.
- Geurts, E., Noom, M., & Knorth, E. J. (2010). Nieuw residentieel zorgaanbod onderzocht: Betrokken ouders verbeteren hulpverlening. *Jeugd en Co-Kennis*, *4*(1), 28-36.
- Jansen, H., Leeman, M., & Verstegen, D. (Red.) (2009). *Startdocument kwaliteitskader orthopedagogische behandelcentra*. Utrecht: VOBC.
- Karver, M. S., & Caporino, C. (2010). The use of empirically supported strategies for building a therapeutic relationship with an adolescent with oppositional-defiant disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *17*, 222-232.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analyses of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, *26*, 50-65.
- Knorth, E. J. (2005). Wat maakt het verschil? Over intensieve orthopedagogische zorg voor jeugdigen met probleemgedrag. *Kind en Adolescent*, *26*, 150-160.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change: An empirical analysis* (pp. 143-184). New York: John Wiley.
- Le Cocq, A. M. J. (2011). *Uitvoeringstoets IQ-maatregel*. Diemen: CVZ.
- Lekkerkerker, L., & Dronkers, F. (2008). *Nulmeting prestatie-indicatoren: Rapportage resultaten enquête voor aanvang uitvoering implementatieplan*. Utrecht: NJi.
- Moonen, X. M. H., Held, J., & Leeman, M. (2011). *Voorlopige richtlijn wettelijk kader orthopedagogische behandelcentra: Pedagogisch-juridische overwegingen voor het uitvoeren van de behandeling binnen een orthopedagogisch behandelcentrum voor jeugdigen met een licht verstandelijk beperking*. Utrecht: VOBC.
- Nikken, P. (2007). *Online hulp verdient nog veel aandacht: Een verkenning naar het hulpaanbod voor jeugdigen in Nederland*. Utrecht: NJi.
- Orobio de Castro, B., Embregts, P., Van Nieuwenhuijzen, M., & Stolker, J. J. (2008). Samen op zoek naar effectieve behandeling van gedragsproblemen bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking: Het consortium Effectieve Behandeling Gedragsproblemen LVG. *Onderzoek & Praktijk*, *6*(1), 6-12.
- Pons, K., Waling L., & Kroon, R. (2010). *Technische innovaties: Kansen voor de jeugdsector*. Den Haag: Alares.
- Ramos, C., Stams, G. J., Stoel, R., Faas, M., Van Yperen, T. A., & Dekovic, M. (2006). Het meten van cliënttevredenheid in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, *27*, 99-105.
- Scholte, E. M., & Van der Ploeg, J. D. (2002). *Effectieve hulpverlening aan jeugdigen met meervoudige psychosociale problemen. Deel 1: problematiek, indicatiestelling en cliënttevredenheid*. Amsterdam: NIPPO.
- Scholte, E. M., & Van der Ploeg, J. D. (2006). Residential treatment of adolescents with severe behavioural problems. *Journal of Adolescence*, *29*, 641-654.
- Shirk, S., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 452-464.

- Strijker, J., & Knorth, E. J. (2007). Verplaatsing van pleegkinderen: Een onderzoek naar verplaatsingsgeschiedenis en plaatsingsverloop bij kinderen in de langdurige pleegzorg. *Kind en Adolescent*, 28, 21-28.
- Van Beers, M. E. C. (2008). *Het opvoedbureau in Utrecht: Cliënttevredenheid en empowerment binnen opvoedingsondersteuning*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Van den Braak, J., & Konijn, C. (2006). *Werken aan effectiviteit: Globale doorlichting van drie werksoorten van SPIRIT te Amsterdam*. Utrecht: NIZW.
- Van der Helm, G. H. P., Klapwijk, M., Stams, G. J. J. M., & Van der Laan, P. H. (2009). 'What works' for juvenile prisoners: The role of group climate in a youth prison. *Journal of Children's Services*, 4(2), 36-48.
- Van der Ploeg, J. D., & Scholte, E. M. (1996). *Analyse vraag en aanbod jeugdzorg regio Rotterdam: Eindrapportage*. Amsterdam: NIPPO.
- Van der Ploeg, J. D., & Scholte, E. M. (2000). *Interventies bij zeer problematische jeugdigen*. Amsterdam: NIPPO.
- Van der Ploeg, J. D., & Scholte, E. M. (2003). *Effecten van behandelprogramma's voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in residentiële settings: Eindrapport*. Amsterdam: NIPPO.
- Van Yperen, T., Booy, Y., & Veldt, M. C. (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Van Yperen, T. (2003). Effectiviteitsstudies en kwaliteitszorg. *Kind en Adolescent* 24, 73-75.
- Van Yperen, T. (2006). Erkenning en effectieve interventies. *Kind en Adolescent* 27, 119-122.
- Van Yperen, T. (2007). *Schakelen: Naar een effectief stelsel voor jeugd en opvoeding*. Utrecht: NJi.
- Van Yperen, T., & Van der Steege, M. (2010). Algemene werkzame factoren en specifieke methodieken in de jeugdzorg: Methodiek en hulpverlener tellen allebei. *Jeugd en Co- Kennis*, 4(2), 28-37.
- Van Yperen, T., Van der Steege, M., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Van Yperen, T., & Veerman, J. W. (2010). *Jeugdzorg op de ladder*. Utrecht: NJi.
- Verstegen, D., & Moonen, X. (Red.) (2008). *Modulenboek orthopedagogische behandelcentra*. Utrecht: VOBC.
- VOBC. (2010). *Gespecialiseerde behandeling en begeleiding*. Verkregen op 8 december, 2010, van <http://www.lvgnet.nl/vobc/lvgzorg.html>.
- Vos, E. M. (2008). *Uitval binnen de residentiële jeugdzorg: Op welke kenmerken verschillen de uitvallers van de reguliere beëindigers?* Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Walter, U. M., & Petr, C. (2006). *Therapeutic alliance with children and families. A review of the national literature*. Kansas, KS: School of Social Welfare.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahmah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.