

De juiste hulp

Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen

© 2005 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW Jeugd

Auteurs

L. Boendermaker (red).

Met bijdragen van:

J.F. van den Berg (NIZW Jeugd)

M. Berger (NIZW Jeugd)

H. Jonkman (NIZW Jeugd)

L. Boendermaker (NIZW Jeugd)

Y. Duivenvoorden (PI research)

M.C. van der Veldt (PI research)

T. Wormgoor (Jeugdzorg Advies & Ondersteuning)

Het project 'De juiste hulp, uitgangspunten voor het zorgaanbod voor ots-ers in de opvanginrichtingen' is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS en het Ministerie van Justitie. Het rapport is te downloaden via www.jeugdzorg.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding.....	9
1.1 Achtergrond van het onderzoek	9
1.2 De crisisgeplaatste jongeren	11
1.3 Van problemen naar zorgaanbod	12
1.4 Aanpak van dit onderzoek.....	14
1.5 Opzet van het rapport.....	16
2 Een verblijfplaats voor langere tijd buiten het gezin.....	19
2.1 Problematiek en hulpvragen.....	19
2.2 Literatuursearch	25
2.3 Wat werkt? Overzicht van de specifiek werkzame factoren	26
2.4 Non-specifieke factoren	34
2.5 Uitgangspunten voor nieuw zorgaanbod	35
2.6 Conclusie verblijfplaats buiten het gezin	37
3 Intensieve behandeling in het gezin.....	39
3.1 Problematiek en hulpvragen.....	39
3.2 Werkwijze.....	42
3.3 Multisysteemtherapie (MultiSystemic Therapy, MST).....	43
3.4 Functionele gezinstherapie (Functional Family Therapy, FFT)	50
3.5 Vergelijking van FFT en MST	56
3.6 Conclusie MST en FFT.....	56
4 Crisisinterventie.....	59
4.1 Problematiek en hulpvragen.....	59
4.2 Werkwijze.....	62
4.3 Kortdurende residentiële interventies	62
4.4 Methodieken voor crisisinterventie in ons land.....	63
4.5 Conclusie crisisinterventie	66
5 Een veilige plek.....	69
5.1 Problematiek en hulpvragen.....	69
5.2 Werkwijze.....	71
5.3 Uitkomsten van de literatuurverkenning	71
5.4 Uitkomsten inventarisatie	74
5.5 Conclusie veilige plek	76
6 Slotbeschouwing.....	78
Literatuur.....	83
Bij hoofdstuk 1 en 2	83
Bij hoofdstuk 3	87
Bij hoofdstuk 4	88
Bij hoofdstuk 5	89
Bijlage 1 Gesprekspartners inventarisatie H4	91
Bijlage 2 Gesprekspartners inventarisatie H5	92

Samenvatting

Er is de afgelopen periode veel aandacht geweest voor jongeren die in het kader van een crisisplaatsing in een justitiële opvanginrichting verblijven. De Minister van Justitie en de Staatssecretaris van VWS hebben in een brief aan de Tweede Kamer op 1 juli 2004 gesteld dat er andere hulp nodig is voor deze groep. In dit rapport staat de vraag centraal hoe die andere hulp er uit zou moeten zien.

In het eerder verschenen rapport 'crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen' is de groep die met een civielrechtelijke maatregel in de opvanginrichtingen verblijft in kaart gebracht (Boendermaker, Eijgenraam & Geurts, 2004). Duidelijk werd dat alle jongens en meisjes die van een crisisplaats in de opvanginrichtingen gebruik maken, kampen met ernstige gedragsstoornissen en dat deze bij een groot deel van de groep samen gaan met internaliserende psychische problemen (voornamelijk depressieve klachten, ernstige vormen van automutilatie, suïdepogingen en suïcidale gedachten). Bij 19% van de groep is tevens sprake van een licht verstandelijke handicap. De kenmerken van deze groep jongeren zijn er de oorzaak van dat zij binnen de jeugdzorg, jeugd-ggz én jeugd-lvg sector onvoldoende geholpen kunnen worden.

In dit rapport werken we voor vier subgroepen uit hoe het zorgaanbod dat nodig is, er uit zou moeten zien. Het gaat om een subgroep van 36% voor wie residentiële hulp nodig is, een subgroep van 27% bij wie een intensieve gezinsbehandeling noodzakelijk is, om een subgroep van 21% bij wie nadere diagnostiek verricht zou moeten worden en een klein groepje (4%) waar vooral bescherming nodig is tegen dreiging van buitenaf. In de tweede subgroep blijkt er voor drie van de vier jongeren behoefte te zijn aan een korte time-out alvorens de hulp in het gezin van start kan gaan. In dit rapport hebben we deze groep samengenomen met degenen bij wie behoefte is aan diagnostiek. In totaal is er daarmee voor 41% van de totale groep behoefte aan *crisisinterventie*: een korte periode van time-out waarin diagnostiek verricht kan worden en de behandeling op poten gezet kan worden.

Inhoudelijke uitgangspunten residentieel aanbod

Uit de literatuur die ten behoeve van het te ontwikkelen residentieel aanbod (hoofdstuk 2), de crisisinterventie (hoofdstuk 4) én de bescherming tegen invloed van buiten (hoofdstuk 5) is geraadpleegd, komt telkens hetzelfde beeld naar voren. Bij jongeren met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen werkt een intensieve, (cognitief)gedragstherapeutische aanpak, gecombineerd met gezinsinterventies.

Een residentiële interventie dient daarom de volgende basiselementen te bevatten:

- Modules gericht op diagnostiek, risicotaxatie en delictanalyse.
- Modules waarin gewerkt wordt aan het vergroten van de motivatie, zoals motivationeel interviewen.
- Kleine leefgroepen van 4 tot 6 jongens of meisjes waarin een puntensysteem of ander gedragstherapeutisch hulpmiddel gehanteerd wordt om systematisch feedback te geven op het gedrag dat jongeren vertonen. Deze kleine leefgroepen zijn van belang, omdat uit onderzoek naar groepsinterventies blijkt dat groepen van

jongeren met ernstige gedragsstoornissen elkaar negatief beïnvloeden (deviantietraining). Om dat te voorkomen liggen kleine leefgroepen voor de hand, in combinatie met personeel dat gespitst is op deze onderlinge beïnvloeding en zich bewust is van de voorbeeldrol die zij zelf vervullen en ook gedragstherapeutisch geschoold is en getraind is in de omgang met deze jongeren.

Naast deze 'basis' dient er sprake te zijn van een goed gestructureerd en intensief programma, dat opgebouwd is uit een combinatie van modules gericht op de onderstaande onderdelen:

- Modules voor individuele of groepstherapie op cognitief-gedragstherapeutische grondslag. De gekozen modules moeten gericht zijn op het leren van nieuw sociale, probleemoplossende en cognitieve vaardigheden. Voorbeelden zijn agressieregulatietraining, sociale vaardigheidstraining, training in probleemoplossende vaardigheden. In de modules dient ook aandacht besteed te worden aan de gepleegde delicten, het leren inzien van de gevolgen van delicten voor slachtoffers en het verminderen van druggebruik.
- Modules voor interventies in het gezin. Gedacht moet worden aan modules voor voorlichting aan ouders over gedragsstoornissen en psychische problemen, modules waarin ouders getraind worden in opvoedingsvaardigheden (zoals de *parent management training*) en gezinstherapie gericht op het verbeteren van de onderlinge relaties in het gezin (zoals *Functional Family Therapy*, FFT).
- Modules voor behandeling van internaliserende psychische problemen. Te denken valt aan een module cognitieve gedragstherapie specifiek voor het verminderen van depressieve klachten en een module gericht op het verminderen van zelfbeschadigend gedrag.
- De mogelijkheid om ter behandeling van psychische problemen, medicatie voor te schrijven en het gebruik van medicatie te ondersteunen.
- Op het niveau van de opgenomen jongeren ingerichte, praktische en theoretische scholing en arbeidstoeleiding.
- Specifieke aanpassingen van de hierboven genoemde modules, zodanig dat zij ook geschikt zijn voor jongeren met een lichte verstandelijke handicap en hun ouders.

Om een residentiële setting goed te kunnen laten functioneren dient aan de volgende voorwaarden voldaan te zijn:

- Interdisciplinaire opbouw van het programma én van het personeelsbestand, zodanig dat kennis en ervaring uit diverse sectoren van de jeugdzorg: jeugdhulpverlening, justitiële jeugdinrichtingen, forensische jeugd-ggz, lvg-jeugd sector én het speciaal onderwijs, gegarandeerd is.
- Voorzieningen voor het trainen en opleiden van personeel, inclusief supervisie en coaching voor alle geledingen binnen de residentiële setting.
- Theoretische onderbouwing van de modules waaruit het residentiële programma is opgebouwd.
- Heldere opbouw van het residentiële programma in duidelijk van elkaar te onderscheiden fasen. Deze fasering moet zowel terug te vinden zijn in de modules voor jongeren, als in de modules voor de gezinnen in kwestie.
- Heldere procedure voor behandelingsplanning en een protocol voor diagnostiek en risicotaxatie (richtlijnen voor het opstellen van een toekomstgericht behandelplan, het koppelen van doelen aan in te zetten middelen, afspraken rond eindtermen die

behaald moeten worden wil een jongere kunnen doorstromen naar een andere setting of naar huis kunnen).

- Instrumenten en protocollen voor het controleren van de *treatment integrity*.
- Instrumenten voor het meten van doelrealisatie en andere uitkomsten van de residentiële interventie.

Het gaat er vooral om, om *intensief* hulp te kunnen bieden en daarbij een combinatie van modules aan te bieden om de gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen te behandelen. Met een dergelijke intensieve aanpak, kan geslotenheid voorkomen worden.

Omvang van het residentiële aanbod

Voor hoeveel jongeren is een residentiële setting nodig? Op basis van het onderzoek naar de crisisplaatsingen wordt voor 36% van de crisisgeplaatste groep een verblijf in een tehuis noodzakelijk geacht. Het gaat om zo'n 235 jongeren per jaar, verspreid over alle provincies en de drie grote steden. Zo'n 40% is afkomstig uit de stadsregio's Amsterdam en Rotterdam en uit Noord-Brabant. De rest is meer verspreid over het land. Vanwege de hulpvragen gericht op het gezin en de noodzaak om gezinstherapie in te zetten, zou in elk van de provincies plus de grote steden een tehuis met een zorgaanbod zoals hierboven geschetst, aanwezig moeten zijn. Per provincie / grote stad zou men de beschikking moeten hebben over bedden in kleine en 'open' leefgroepen. De exacte verdeling over de regio's zou bekeken moeten worden met als uitgangspunt dat het uitvoeren van gezinstherapie vanuit de residentiële setting daadwerkelijk mogelijk moet zijn.

We constateren in dit rapport dat de *crisisinterventie* en de opvang waarbij bescherming tegen dreiging van buiten nodig is, gecombineerd zouden kunnen worden met het residentiële aanbod. Wat betekent dit voor de omvang daarvan?

We zagen dat er bij zo'n 41% van de groep die nu in de opvanginrichtingen wordt geplaatst *crisisinterventie* nodig is (time-out of diagnostiek). Uitgaande van rond de 650 crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen per jaar, zou het dan gaan om 260 jongeren per jaar. Om betrokkenheid van het gezin ook hier daadwerkelijk mogelijk te kunnen maken, zou ook in dit geval in elke provincie én de drie grote steden capaciteit voor crisisinterventie beschikbaar moet zijn. De hierboven genoemde residentiële settings zouden uitgebreid kunnen worden met één of enkele *kleine* leefgroepen specifiek gericht op crisisinterventie. Op die manier kan de expertise op het terrein van behandeling én crisisinterventie voor deze moeilijk te hanteren groep jongeren gericht opgebouwd worden. Bovendien is er dan makkelijk doorstroming mogelijk naar de residentiële behandeling als dat nodig blijkt. De groep waarbij behalve crisisinterventie ook een plek nodig is waar bescherming geboden wordt tegen dreiging van buiten, is klein. Uitbreiding met één plaats per regio zou genoeg moeten zijn, waarbij juist bij deze groep geldt dat zij buiten de regio geplaatst zouden moeten worden.

Benodigde aanbod aan gezinsinterventies

We laten in dit rapport zien dat er met *Functional Family Therapie* (FFT) en *Multisystem Therapy* (MST) adequate hulp geboden kan worden aan de groep waar het hier om gaat. FFT en MST kunnen bij een specifieke subgroep (de tweede subgroep die hierboven werd genoemd) dienen als *alternatief* voor een verblijf in een residentiële setting. Náást de

toepassing als 'zelfstandige interventie', kan FFT ook goed ingezet worden als onderdeel van een residentiële behandeling, zoals we hierboven al beschreven.

Op dit moment is MST slechts in vier en FFT in vijf regio's beschikbaar. De hierboven beschreven residentiële setting voor behandeling en crisisinterventie zou in elke provincie en de drie grote steden, uitgebreid moeten worden (of tenminste moeten samenwerken) met een ambulante team voor zowel FFT als MST. Deze teams kunnen FFT bieden in het kader van de residentiële behandeling of FFT en MST als zelfstandige interventie toepassen als dit geïndiceerd is.

Om dit te realiseren is een verder verspreiding van beide typen gezinsbehandeling in ons land nodig. In hoofdstuk 3 zijn de stappen aangegeven om dit te bewerkstelligen.

Gesloten of niet?

Het is op basis van het eerder genoemde onderzoek naar de crisisplaatsingen niet helemaal duidelijk voor hoeveel jongeren *gesloten* crisisinterventie noodzakelijk is. Nemen we de hulpvragen die in het onderzoek crisisplaatsingen zijn geformuleerd als uitgangspunt, dan komen we uit op een enkeling waar dit nodig voor is. Nemen we de informatie over weglopen van eerdere verblijfplaatsen als uitgangspunt, dan betreft het ongeveer 20% van de crisisgeplaatste groep. Het blijft daarom moeilijk om te bepalen in welke gevallen crisisinterventie in een gesloten setting noodzakelijk is. Op zijn minst zijn er duidelijke selectiecriteria nodig en dient er ten alle tijden sprake te zijn van toetsing van de noodzaak tot een gesloten plaatsing door de (kinder)rechter.

Versterking bestaande aanbod

Uit de inventarisatie van de mogelijkheden die er binnen de niet-justitiële jeugdzorg zijn voor crisisinterventie en het verblijf op een 'veilige, geheime plek', blijkt dat er versterking nodig is van het aanbod aldaar. In beide gevallen blijken er plannen te zijn om meer gezinsgericht en meer methodisch te gaan werken. Een investering om dit ook daadwerkelijk tot stand te brengen zal er toe leiden dat een deel van de groep die nu in de crisisopvang in de opvanginrichtingen terecht komt, wél in deze reguliere crisisopvang terecht kan.

Landelijk netwerk

Voor het versterking van het reguliere aanbod én voor het realiseren van de nieuwe residentiële setting en de verdere verspreiding van MST en FFT in ons land is het van groot belang om een coördinatiepunt of landelijk netwerk in het leven te roepen. Op die manier kan kennis en ervaring rond het werken met gedragsgestoorde jongeren met internaliserende psychische problemen gebundeld worden. Ook is het van groot belang dat er in de nieuwe initiatieven gewerkt wordt met mensen en middelen uit de onderscheiden sectoren die samen de jeugdzorg uitmaken: de jeugd-ggz, de jeugd-lvg sector, de justitiële- en niet justitiële jeugdhulpverlening. Alleen op die manier kan een zorgaanbod tot stand gebracht worden dat daadwerkelijk hulp biedt aan deze moeilijk te hanteren jongeren.

1 Inleiding

Er is in de afgelopen periode veel aandacht geweest voor de jongeren¹ die in het kader van een crisisplaatsing in de justitiële opvanginrichtingen verblijven. In een brief aan de Tweede Kamer op 1 juli 2004² is gesteld dat deze jongeren in de opvanginrichtingen niet de hulp krijgen die zij nodig hebben. Er is andere hulp nodig.

In dit rapport doen we verslag van een onderzoek naar de uitgangspunten voor die andere hulp. Het onderzoek moest in korte tijd uitgevoerd worden: de maanden oktober, november en half december 2004. Omdat aangesloten kon worden op eerder onderzoek van NIZW jeugd, kan toch een vrij volledig overzicht gegeven worden van de uitgangspunten voor de noodzakelijke hulp.

In dit inleidende hoofdstuk schetsen we eerst de achtergrond van het onderzoek (1.1) en vatten we de uitkomsten van ons eerdere onderzoek naar de crisisplaatsingen samen (1.2). Daarna komt de aanpak van dit vervolgonderzoek aan de orde (1.3). Tot slot geven we de opzet van het rapport weer en gaan in op de gehanteerde terminologie (1.4).

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Jongens en meisjes die onder toezicht zijn gesteld of onder voogdij staan, kunnen alleen in bijzondere omstandigheden in een gesloten justitiële opvanginrichting geplaatst worden. De (gezins)voogd heeft daartoe een speciale 'machtiging gesloten plaatsing' nodig van de kinderrechter. Deze machtiging wordt slechts verleend 'indien zij vereist is wegens ernstige gedragsproblemen van de minderjarige' (artikel 261, lid 3, BW).

Doorgaans is er sprake van een crisissituatie. Het aantal jongeren dat via deze weg in een justitiële jeugdinrichting terecht komt, is de afgelopen jaren enorm toegenomen, van 153 jongeren in 1998 tot 652 jongeren in 2003. Dit jaar (2004) gaat het tussen 1 januari en 1 november om 587 jongeren.³

Hoewel er tot 2000 al sprake is van een toename, is het aantal plaatsingen pas echt doorgezet na de invoering van het 'voorlopig convenant crisisplaatsingen OTS-pupillen in justitiële jeugdinrichtingen' in de zomer van 2001.

In dit convenant maken de gezamenlijke (gezins)voogdij-instellingen en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) afspraken over snelle plaatsing van jongeren met ernstige gedragproblemen in de (gesloten) opvanginrichtingen van Justitie. Het gaat om jongeren voor wie de rechter een machtiging heeft gegeven tot plaatsing in een gesloten justitiële jeugdinrichting.⁴

¹ In dit rapport gebruiken we de term 'kinderen' voor de leeftijdsgroep van 0 tot en met 11 jaar. De term 'jongeren' gebruiken we voor de groep van 12 tot 18 jaar. Wanneer we beide groepen willen aanduiden, gebruiken we de term 'jeugdigen'.

² Brief 1 juli 2004, Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 28741, nr. 8.

³ Bron: beleidsinformatie DJI, 22 november 2004.

⁴ De justitiële jeugdinrichtingen bestaan uit opvanginrichtingen en behandelinrichtingen. In 2003 verbleef 52% van de jongeren in de opvanginrichtingen daar in het kader van voorlopige hechtenis, 12% was veroordeeld tot een vrijheidsstraf (jeugdetentie) en 9% was een pij-passant (deze jongeren hebben een strafrechtelijke maatregel opgelegd gekregen en wachten op een plaats in een justitiële behandelinrichting). De rest (27%) betrof een civielrechtelijke plaatsing (crisisplaatsing). In de

Het opstellen van het convenant is een direct gevolg van de discussie die eind 1999 begon over plaatsgebrek in de justitiële jeugdinrichtingen. Op dat moment werd duidelijk dat de Dienst Justitiële Inrichtingen meerdere malen een verzoek tot plaatsing van een onder toezicht gestelde jongere in een gesloten inrichting had afgewezen. In deze gevallen had de kinderrechter een machtiging daartoe verstrekt vanwege de crisissituatie waarin de jongeren in kwestie verkeerden. De verzoeken tot plaatsing werden wegens plaatsgebrek afgewezen. De (gezins)voogdij-instelling in Noord-Brabant bracht de zaak onder de aandacht door via een kort geding de plaatsing van pupillen af te dwingen. In diezelfde tijd vroeg ook één van de kinderrechters aandacht voor meiden van 15 jaar en ouder die in de prostitutie terecht kwamen of dreigden te komen. Zij zouden ergens ondergebracht moeten kunnen worden, waar zij beschermd werden tegen de dwang die op hen uitgeoefend werd. In de Tweede Kamer vroeg de Socialistisch Partij (SP) vervolgens aan de Minister van Justitie om op basis van de schaarste een voorlopige regeling te treffen met de sector (gezins)voogdij-instellingen en later is dit in een motie⁵ afgedwongen. In de motie verzoekt de Tweede Kamer de regering om 'een noodvoorziening te treffen, opdat jongeren die in crisissituaties verkeren en jongeren die ernstige problemen hebben en strafbare feiten hebben gepleegd, binnen één week na de beslissing daartoe, kunnen worden geplaatst'. Het 'voorlopig convenant crisisplaatsingen', is die noodvoorziening en een jaar later wordt het voorlopige convenant omgezet in een definitieve versie.

Als blijkt dat de invoering van het convenant een enorme groei van het aantal crisisplaatsingen tot gevolg heeft, roept dit veel vragen op. In de media en in de Tweede Kamer worden vragen gesteld over het feit dat een groeiende groep jongeren met een maatregel van kindbescherming, lange tijd in zwaar beveiligde inrichtingen verblijft. Zij zitten in de jeugdgevangenissen en verblijven daar in dezelfde leefgroepen als jongeren die in voorlopige hechtenis zitten, een straf uitzitten of met een strafrechtelijke maatregel wachten op een plaats in een behandelinrichting. De Minister van Justitie stelt daarop eind 2003 de werkgroep 'optimalisering van het zorgaanbod voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen' (Commissie Bouwhuis) in, die moet adviseren over de oplossing voor deze groep jongeren. In diezelfde periode krijgt NIZW jeugd de opdracht onderzoek te doen naar de kenmerken van de civielrechtelijk geplaatsten in de opvanginrichtingen, hun hulpvragen en het meest wenselijke zorgaanbod. Daarnaast onderzoekt het Verwey-Jonker Instituut wat de ervaringen zijn met het samenplaatsen van jongeren met een civielrechtelijke- en jongeren met een strafrechtelijke verblijfstitel binnen dezelfde inrichtingen en loopt er een evaluatie naar de beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen door de Vrije Universiteit te Amsterdam.

behandelinrichtingen worden jongeren geplaatst die door de rechter de strafrechtelijke maatregel 'plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (pij)' opgelegd hebben gekregen. Daarnaast kunnen in deze inrichtingen ook jongeren met een civielrechtelijke verblijfstitel terecht die intensieve behandeling nodig hebben. In 2003 bestond 65% van de populatie uit civielrechtelijk geplaatsten (OTS en voogdij) en 35% uit strafrechtelijk geplaatsten (pij).

⁵ Motie Kalsbeek-Halsema, Tweede kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 400 VI, nr. 37.

Mede op basis van de uitkomsten van deze drie onderzoeken stelt de werkgroep vervolgens dat het huidige aanbod van de justitiële jeugdinrichtingen, maar ook van de provinciale jeugdzorg, de jeugd-ggz en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten voor de groep jongeren met ernstige gedragsproblemen ontoereikend is (commissie Bouwhuis, juni 2004).

De kern van het advies van de werkgroep luidt: a) zorg voor een voldoende en passend alternatief aanbod van crisisopvang, crisisinterventie en behandeling voor de groep jongeren die primair bescherming behoeft. Dit aanbod dient gestalte te krijgen binnen de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, de jeugd-ggz en de jeugd lvg-sector en b) beëindig de plaatsing van jeugdigen met een civielrechtelijke verblijfstitel in de justitiële jeugdinrichtingen.

De Minister van Justitie en de Staatssecretaris van VWS nemen het advies van de commissie over. Zij sturen op 1 juli 2004 de eerder genoemde brief naar de Tweede Kamer waarin zij stellen dat 'beëindiging van de plaatsing van jeugdigen 'die met het primaire doel van bescherming zijn geplaatst een wijziging van de verantwoordelijkverdeling binnen het stelsel van jeugdzorg met zich meebrengt'⁶. Daarom kan dit niet van het ene moment op het andere gerealiseerd worden en is er op diverse punten nadere informatie nodig. Vanwege de urgentie van de problematiek stellen zij dat er voor 1 januari 2005 een plan van aanpak gereed zal zijn, gericht op het oplossen van dit probleem. De bewindslieden stellen dat er duidelijkheid geboden moet worden over:

- De exacte omvang van de doelgroep die niet meer in de justitiële jeugdinrichtingen geplaatst zal worden (welke jongeren worden wél en niet met het primaire doel van bescherming geplaatst).
- Het alternatieve zorgaanbod dat voor deze groep noodzakelijk is.
- De termijn waarop dit aanbod noodzakelijk is en te realiseren is.
- De financiële en wettelijke voorwaarden waaronder dit te realiseren is.

Aan NIZW Jeugd is gevraagd om, als vervolg op het eerder verrichte onderzoek 'crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen', duidelijkheid te verschaffen over het alternatieve aanbod dat voor deze groep noodzakelijk is.

1.2 De crisisgeplaatste jongeren

In het onderzoek 'crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen' is de groep jeugdigen die met een civielrechtelijke maatregel in de opvanginrichtingen verblijft in kaart gebracht (Boendermaker, Eijgenraam & Geurts, 2004). Dit gebeurde aan de hand van dossierinformatie van een representatieve steekproef van 110 van de in totaal 652 jongeren die in heel 2003 opgenomen werden op een crisisplek in een opvanginrichting. Het ging daarbij om informatie die bij aanmelding voor een plek in de opvanginrichting beschikbaar was.

Duidelijk werd dat alle jongens en meisjes die van een crisisplaats in de opvanginrichtingen gebruik maken, kampen met ernstige gedragsstoornissen en in mindere mate aandachtstekortstoornissen (18%). Bij 45% wordt in de aanmeldingsinformatie gesproken van het plegen van delicten. Bijna de helft van de

⁶ Brief 1 juli 2004, Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 28741, nr. 8.

groep is één of meer keer weggelopen van huis, uit een tehuis of crisisopvang, 21% heeft geen vaste verblijfplaats op het moment van aanmelding.

Bij iets meer dan de helft van de groep komen de ernstige gedragsstoornissen samen voor met internaliserende psychische stoornissen (voornamelijk depressieve klachten, ernstige vormen van automutilatie, suïcidepogingen en suïcidale gedachten). Bij 19% van de groep wordt in de aanmeldingsinformatie gesproken van een lichte verstandelijke handicap en bijna alle jongeren hebben eerder één of meer keer ambulante en/of residentiële hulp ontvangen (gemiddeld vier keer).

Een interdisciplinair samengestelde groep van negen professionals uit de jeugdzorg heeft, op basis van de dossierinformatie voor elke jeugdige hulpvragen geformuleerd. De hulpvraag is in dit geval: een professioneel oordeel over wat er nodig is. In het dossier is doorgaans geen informatie over de hulpvragen te vinden, deze zijn daarom ter plekke geformuleerd op basis van de beschikbare informatie. Daarna werden alle zaken uit de steekproef kort besproken en is, op basis van consensus, de belangrijkste hulpvraag op het moment van aanmelding bepaald. Aan de hand van de belangrijkste hulpvraag zijn de 110 dossiers vervolgens gesorteerd in zes groepen jongeren met dezelfde belangrijkste hulpvraag. Bij deze indeling blijkt de vraag naar een bepaald type verblijfplaats een grote rol te spelen:

1. De jeugdige heeft behoefte aan een verblijfplaats voor langere tijd, aan het intact houden van relaties met het eigen netwerk (met name gezin en familie) en een dagbesteding (36%)
2. Het gezin heeft behoefte aan het verbeteren van de opvoedingssituatie en de gezinsrelaties, herstel van de gezagsrelatie en het leren hanteren/reguleren van de gedragsstoornissen van de jongere (27%). Bij een deel van deze groep is er tevens behoefte aan een korte time-out voor de jongere, buiten het gezin.
3. Er is behoefte aan een tijdelijke verblijfplaats en aan duidelijkheid over wat er aan de hand is en welke hulp er nodig is om de problemen op te kunnen lossen (diagnostisch onderzoek), daarnaast is er behoefte aan het vergroten van de motivatie om hulp mogelijk te kunnen maken (21%)
4. De jeugdige heeft een verblijfplaats nodig voor langere tijd, waar hij/zij tegen zichzelf beschermd wordt en/of hem/haar bescherming geboden wordt tegen weggelopen (7%).
5. De jeugdige heeft behoefte aan bescherming tegen mishandeling, dreiging en/of dwang vanuit de omgeving op een veilige (geheime) plek (4%).
6. De jeugdige heeft behoefte aan het ontwikkelen van assertiviteit/weerbaarheid en zelfstandigheid/zelfredzaamheid (3%).

Naast deze belangrijkste hulpvragen geldt voor alle jongeren dat er behandeling nodig is van hun ernstige gedragsstoornissen en (deels) internaliserende psychische problemen. In veel gevallen hebben ook de ouders hulp nodig, vanwege agressie, drank of druggebruik, schulden of andere problemen.

1.3 Van problemen naar zorgaanbod

Om de overstap te maken van de geconstateerde problemen naar de interventies die daarbij werkzaam zijn, is het noodzakelijk kort in te gaan op de achtergronden en oorzaken van gedragsstoornissen (in combinatie met internaliserende psychische

problemen). Welke factoren beïnvloeden het ontstaan én voortbestaan van gedragsstoornissen? Zijn deze factoren te beïnvloeden en hoe dan? We behandelen daarom in deze paragraaf twee onderwerpen. Eerst besteden we aandacht aan enkele kenmerken van gedragsstoornissen. Daarna vatten we de oorzaken van gedragsstoornissen kort samen en besteden we aandacht aan het onderscheid in specifiek en algemeen (non-specifieke) werkzame factoren (Van Yperen, 2003).

Belangrijke kenmerken gedragsstoornissen en psychische problemen

Van belang bij jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen is het feit dat zij sociale informatie verstoord waarnemen. Ze kunnen zich slecht verplaatsen in de gedachten, gevoelens en intenties van anderen en hebben de neiging acties van anderen als vijandig te interpreteren en alleen bepaalde informatie op te nemen. Ze kennen anderen bijvoorbeeld agressieve intenties toe terwijl daar geen reden voor is, en interpreteren plagerijen als kwaadaardig. Gedragsgestoorde jongeren laten zich bij het beoordelen van een situatie meer leiden door hun emotionele toestand dan door de feitelijke situatie (Orobio de Castro, 2001; Van de Wiel, 2002). Omdat deze jongeren doorgaans weinig probleemoplossende vaardigheden tot hun beschikking hebben, is ook hun reactie op sociale informatie afwijkend: zij beschikken alleen over agressieve en oppositionele reactiemogelijkheden. Daardoor worden gedragsgestoorde jongeren met slechte interpersoonlijke relaties geconfronteerd. Door hun gedrag worden zij afgewezen door pro-sociale jeugdigen en komen terecht in deviante vriendengroepen, waarin verdere deviantietraining optreedt (Patterson, Reid & Dishion, 1992). Jongeren kampen veelal met wrok, achterdocht en vijandigheid, gebruiken te veel alcohol en drugs, hebben slechte schoolresultaten en spijbelen veel. Gedrag en beleving staan in het teken van directe behoeftebevrediging, er is een lage frustratietolerantie. Belangen van anderen worden niet gezien en het eigen aandeel in problemen wordt ontkend (Kazdin, 1995 & 1997; Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2003; Verhulst, 1994).

Gedragsstoornissen gaan vaak samen met depressieve klachten. Symptomen daarvan zijn bijvoorbeeld het verlies van belangstelling voor en plezier in allerlei activiteiten en een sombere stemming. Bij jongens is er vaker sprake van gevoelens van minachting en walging voor zichzelf. Zij reageren vaak met irritatie en gedragsproblemen in plaats van verdrietig te zijn of te zeggen hoe zij zich voelen. Slaap- en eetstoornissen, zelfbeschadiging, zelfmoordgedachten en slecht functioneren komen meer bij meisjes voor (Loeber e.a., 2003; Konijn en Kroneman, 2003).

Oorzaken gedragsproblemen

Bij het ontstaan én voortbestaan van (ernstige) gedragsstoornissen spelen diverse factoren een rol. Het gaat om factoren bij de jeugdige zelf, factoren in het gezin en in de omgeving waarin een jeugdige opgroeit. Het is vooral de interactie tussen deze factoren die de ontwikkeling en het voortbestaan van gedragsstoornissen beïnvloedt (Rutter, 1994). De 'kindfactoren' zijn deels (neuro)biologisch bepaald, denk bijvoorbeeld aan een laag IQ of lagere hoeveelheden van bepaalde neurotransmitters in de hersenen of kleine afwijkingen in de hersenen. Dergelijke factoren bepalen de impulsiviteit, het angstniveau en bijvoorbeeld de mate van hyperactiviteit. Factoren in het gezin betreffen onder andere de opvoedkundige kwaliteiten van de ouders, de wijze van communicatie binnen een gezin, wisselingen van opvoeders en verblijfplaatsen, mishandeling en verwaarlozing, de aanwezigheid van ouders die zelf antisociaal gedrag vertonen,

delinquentie en/of psychische stoornissen van ouders. Binnen de gezinnen is doorgaans sprake van negatieve interactiepatronen, veel beschuldigingen, men is defensief en niet steunend.

In de omgeving speelt de buurt waarin een kind opgroeit een rol, evenals het al dan niet aanwezig zijn van vrienden en familie die tot steun kunnen zijn.⁷

Daarbij zijn er risicofactoren én beschermende factoren te onderscheiden, die bij de ontwikkeling én het voortbestaan van gedragsstoornissen en psychische problemen een rol spelen. Voor het behandelen van deze stoornissen en problemen blijkt het van belang de invloed van beschermende factoren te vergroten (bijvoorbeeld het sociaal netwerk te vergroten) en daarmee de invloed van risicofactoren te verminderen (het sociaal isolement van een gezin wordt bijvoorbeeld minder, waardoor er meer bronnen* en van sociale steun voor het gezin zijn).

Specifiek en non-specifiek werkzame factoren

Wanneer we op zoek zijn naar werkzame interventies voor de crisisgeplaatste groep is het van belang ook onderscheid te maken in specifiek en non-specifiek werkzame factoren of ingrediënten van interventies.

Specifiek werkzame ingrediënten zijn de werkzame elementen die alleen gelden voor een bepaald type behandeling voor een bepaalde doelgroep. Zo weten we uit onderzoek dat bij de behandeling van jeugdigen met ADHD twee typen van behandeling effectief zijn: 1) het verstrekken van medicatie en 2) een combinatie van medicatie én gedragstherapeutische interventies (behandelen van het kind door ouders gedragsinstructies aan te leren en het hanteren van een straf- en beloningssysteem in de klas) (Konijn, 2003). Beide zijn werkzame ingrediënten in de behandeling van ADHD bij jeugdigen.

Algemeen werkzame ingrediënten zijn onderdelen van een interventie die tot het resultaat bijdragen ongeacht het soort behandeling en het type doelgroep. Zo weten we dat de volgende factoren bijdragen aan een grotere werkzaamheid van een interventie: een goede motivatie van de cliënt, een goede kwaliteit van de relatie cliënt en behandelaar, een goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering), de uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd behoort te worden, professionaliteit van de behandeling (opleiding, training en coaching), goede werkomstandigheden (zoals een draaglijke caseload, goede ondersteuning, veiligheid). De algemeen werkzame factoren vormen de basis voor goede hulpverlening, als zij niet in orde zijn heeft dat een negatieve invloed op de werkzaamheid van de interventie.

1.4 Aanpak van dit onderzoek

Zowel in buitenlandse (Kazdin, 2001) als in Nederlandse literatuur (Van Yperen, 2003) is er veel aandacht voor de noodzaak om interventies theoretisch te onderbouwen door uit te gaan van de oorzaken en kenmerken van problemen en van de algemeen en specifiek werkzame factoren. In de jeugdzorg is bovendien het besef aanwezig dat het belangrijk is om doelgericht te werken, gebruik makend van wat er bekend is over de werkzaamheid en effectiviteit van interventies, en ook duidelijk te maken wat men doet. Effectief, doelgericht en transparant zijn sleutelbegrippen in de Wet op de jeugdzorg.

⁷ Zie voor een uitgebreidere beschrijving o.a. Boendermaker (1999) en Loeber, Slot & Sergeant (2001).

Centrale vraag in dit onderzoek is hoe het zorgaanbod voor de crisisgeplaatste jongeren eruit zou moeten zien, nu duidelijk is dat het aanbod in de opvanginrichtingen niet voldoet.

Om deze vraag te beantwoorden gebruiken we stappen uit de ontwerpfase van de methode *Matching Needs and Services*.⁸ Deze stappen zijn gericht op het evidence based ontwerpen of aanpassen van zorgaanbod in de jeugdzorg.

Globaal wordt er in zo'n ontwerpfase het volgende gedaan:

1. uitwerking van de problematiek en hulpvragen van de jeugdigen in de desbetreffende hulpvraagcategorie op basis van de verzamelde informatie in de onderzoeksfase (in dit geval: informatie die verzameld is in het voorgaande onderzoek naar de crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen).
2. opstellen van literatuuroverzicht over wat er bekend is over wat werkt bij de specifieke doelgroep in de desbetreffende hulpvraagcategorie en op welke onderdelen er geen of weinig informatie beschikbaar is.
3. inventariseren wat voor zorgaanbod / methoden / projecten er voor deze groep al bestaat/bestaan en wat daaruit te leren valt of welke initiatieven er al zijn.
4. samenstellen van een ontwerpgroep van vier tot acht personen die expertise hebben op het gebied van de betreffende doelgroep en diens hulpvragen dan wel expertise hebben op het gebied van effectieve interventies voor de betreffende doelgroep en/of ervaring hebben met het ontwikkelen en aanpassen van zorgaanbod.
5. zes tot acht bijeenkomsten van de ontwerpgroep, met dusdanige tussenpozen dat mensen de gelegenheid hebben het aanbod uit te werken en te beschrijven (in de vorm van modulebeschrijvingen)
6. opstellen plan voor implementatie en evaluatie
7. rapportage: aflevering geïntegreerd plan.

We voeren in dit onderzoek de eerste drie stappen uit voor vier van de hulpvraagcategorieën die hierboven aan de orde kwamen. Het gaat om: 1) de subgroep die behoefte heeft aan een verblijfplaats voor langere tijd, 2) de subgroep waar binnen het gezin behoefte is aan de verbetering van de opvoedingssituatie, 3) de groep waarbij er behoefte is aan nader onderzoek én 4) de groep waarbij behoefte is aan bescherming tegen invloeden van buiten.

In het onderzoek crisisplaatsingen is een eerste aanzet gegeven voor het zorgaanbod dat voor deze groepen beschikbaar zou moeten zijn. Het betrof een residentiële setting voor de eerste subgroep, intensieve gezinsbehandeling voor de tweede groep en crisisinterventie en diagnostiek voor de derde groep. Ook de jeugdigen voor wie een korte time-out nodig is voordat een intensieve gezinsbehandeling van start gaat, zouden daar gebruik van kunnen maken. Deze drie subgroepen bevatten samen 84% van de crisisgeplaatste groep. In overleg met de opdrachtgever is er voor gekozen om tot slot ook voor één van de kleine subgroepen het gewenste zorgaanbod verder te verkennen. Het gaat om de vijfde hulpvraagcategorie, met jongeren die vooral behoefte hebben

⁸ Voor informatie over deze methode verwijzen we naar ons rapport over het onderzoek naar de crisisplaatsingen, waarin we gebruikt gemaakt hebben van de onderzoeksfase van *Matching Needs and Services*: Boendermaker, Eijgenraam & Geurts (2004). '*crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen*', trecht: NIZW.

aan bescherming tegen mishandeling, dreiging en/of dwang vanuit de omgeving, op een veilige (geheime) plek. Hier is voor gekozen, omdat dit een groep is waarvan duidelijk is dat het jongeren betreft die dringend bescherming nodig hebben.

literatuuroverzicht

Bij het opstellen van het literatuuroverzicht voor de residentiële setting, de crisisinterventie en de groep die bescherming nodig heeft tegen dreiging en/of dwang vanuit de omgeving is telkens eerst gezocht naar overzichtsstudies waarin effectieve interventies worden gesproken voor de groep jongeren in de desbetreffende hulpvraagcategorie. Wanneer dergelijke overzichtsstudies niet beschikbaar waren is gezocht naar zgn. primaire studies. Waren die niet te vinden, dan is gezocht naar wat er over het onderwerp bekend is. In elk hoofdstuk doen we kort verslag van de zoekstrategie.

Voor het hoofdstuk over intensieve gezinsinterventies hebben we gebruik gemaakt van de primaire studies over twee interventies die als effectief naar voren komen uit kwantitatieve overzichtsstudies.⁹

Er zijn doorgaans nogal wat methodologische problemen bij het verrichten van goed effectonderzoek. Vaak gaan onderzoeken over duidelijk omschreven interventies, uitgevoerd bij speciaal geselecteerde doelgroepen, met een probleem op één bepaald terrein. Er is minder onderzoek waarin interventies onderzocht worden voor 'echte mensen, met echte problemen' (Veerman, 1990).

Het is hier niet de plaats om daar uitgebreid bij stil te staan. Het is voor deze studie wel van belang te weten dat de gevonden effecten verschillen voor het type interventie dat onderzocht wordt. De effecten van afzonderlijke trainingen of therapieën zijn doorgaans ook gemakkelijker in kaart te brengen dan van residentiële behandeling, waarin diverse interventies gecombineerd plaatsvinden. Lange tijd was het idee dat er niks werkt bij jongeren met ernstige gedragsstoornissen. Dit is inmiddels echter verlaten. Juist doordat er omvangrijke kwantitatieve overzichtsstudies zijn verricht, weten we dat het wel degelijk mogelijk is om vermindering van de problemen te bewerkstelligen.

1.5 Opzet van het rapport

In dit rapport komt in vier afzonderlijke hoofdstukken, de uitwerking voor elk van de vier subgroepen aan de orde. In hoofdstuk 2 gaan we in op de verblijfsplaats voor langere tijd buiten het gezin en in hoofdstuk 3 komt de intensieve gezinsbehandeling aan de orde. Hoofdstuk 4 behandelt de crisisinterventie en in hoofdstuk 5 komt de veilige (geheime) plek aan de orde. Hoofdstuk 6 tenslotte, bevat een slotbeschouwing. In elk hoofdstuk komen achtereenvolgens de volgende onderdelen aan de orde:

- a. beschrijving van de groep: problemen en hulpvragen.
- b. Gevolgde werkwijze (literatuursearch en inventarisatie stand van zaken)
- c. Weergave van uitkomsten van de literatuursearch en de inventarisatie van de bestaande initiatieven en werkwijzen.

⁹ we hebben gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve reviews. Kwantitatieve reviews zijn meta-analyses. Hierin wordt het statistisch materiaal uit diverse onderzoeken naar interventies wordt verzameld en geanalyseerd. Voor elke studie wordt eenzelfde effectmaat berekend, zodat een overzicht geboden kan worden van het effect van die interventies. In een kwalitatieve review worden de uitkomsten van studies besproken, maar vinden geen berekeningen plaats op materiaal van eerdere studies.

- d. We eindigen elk hoofdstuk met een advies over het vervolg: hoe zou het zorgaanbod op dit punt opgezet moeten/kunnen worden, waar moet het aan voldoen.

In hoofdstuk 2 geven we een vrij uitgebreide beschrijving van de groep en de hulpvragen, in de daarop volgende hoofdstukken besteden we vooral aandacht aan de verschillen en overeenkomsten ten opzichte van de beschrijving in hoofdstuk 2. Anders dan voor de andere onderdelen, is er voor de 2^e hulpvraagcategorie, die een verblijfplaats nodig heeft voor langere tijd, buiten het gezin, géén inventarisatie van lopende initiatieven verricht. De opdrachtgever is al bekend met verschillende initiatieven van zorgaanbieders om nieuw residentieel zorgaanbod te ontwerpen. De inventarisatie op dat onderdeel kon daarom binnen dit onderzoek achterwege blijven.

Gebruikte terminologie

De beschrijving van de vier subgroepen is gebaseerd op de informatie die bij aanmelding voor een plaats in de opvanginrichting (de crisisplaatsing) beschikbaar is (zie Boendermaker, Eijgenraam & Geurts, 2004).

Voor het beschrijven van de problemen en stoornissen van jongeren baseren we ons op de omschrijvingen in de DSM-IV.¹⁰ De DSM-IV is een psychiatrisch classificatiesysteem, waarin psychische stoornissen beschreven zijn aan de hand van typerende kenmerken. Het stellen van een diagnose aan de hand van deze kenmerken kan pas plaats vinden na (interdisciplinair) diagnostisch onderzoek, waarbij informatie beoordeeld wordt dat afkomstig is uit diverse bronnen (Verhulst, 1992).

Op basis van de dossierinformatie die bij aanmelding beschikbaar is kunnen we *kenmerken van stoornissen*, zoals beschreven in de DSM-IV herkennen en in kaart brengen. We kunnen echter nooit op die manier een diagnose stellen. We spreken daarom alleen van gediagnostiseerde stoornissen als uit de dossierinformatie blijkt dat er sprake is van een formele diagnose. Is dat niet het geval, dan spreken we van *kenmerken van stoornissen*.

We maken in dit rapport onderscheid tussen gedragsstoornissen en internaliserende psychische stoornissen. We doen dit omdat het er in dit rapport om gaat een beeld te geven van de aard en ernst van de problematiek die bij deze groep aan de orde is. Dit is een enigszins gekunsteld onderscheid; gedragsstoornissen zijn (volgens de DSM) immers ook psychische stoornissen. Doorgaans wordt er gesproken van psychische (of psychiatrische) stoornissen als iemand dermate ernstige gedrags- en/of emotionele problemen heeft, dat hij er niet meer goed door kan functioneren én onder de problemen lijdt of anderen eronder doet lijden (APA, 1994, aangehaald in Doreleijers, 2004).

De term gedragsstoornis gebruiken we als verzamelterm voor antisociaal gedrag (pesten, liegen, bedriegen, vechten, mensen of dieren mishandelen, stelen, brandstichten, vernielingen aanrichting en ondanks het verbod van ouders 's nachts wegblijven en spijbelen) en oppositioneel-opstandig gedrag (vaak driftig, vaak ruzie met volwassenen, opstandig, weigert zich te voegen naar regels of vragen van volwassenen, ergert anderen met opzet, anderen krijgen de schuld van eigen wangedrag, prikkelbaar, vaak boos en gepikeerd, vaak hatelijk en wraakzuchtig).

¹⁰ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV staat voor vierde (herziene) versie.

De aandachtstekortstoornis (al dan niet met hyperactiviteit) en agressie (schelden en tieren, snel woedend zijn, erop slaan en allerlei dreigementen uiten) benoemen we los daarvan.

Onder internaliserende psychische stoornissen verstaan we stemmingsstoornissen (depressie), angststoornissen (dwanggedachten, dwanghandeling, angst, paniek) , pervasieve ontwikkelingsstoornissen (stoornissen in het autistisch spectrum) en psychotische stoornissen.

We spreken van risicovol alcohol- en druggebruik als er in het dossier gesproken wordt van dusdanig gebruik dat dit het functioneren van de jongere (op school bijvoorbeeld) negatief beïnvloed.

2 Een verblijfplaats voor langere tijd buiten het gezin

L. Boendermaker & J.F. van den Berg

In dit hoofdstuk beschrijven we een subgroep van de crisisgeplaatste jongeren in de opvanginrichtingen, namelijk de 36% waarvoor in het voorgaande onderzoek naar de crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen, een verblijfplaats buiten het gezin, voor langere tijd, nodig werd geacht (hulpvraagcategorie 1).

In paragraaf 2.1. gaan we in op de problematiek op het moment van aanmelding voor een crisisplaats in de opvanginrichting. Ook geven we de hulpvragen weer die door de interdisciplinaire groep professionals in ons vorige onderzoek geformuleerd zijn. Daarna komt in paragraaf 2.2. aan de orde hoe we in de literatuur hebben gezocht naar effectieve interventies bij dit type problemen en deze hulpvragen. In paragraaf 2.3. en 2.4. bespreken we de uitkomsten van onze zoektocht naar literatuur. Eerst besteden we aandacht aan de specifiek werkzame factoren, daarna komen de non-specifieke factoren aan de orde. We besluiten het hoofdstuk met het formuleren van uitgangspunten die van belang zijn bij het ontwikkelen van zorgaanbod voor deze groep jongeren.

2.1. Problematiek en hulpvragen

Deze subgroep bestaat voor 45% uit jongens (18 jongens) en voor 55% uit meisjes (22 meisjes). Hun leeftijden lopen uiteen van 12 tot en met 17 jaar en de gemiddelde leeftijd is 14,6 jaar. Het merendeel van de groep (63%) heeft een Nederlandse etnische achtergrond, de overige jongeren hebben zeer uiteenlopende achtergronden. In tabel 1 op pagina 20 zijn de belangrijkste karakteristieken van deze subgroep samengevat. De grijze cijfers in de tabel geven de percentages weer zoals die voorkomen in de gehele steekproef van 110 crisisgeplaatste jongeren. De zwarte cijfers betreffen de percentages voor deze subgroep.

Leefsituatie

Bijna de helft van de jongeren in deze subgroep woont bij aanmelding in een gezin. Meestal (31%) thuis bij één ouder of bij beide ouders; bij 13% is er sprake van een ander gezin (ouder met nieuwe partner, adoptiefouders, pleegouders). Er zijn in deze gezinnen veel problemen (die we verderop in deze paragraaf bespreken). In elk geval is de situatie dusdanig dat in het voorgaande onderzoek is geconcludeerd dat er in deze gevallen een verblijfplaats nodig is buiten het gezin en voor langere tijd. Datzelfde is het geval bij de rest van de groep die bij aanmelding niet meer thuis woonde. Zo verbleef 28% in een tehuis en is er één jongen die in een opvang voor daklozen verblijft. Tot slot heeft 18% van de groep geen vaste verblijfplaats: op het moment van de aanmelding gaan zij van het ene adres (ouders, vrienden, crisisplaatsingen) naar het andere of leven (deels) op straat. Van vier jongeren is er geen informatie bekend over hun leefsituatie op het moment van aanmelding. Ondanks dat de helft van de groep (48%, n=19) wel eens is weggelopen, hebben de professionals die de zaken hebben beoordeeld, in géén van

deze gevallen geconcludeerd dat er 'bescherming tegen weglopen' (geslotenheid) noodzakelijk is (tabel 2, pagina 22).

Tabel 1. Karakteristieken hulpvraagcategorie 1 (N=40)

<i>Geslacht</i>	%	%	<i>Etniciteit</i>	%	%	<i>Aard eerdere hulp</i>	%	%
Vrouw	51	55	Nederland	63	63	Geen eerdere hulp	6	-
Man	49	45	Overig westers	7	5	Alleen ambulante	8	3
	100	100	Nederlandse Antillen	3	5	Alleen 24-uurs zorg	11	10
			Suriname	6	8	Ambulant en daghulp	4	-
			Turkije	5	5	Ambulant en 24-uurs zorg	37	50
<i>Leeftijd</i>	%	%	Marokko	5	-	Daghulp en 24-uurs zorg	1	3
11 jaar	2	-	Overig niet-westers	12	15	Pleegzorg en 24-uurs zorg	6	5
12 jaar	6	8		100	100	Ambulant, daghulp en 24-uurs zorg	1	-
13 jaar	6	8				Ambulant, pleegzorg en 24-uurs	6	13
14 jaar	22	28				Ambulant, 24-uurs zorg en anders	3	5
15 jaar	31	30	<i>Jongere woont</i>	%	%	Geen informatie	16	-
16 jaar	26	20	In gezin met één ouder	24	18		100	100
17 jaar	9	8	In gezin met beide ouders	11	13			
	100	100	In gezinssituatie anders	13	13			
			In residentiële instelling	20	28	<i>Aard problematiek</i>	%	%
			Zelfstandig/anders	5	3	Antisociaal gedrag (kenmerken of diagnose) ¹¹	56	70
<i>School/niveau</i>	%	%	Geen vaste verblijfplaats	21	18	ODD (kenmerken of diagnose)	64	70
Geen school	42	45	Geen informatie	6	10	Agressief gedrag	56	65
Spijbelt	31	30		100	100	Delicten gepleegd	45	40
LVG	19	25				ADHD (kenmerken of diagnose)	18	23
	-	-				Seksueel overschrijdend gedrag ¹²	17	17
			<i>Gezin</i>	%	%	Prostitutie (feit óf vermoeden) ¹³	17	15
			Slechte relatie met moeder	38	43	Risicovol middelengebruik	39	43
<i>Mishandeling</i>	%	%	Slechte relatie met vader	26	30	Depressieve klachten	36	40
Ja	21	25	Relatie ouders slecht	18	23	Zelfverwonding/gevaar suïcide	26	38
			Ernstige ruzies in gezin	15	23	Andere psychische stoornissen of klachten	17	30
			Geweld binnen gezin	14	20	Weglopen van huis/verblijfplaats	49	48
			Ouders overbelast	53	40	Start problemen 3-5 jaar	10	18
			Ouders betrokken	19	10	Start problemen 6-11 jaar	19	30
				-	-		-	-

¹¹ Zie paragraaf 1.5 voor het onderscheid tussen kenmerken van stoornissen en een diagnose. Voor de exacte aantallen waarin bij aanmelding al een diagnose gesteld is, verwijzen we naar ons eerdere rapport over de crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen.

¹² Zowel seksueel grensoverschrijdende opmerkingen als handelingen ten opzichte van andere personen.

¹³ In de gehele steekproef van 110 crisisgeplaatste jongeren is het bij 6,4% een vastgesteld feit dat de jongere zich prostitueert, bij 11% is dit een vermoeden.

Gezinsrelaties en sociale relaties

Over de relaties binnen het gezin is lang niet in alle gevallen informatie beschikbaar. Bij 23% van de jongeren is bekend dat de relatie tussen de ouders onderling slecht is. Over de relatie tussen de jongeren en hun moeder of vader is bijzonder weinig bekend. Alleen in de gevallen dat de relatie slecht is, is er iets te vinden in de aanmeldingsinformatie (de relatie met moeder is bij 43% slecht, de relatie met vader is bij 30% slecht).

Van 25% van de jongeren in deze subgroep is bekend dat zij bij aanmelding werden mishandeld (fysiek of emotioneel, in enkele gevallen seksueel) of dat tot voor kort werden; bij 23% van de gezinnen is sprake van ernstige ruzies en onenigheid en in 20% van de gezinnen is er sprake van andere vormen van geweld binnen het gezin. In 40% van de gevallen staat in de aanmeldingsinformatie dat de ouders overbelast zijn door de situatie en de jongere niet aankunnen.

Er zijn in deze groep meer jongeren dan in de andere subgroepen, die te maken hebben met agressie en alcoholmisbruik van (één van) de ouders. Beschermende factoren worden nauwelijks genoemd. Wel is in 10% van de gevallen bekend dat de ouders de situatie willen veranderen en betrokken zijn bij het wel en wee van hun zoon of dochter.

Hoewel bij alle jongeren in deze subgroep een verblijf buiten het gezin noodzakelijk wordt geacht, zijn er heel wat hulpvragen geformuleerd op het terrein van de gezins- en sociale relaties. Het meest genoemd wordt de behoefte om - ondanks een verblijf buiten het gezin - de relaties en onderlinge communicatie in het gezin te verbeteren. Ook relatief vaak genoemd wordt de behoefte aan betere opvoedingsvaardigheden bij de ouders en het vergroten of veranderen van het sociaal netwerk van de jongere (bijvoorbeeld het 'losweken' van een jongen uit een extreem rechtse vriendengroep). Ook wordt diverse malen expliciet benoemd dat de ouders behoefte hebben aan het verbeteren van hún onderlinge relatie. De drie meest genoemde hulpvragen zijn opgenomen in tabel 2 op pagina 22.

Gedrag

Over het gedrag van de aangemelde jongeren is veel bekend. In deze categorie komen oppositioneel opstandig gedrag, antisociaal gedrag en agressief gedrag het meest voor. 70% van de jongeren (9 jongens en 19 meisjes) vertonen kenmerken van oppositieel opstandig gedrag (vaak driftig, vaak ruzie met volwassenen, opstandig, weigert zich te voegen naar regels of vragen van volwassenen, ergert anderen met opzet, anderen krijgen de schuld van eigen wangedrag, prikkelbaar, vaak boos en gepikeerd, vaak hatelijk en wraakzuchtig).

Antisociaal gedrag (of kenmerken daarvan) komt eveneens bij 70% van de jongeren voor (evenveel jongens als meisjes). Het gaat daarbij om zaken als: pesten, liegen, bedriegen, vechten, (mensen of dieren) mishandelen, stelen, brandstichten, vernielingen aanrichten (thuis of buitenshuis) en ondanks het verbod van ouders 's nachts wegblijven en spijbelen. In totaal 65% (14 jongens, 12 meisjes) wordt agressief genoemd. Deze jongeren reageren doorgaans met schelden en tieren, zijn snel woedend, slaan erop en uiten allerlei dreigementen.

Bij 48% wordt weglopen van huis, uit de crisisopvang of uit een tehuis genoemd als probleem en bij 40% komt in de aanmeldingsinformatie een verwijzing voor naar gepleegde delicten. In de meeste gevallen is de informatie hierover niet erg duidelijk: er wordt genoemd dat er delicten gepleegd zijn of politiecontacten zijn geweest. Om wat

voor type delicten het gaat staat doorgaans niet genoteerd. De kenmerken van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) zijn (of de diagnose ervan is) bij 23% aan de orde.

Bij drie jongens en vier meisjes is sprake van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bij drie meisjes is bij aanmelding duidelijk dat er sprake is van prostitutie, bij drie andere meisjes is er een vermoeden van prostitutie, maar wordt niet duidelijk waar dit op is gebaseerd. In totaal gaat het hier om 12 jongeren (30%). Bij de meerderheid van de jongeren (78%) zijn er gedragsproblemen op drie of meer gebieden. Er zijn vijf jongeren die slechts op één gebied gedragsproblemen vertonen. Bij één derde is er 'alleen' sprake van (kenmerken van) gedragsstoornissen, en bij tweederde is er sprake van zowel (kenmerken van) gedragsstoornissen als internaliserende psychische problemen (die we hierna beschrijven). Bij een deel van de groep zijn de problemen al op jonge leeftijd begonnen, hetgeen een indicatie is voor de hardnekkigheid van de problemen (tabel 1).

Verreweg de meeste hulpvragen die op dit gebied geformuleerd zijn gaan over het verminderen van de gedragsproblemen. Dergelijke hulpvragen zijn: er is behoefte aan het leren reguleren van impulsen of agressie, het leren van maatschappelijk aanvaardbaar gedrag of het stoppen met plegen van delicten. Daarnaast worden er relatief veel hulpvragen genoemd rond het leren van sociale vaardigheden en het leren accepteren van gezag. Het leren van sociale vaardigheden (om zich staande te leren houden in sociale situaties) wordt vaker bij meisjes dan bij jongens noodzakelijk geacht (11 meisjes, 1 jongen). Deze hulpvraag komt vooral voor in combinatie met de behoefte aan het verminderen van depressieve klachten (zie hieronder). Voor het overige zijn er geen belangrijke verschillen tussen jongens en meisjes in de hulpvragen op dit terrein. In een klein aantal gevallen is er nog een heel specifieke vraag geformuleerd, bijvoorbeeld over de noodzaak tot het leren beheersen van agressie bij één van de ouders of de noodzaak duidelijkheid te krijgen over de vraag of er wel of geen sprake is van prostitutie bij een jongere.

Tabel 2: Overzicht van de belangrijkste hulpvragen en het aantal maal dat zij in deze hulpvraagcategorie geformuleerd zijn (N=40).

<i>Belangrijkste hulpvragen per leefgebied</i>	<i>Aantal maal genoemd</i>	<i>%</i>
Behoeftte aan een verblijfplaats buiten het gezin voor langere tijd	40	100
Behoeftte aan het verbeteren/herstellen van de relatie tussen jongere en ouders, gezin, sociale omgeving en soms ouders onderling	21	53
Behoeftte aan het verbeteren van opvoedingsvaardigheden van de ouders	11	27
Behoeftte aan versterking/verandering van het sociaal netwerk van de jongere	10	25
Behoeftte aan het leren reguleren van gedrag / agressie of behoefte aan het leren van maatschappelijk aanvaardbaar gedrag / stoppen met plegen van delicten	33	83

(vervolg Tabel 2)

<i>Belangrijkste hulpvragen per leefgebied</i>	<i>Aantal maal genoemd</i>	<i>%</i>
Behoeftte aan het leren van sociale vaardigheden	17	43
Behoeftte aan het leren accepteren van gezag	10	25
Behoeftte aan behandeling van psychische problemen	25	63
Behoeftte aan vermindering druggebruik / leren verantwoord druggebruik	10	25
Behoeftte aan voorlichting ouders over psychische problemen of licht verstandelijke handicap van hun kind	9	23
Behoeftte aan een passende opleiding	22	55
Behoeftte aan een passende dagbesteding	18	45

Lichamelijke en geestelijke gezondheid

De gezondheidsproblemen van deze groep jongeren liggen met name op het terrein van de geestelijke gezondheid; lichamelijke gezondheidsklachten zijn er niet of nauwelijks. Bij tweederde van de jongeren (12 jongens, 15 meisjes) is er sprake van internaliserende psychische problemen. Genoemd worden depressieve klachten, denken aan suïcide of recent een poging daartoe gedaan hebben (5 jongens, 7 meisjes) en automutilatie (2 jongens, 5 meisjes). Ook stoornissen in het autistisch spectrum, psychose en posttraumatische stressstoornis komen voor in deze groep. Bij éénderde van de groep is sprake van één van de hierboven genoemde internaliserende problemen. Bij 35% zijn problemen op twee of drie van deze gebieden tegelijkertijd. Er zijn in deze groep geen jongeren met alléén psychische problemen; deze gaan altijd samen met de geconstateerde gedragsstoornissen. Bij 43% van de jongeren is sprake van risicovol alcohol- en/of druggebruik.

Tot slot staat er bij 4 jongens en 6 meisjes (25%) in de aanmeldingsinformatie vermeld dat het een jongere met een licht verstandelijke handicap betreft.

De hulpvragen op dit terrein richten zich in de meeste gevallen op de behoefte aan behandeling van de internaliserende psychische problemen (zoals: behoefte aan passende medicatie, behoefte aan het verminderen van depressieve gevoelens of automutilatie). Daarnaast zijn er hulpvragen rond vermindering van druggebruik en het voorlichten van ouders over de (ontwikkelings)stoornis van hun kind. In een deel van de gevallen is een hulpvraag geformuleerd over de behoefte aan behandeling van psychische problemen van de ouders zélf (12,5%) en in enkele gevallen is er behoefte aan een accurate diagnose van de psychische problemen bij een jongere.

Dagbesteding

Er is bijzonder weinig informatie over de dagbesteding van jongeren. Bij aanmelding is vaak onbekend of zij naar school gaan of werken. Bekend is dat 45% leerplichtig is, maar op het moment van aanmelding *niet* naar school gaat. Verder is bekend dat 30% veel spijbelt.

Bij ongeveer de helft van de jongeren is duidelijk dat er behoefte is aan onderwijs, bij de andere helft maakt het niet uit: er is vooral behoefte aan een dagbesteding en aan duidelijkheid welke dagbesteding bij de jongere past.

Hulpverleningsgeschiedenis

Alle jongeren in deze groep hebben eerdere hulpverlening ontvangen. 34 jongeren (86%) hebben één of meer keer, korte of langere tijd in een *residentiële setting* doorgebracht. Het betreft diverse typen van residentiële zorg. In totaal 28 jongeren (71%) hebben eerder *ambulante hulp* gehad. Veel jongeren hebben een combinatie van verschillende typen hulp achter de rug. Het meest komt de combinatie ambulante en residentiële hulp voor (50%).

Tot slot

Samenvattend kunnen we zeggen dat de jongeren in deze hulpvraagcategorie kampen met ernstige gedragsstoornissen, waarbij oppositioneel-opstandig en agressief gedrag op de voorgrond staan. Het leren reguleren van agressie en het leren accepteren van gezag zijn dan ook veel voorkomende hulpvragen bij deze groep. Meestal is er meer dan één hulpvraag over gedrag geformuleerd; deze komen in zeer uiteenlopende combinaties voor.

Meer dan in de andere hulpvraagcategorieën (die in de volgende hoofdstukken aan de orde komen) hebben de jongeren in deze groep ouders waarbij sprake is van agressie en alcoholmisbruik. Er is ook bij een groter deel van de groep sprake van mishandeling. Een groter deel dan in de andere hulpvraagcategorieën woont dan ook bij aanmelding voor de opvanginrichtingen niet meer thuis.

Bij 90% van de jongeren in deze categorie is er sprake van hulpvragen op het gebied van gezins- en sociale relaties. Vaak heeft een dergelijke hulpvraag betrekking op de relaties binnen het gezin van herkomst. Het accent ligt ofwel op verbeteren van de onderlinge relaties ofwel op het versterken van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Ook zijn er jongeren waarbij er behoefte is aan het versterken / veranderen van het sociaal netwerk.

In deze subgroep zijn er meer jongeren met (kenmerken van) internaliserende psychische problemen dan in de andere groepen (die in de volgende hoofdstukken aan de orde komen). Zelfbeschadigend gedrag (automutilatie) en suïcidepogingen komen binnen deze groep vaker voor. Ook zijn er in deze groep meer jongeren met aan autisme verwante stoornissen of psychotische verschijnselen geplaagd dan in de andere subgroepen. Bij ruim 40% is sprake van risicovol druggebruik. De hulpvragen zijn gericht op het verminderen van de problemen op deze punten. Tenslotte is van 55% van deze jongeren bekend dat er behoefte bestaat aan een passende dagbesteding. Bij één of de vier is er sprake van een lichte verstandelijke handicap. Dit percentage ligt iets hoger dan in de gehele steekproef.

De combinatie van de ernstige gedragsstoornissen, de relatief grote groep met zelfbeschadigend gedrag, suïcidepogingen en andere internaliserende psychische problemen én de relatief grote groep ouders bij wie sprake is van agressie, alcoholmisbruik en mishandeling van hun kind(eren), onderbouwt de behoefte aan een verblijfplaats buiten het gezin en voor langere tijd. De combinatie van problemen bij de jongeren in deze groep is tevens te moeilijk te hanteren om plaatsing in een pleeggezin te kunnen realiseren. Dit verklaart de behoefte aan een verblijf voor langere tijd (langer dan een crisisplaatsing) in een residentiële setting.

Problemen en hulpvragen

Ondanks de vrij grote groep ouders met problemen, zijn er niet zoveel hulpvragen benoemd rond het veranderen van gedrag of het behandelen van psychische problemen van de ouders. De problemen die op basis van de informatie bij aanmelding genoteerd zijn en de hulpvragen die geformuleerd sluiten niet naadloos op elkaar aan. Het is in dit verband goed om in het oog te houden dat het hier gaat om informatie die bij aanmelding beschikbaar was in de dossiers bij het bureau individuele jeugdzaken (IJZ) van DJI. Soms was dat uitgebreide informatie, soms ook niet. De informatie over de problematiek en de hulpvragen die hier weergegeven is, is dan ook niet geschikt om individuele behandelplannen op te stellen. De informatie biedt echter wel voldoende zicht op de problematiek van deze groep jongeren en het type hulpvragen dat er aan de orde is en daarmee voldoende achtergrond om in de literatuur op zoek te gaan naar interventies die werkzaam zijn bij dit type problemen en dit type hulpvragen.

2.2 Literatuursearch

Wat werkt er bij jongeren met deze problemen en hulpvragen? Om deze vraag te beantwoorden baseren we ons op eerder onderzoek van eigen hand (Boendermaker, 1999) en van het expertisecentrum jeugdzorg (Boendermaker, Van der Veldt & Booy, 2003; Konijn, 2003; Konijn, Cavelaars & Boendermaker, 2003; Konijn & Kroneman, 2003; Van Yperen, 2003).

In deze eerdere studies is op basis van reviews en meta-analyses van studies naar interventies voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen respectievelijk jongeren met adhd en depressie op een rij gezet wat er werkt voor deze groep. De meeste reviews en meta-analyses die in ons eerder verrichte onderzoek zijn besproken, zijn gericht op jongeren (12-18 jaar). In enkele studies is er sprake van een andere leeftijdsrange, bijvoorbeeld van 3-14 jaar, of 5 tot 18 jaar (Behan & Carr, 2000; Bennett & Gibbons, 2000; beiden besproken in Konijn, Cavelaars & Boendermaker, 2003).

We hebben in aanvulling hierop in het bestand van de Mulock Houwer Bibliotheek en in PsychInfo gezocht naar publicaties die sinds 2000 zijn verschenen.¹⁴

Daarnaast is gezocht naar literatuur over enkele specifieke onderwerpen, namelijk: werken in/met (leef)groepen, interventies voor meisjes met ernstige gedragsstoornissen en psychische problemen en interventies bij of preventie van automutilatie en suïcidepogingen. In het onderzoek van Boendermaker (1999) werden deze onderwerpen van belang geacht voor vervolgonderzoek. In aansluiting op deze studie is daarom gezocht naar literatuur vanaf ongeveer 1998. We hebben gezocht naar literatuur waarin evidence based programma's worden besproken of die informatie geven over de werkzaamheid van de beschreven interventies.

Vanwege de beperkte tijd die voor het onderzoek beschikbaar was, kon niet alle literatuur die gevonden werd aangevraagd worden. Er werden diverse titels gevonden in de Dissertation Abstracts over de werkzaamheid van een specifieke (veelal Amerikaanse) residentiële setting. Vanwege de lange tijd die nodig is, om dergelijke titels beschikbaar te krijgen, is besloten dat achterwege te laten. Ook enkele andere titels waren niet tijds beschikbaar. We pretenderen daarom niet een volledig up-to-date overzicht te bieden van alle literatuur.

¹⁴ In PsychInfo is gezocht met combinaties van de zoekwoorden: residential care institutions, juvenile delinquency, treatment, behavior problems, residential treatment, internalising problems, youth.

Literatuur over de specifieke onderwerpen

Konijn e.a. (2003) wijzen erop dat 75% - 80% van de reviews en meta-analyses over interventies bij gedragsstoornissen gebaseerd is op onderzoek onder jongens. Keenan, Loeber en Green (1999) laten zien dat gedragsstoornissen bij meisjes een ander beloop hebben en met andere stoornissen samengaan, dan bij jongens. Vooral voor preventie van het ontstaan van gedragsstoornissen (op jonge leeftijd) impliceert dit dat bij meisjes een andere aanpak nodig is. We hebben echter nog geen literatuur kunnen vinden over een ander aanpak van gedragsproblemen bij meisjes. De literatuur over de behandeling van depressie en andere internaliserende problemen is meer gebaseerd op onderzoek onder jongens én meisjes (Konijn en Kroneman, 2003).

We vonden één literatuurverwijzing over automutilatie (Epps, 1997), vier artikelen die ingaan op de effecten van groepsbehandeling of de invloed van leeftijdgenoten bij groepsbehandeling (Dishion, Cord & Poulin, 1999; Feldman, 1992; Handwerk, Field & Friman, 2000; Hoag & Burlingame, 1997) en één meta-analyse over de behandeling van druggebruik (Cormack & Carr, 2000).

2.3 Wat werkt? Overzicht van de specifiek werkzame factoren

2.3.1 Gedragsstoornissen

Uit diverse meta-analyses, reviews en besprekingsartikelen blijkt dat de volgende interventies werken bij jongeren met ernstige gedragsstoornissen (en hun ouders of de gezinnen waar zij uit komen):

- Cognitieve gedragstherapie, individueel of groepsgewijs. De aanpak is gericht op het veranderen van irrationele cognities die het gedrag beïnvloeden en het aanleren van nieuwe vaardigheden (sociale en probleemoplossende vaardigheden, moreel redeneren, leren zich te verplaatsen in anderen en de gevolgen van gedrag in te schatten). Bekende, goed onderbouwde en grondig geëvalueerde programma's zijn: agressie regulatie training (ART) (Goldstein & Glick, 1996) en de problem solving skills training (PSST) (Kazdin, 1997; Brestan & Eyberg, 1998).
- Gedragstraining voor ouders, waarin hen geleerd wordt om het gedrag van hun kind positief te beïnvloeden door hun eigen gedrag te veranderen (positief gedrag bekrachtigen, negatief gedrag negeren of mild straffen, inzicht in oorzaken van probleemgedrag). Bekend en grondig geëvalueerd zijn de parent management training (PMT) en de behavioural parent training (BPT) (zie o.a. Kazdin, 1997; Behan & Carr, 2000). Wanneer de training aan jeugdigen gecombineerd wordt met gedragstraining van ouders, blijkt dit de uitkomsten bij jeugdigen te versterken (Behan en Carr, 2000).
- Functionele gezinstherapie (Functional Family Therapy: FFT). Anders dan bij de gedragstraining voor ouders, gaat het hier om therapie voor het hele gezin. Deze gezinstherapie is gericht op het veranderen van de interacties tussen gezinsleden, het verbeteren van het functioneren van de individuele leden van het gezin en van het gezin als geheel. Omdat de leden van gezinnen met gedragsgestoorde kinderen elkaar vaker beschuldigen, defensief reageren op elkaar en elkaar minder steunen, probeert de behandelaar de onderlinge communicatiepatronen te veranderen. In de therapie leren gezinsleden te verduidelijken welk gedrag zij van elkaar verwachten,

elkaar positief te bekrachtigen, problemen constructief te bespreken en gezamenlijk oplossingen voor problemen te vinden (Kazdin, 1997).

- Multisysteemtherapie (MST). Bij MST gaat men ervan uit dat een gedragsstoornis veroorzaakt wordt en in stand blijft door factoren in het gezin, de familie, de school, de omgang met leeftijdgenoten en de buurt. De behandeling dient zich dus ook op al die gebieden (systemen) te richten. Er wordt daarom een pakket van interventies gericht op het gezin van een jeugdige, de jeugdige zelf en als dat nodig is op de school, vriendengroep, buurt of verdere familie. Afhankelijk van de factoren die in een individueel geval het probleemgedrag in stand houden, worden er interventies uitgekozen om toe te passen. Zo kan een jongere bijvoorbeeld deelnemen aan een training in agressiebeheersing of probleemoplossende vaardigheden (bijvoorbeeld de hierboven genoemde ART en PSST), terwijl de ouders getraind worden in opvoedingsvaardigheden (zie PMT/BPT) en leerkrachten op school geadviseerd worden (en indien nodig getraind) in hun aanpak van de jongere. Ook kan - samen met de ouders - worden geprobeerd de jongere in contact te brengen met een nieuwe vriendengroep. Hoewel MST verschillende behandeltechnieken omvat, is het meer dan het louter samen nemen van technieken. We gaan in hoofdstuk 3 verder in op MST en FFT en de mogelijkheden voor toepassing van beide interventies.

Wat is er in eigen land bekend over dit type interventie? Onderzoek van Van de Wiel (2002) en van Van Manen (2001) bevestigt de hierboven beschreven uitkomsten. Het laat zien dat een dergelijke aanpak werkt bij gedragsgestoorde kinderen in de leeftijd van 9 tot 12 of 13 jaar. De interventie die Van der Wiel onderzocht bevat ook een training voor ouders en bevestigt de hierboven beschreven uitkomst dat de effecten van training van jeugdigen én ouders elkaar versterken. Hoewel de beide studies gaan over een groep die jonger is dan de gemiddelde crisisgeplaatste jongere, laten de uitkomsten wel zien dat de aanpak werkt bij gedragsstoornissen.

We hebben wel aanwijzingen dat dit ook werkt bij jongeren. Wigboldus en Wolsink (1999) onderzochten namelijk de toepassing van een training in emotionele en cognitieve vaardigheden bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar met ernstige gedragsstoornissen, die verbleven in een justitiële jeugdinrichting. Uit deze studie blijkt dat jongeren vooruit gaan in rationeel denken, al rapporteerden zij een achteruitgang in welbevinden. Het betreft een kleinschalig onderzoek, maar de uitkomsten bevestigen wel de buitenlandse bevindingen.

MST en FFT zijn op kleine schaal beschikbaar in ons land, en komen in hoofdstuk 3 aan de orde.

2.3.2 *Depressieve klachten*

Konijn en Kroneman (2003) geven een overzicht van effectieve interventies bij jeugdigen met depressie. Hieruit wordt duidelijk dat ook bij depressieve klachten een cognitief gedragstherapeutische aanpak werkt. Uitgangspunt bij de trainingen is dat depressieve jeugdigen een verstoord beeld hebben van zichzelf, van de wereld en van de toekomst. Deze cognities worden in de therapie geïdentificeerd en veranderd. Jongeren leren in de therapie hun depressieve cognities monitoren, meer activiteiten te ondernemen en het aantal positieve gebeurtenissen in hun dagelijks leven te verhogen. Ook leren ze ontspanningstechnieken om beter met stress om te kunnen gaan en

probleemoplossende vaardigheden zodat het sociale contact beter verloopt. Met een dergelijke aanpak blijken snel goede resultaten te behalen.

De verbetering gaat sneller als ook ouders voorlichting krijgen en getraind worden in de zelfde probleemoplossende vaardigheden als hun kind. Ze kijken dan positiever naar hun kind, begrijpen beter wat er aan de hand is en beschikken over dezelfde onderhandelingsmethoden, communicatietechnieken en methoden voor conflictbeheersing als hun kinderen. Het blijkt nodig om de cognitieve gedragstherapie vrij lang vol te houden, om terugval te voorkomen. Nadat het probleemgedrag is afgenomen zijn er nog zo'n 12 sessies nodig.

Over het effect van medicatie bij jeugdigen met depressieve klachten blijkt nog niet zo veel bekend. Konijn en Kroneman geven een overzicht van (internationaal) onderzoek naar het effect van het gebruik van diverse typen medicatie. Zij concluderen dat gebruiken van medicatie ingrijpend is (en bijwerkingen heeft) en dat er maar weinig echt goed blijkt te helpen. Het blijkt het beste om in eerste instantie cognitieve gedragstherapie te geven. Pas als na zes tot twaalf weken blijkt dat dit helemaal niet aanslaat, kan overgegaan worden tot het voorschrijven van medicijnen, het liefst náást de deelname aan cognitieve gedragstherapie. Is medicatie noodzakelijk, dan verdienen moderne antidepressiva (SSRI's) de voorkeur, omdat deze minder bijwerkingen hebben dan de andere soorten.

Nederlands onderzoek bevestigt deze uitkomsten. Onderzoek van Ruiter (1997) laat zien dat een cursus voor jongeren tussen de 15 en 18 jaar met depressieve stemmingen¹⁵ zorgt voor afname van depressieve gevoelens en minder sociaal disfunctioneren en angst. Ook deze cursus is gericht op het verbeteren van cognitieve, probleemoplossende en sociale vaardigheden en duurt 4 maanden.

Hammen, Rudolph, Weisz, Rao en Bruge (1999) wijzen erop dat veel van het onderzoek naar de behandeling van depressie gebaseerd is op onderzoek onder jeugdigen die verder niet te veel andere stoornissen en problemen hebben (dat is met de cursus van Ruiter ook inderdaad het geval). Zij stellen dat er vaak veel meer aan de hand is met depressieve jeugdigen, en illustreren dat aan de hand van een beschrijving van een groep jongeren die verwezen is naar een ambulante setting voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Van deze groep hadden de moeders depressieve problemen, kwamen de depressieve klachten samen voor met andere stoornissen en er was sprake van veel ingrijpende gebeurtenissen (hetgeen overeenkomt met de kenmerken van de crisisgeplaatste jongeren die in het onderhavige onderzoek centraal staan). Zij pleiten ervoor om bij een dergelijke groep niet te volstaan met cognitieve gedragstherapie en medicatie, maar een multimodale aanpak te hanteren, waarin ouders getraind worden in opvoedingsvaardigheden, geholpen worden bij hun eigen problemen en geholpen worden de onderlinge relaties in het gezin te verbeteren. Ook zal er binnen de verdere familie en op school voorlichting en/of instructie nodig zijn. Daarnaast pleiten deze auteurs voor *individuele* behandeling. In veel studies naar de effecten van behandeling van depressie, worden groepsinterventies onderzocht. Vanwege de per individu verschillende combinatie van depressieve klachten met andere stoornissen, achten zij individuele cognitieve gedragstherapie het beste, gecombineerd met behandeling van het gezin en de gezinsleden.

¹⁵ Deze jongeren werden geworven via middelbare scholen.

2.3.3 Zelfbeschadiging, suïcidale gedachten en zelfmoordpogingen

Er is weinig geschreven over de behandeling van zelfbeschadigend gedrag en er bestaat zo goed als geen effectonderzoek naar de uitkomsten van behandeling, met name bij adolescenten (Epps, 1997). Zelfbeschadiging gaat vaak samen met impulsief-agressief gedrag en suïcidepogingen. Volgens Epps is zelfbeschadigend gedrag onder meisjes in gesloten inrichtingen heel vaak een probleem, terwijl er weinig informatie over te vinden is. Het gevoel van controle is een belangrijk thema bij zelfbeschadiging; dit kan sterk verminderen bij een gesloten plaatsing. De auteur bespreekt aspecten die van belang zijn bij de aanpak van zelfbeschadigend gedrag en stelt dat het erg belangrijk is om met het hele team een consistente aanpak van zelfbeschadigend gedrag te hanteren. Wat vaak gebeurt is dat een meisje één of enkele hulpverleners in vertrouwen neemt, vraagt om geheimhouding, een 'speciale' relatie met hen creëert, waardoor een splitsing binnen het team ontstaat. Zelfbeschadiging is ook een krachtig middel om iets van het team gedaan te krijgen. Wat kan helpen om splitsing te voorkomen en eensgezindheid in de aanpak te bevorderen is supervisie voor het team door een externe deskundige. Naast het bewaken van de veiligheid van de jongere is analyse nodig van het gedrag en de situaties waarin het gedrag voorkomt en de factoren die het uitlokken. Daarop moeten dan de reacties van het team gebaseerd worden. Verder is het erg belangrijk om de jongere veel positieve aandacht te geven voor ander dan zelfbeschadigend gedrag en dat te bekrachtigen. Tenslotte moeten in (individuele) therapie de onderliggende oorzaken van het gedrag (die meestal te maken hebben met misbruik en mishandeling) aangepakt worden om terugval te voorkomen.

Het analyseren van de functie van het zelfbeschadigende gedrag en de reactie daarop aanpassen vergt nogal wat van hulpverleners. Zij moeten beschikken over gedragstherapeutische kennis en ervaring. Daarbij zijn multidisciplinair werken, regelmatige supervisie en coaching, opleiding en training van vitaal belang bij het behandelen van jongeren die zichzelf beschadigen. Er zijn diverse zaken waar afspraken over nodig zijn: wel of niet beetpakken, spullen weghouden, hoe medische hulp geven als het meisje dat zelf weigert, controle 's nachts, reageren op incidenten. Het risico bij zelfbeschadigend gedrag is dat de aandacht vooral dáár naar uitgaat. Epps wijst erop dat er juist bij deze problemen aan de lange termijn gedacht moet worden. De behandeling moet een bredere scoop hebben dan alleen het zelfbeschadigende gedrag.

2.3.4 Druggebruik

Drank- en druggebruik komen vaak samen voor met gedragsstoornissen en depressie. Ook in de behandeling van druggebruik blijkt het van groot belang om de ouders bij de behandeling te betrekken, voorlichting te geven en te trainen.

Cormack en Carr (2000) bespreken de uitkomsten van 13 studies naar de behandeling van drugmisbruik. Zij concluderen dat het hanteren van een systeemaanpak van belang is. De inzet van MST levert goede resultaten op.

De systeemaanpak is alleen al van belang om te zorgen dat de jongere deel blijft nemen aan de behandeling. Volgens de auteurs kost het enorm veel voorbereidende gesprekken met de gezinsleden van een jongere, voordat met de daadwerkelijke behandeling van de jongere zélf kan worden begonnen. Deze voorbereidende periode is ook nodig om de gezinstherapie in het gezin voor te bereiden. MST heeft op de langere termijn, door de bredere aanpak, meer effect dan gezinsbehandeling alleen. Gezinsbehandeling in combinatie met individuele cognitief gedragstherapeutische

behandeling van de jongere, heeft weer meer effect dan individuele behandeling alléén. Als het niet lukt om gezinstherapie te bewerkstelligen, is een combinatie van individuele behandeling plus begeleiding van één gezinslid (one-person family therapy) beter dan individuele behandeling alleen.

2.3.5 Residentiële behandeling

Tot nu toe hebben we onderzoek besproken naar interventies die veelal niet specifiek onderzocht zijn binnen een residentiële setting. Bepalen wat er werkt is bij residentiële behandeling complex, de behandeling bestaat uit veel verschillende componenten en daarnaast is er ook nog eens sprake van 'verblijf en verzorging'. Toch is er inmiddels, op basis van meta-analyses, reviews en Nederlands follow-up onderzoek in residentiële instellingen wel overeenstemming over een aantal zaken (Boendermaker, 1999; Boendermaker, Van der Veldt & Booy, 2003; Van der Ploeg & Scholte, 2000). Afname van probleemgedrag wordt gevonden bij programma's die een combinatie bieden van:

- (cognitief) gedragstherapeutische programma's, gericht op het aanleren van praktische vaardigheden, sociale vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden in individuele en groepstherapie (zoals ART, PSST).
- individuele ondersteuning
- risicotaxatie en ingeval van delicten: leren zien van de gevolgen voor het slachtoffer (empathie)
- gezinstherapie, training van opvoedingsvaardigheden van de ouders en voorlichting aan ouders
- medicatie
- aan het niveau van de opgenomen jongeren aangepaste, theoretische en praktische scholing,
- begeleiding bij het zoeken naar werk
- nazorg

Daarbij is het van belang dat de behandeling (veel) meer dient in te houden dan 'alleen maar' verblijven in een leefgroep (Andrews e.a., 1990). Bij het werken met leefgroepen blijkt het werken met een puntensysteem goede resultaten op te leveren (*token economy systeem*). Onderzoek naar het gebruik van een residentieel gedragstherapeutisch programma (RGB) in eigen land, bevestigt dit: in leefgroepen met een puntensysteem wordt gedragsverandering eerder bereikt en verschillen zijn groter in vergelijking met leefgroepen die niet met het systeem werken (Kok, Menkehorst, Naayer & Zandberg, 1991). Bij het gebruik van een dergelijk systeem is het van groot belang te zorgen voor goed getraind personeel, dat het systeem op de juiste manier toepast. Gebeurt dat niet, dan kan het systeem snel verworden tot een rigide beheerssysteem. Training en coaching blijken hierbij van groot belang.

Een residentieel programma dat in de meta-evaluaties als meest effectief uit de bus komt, is het *Teaching Family Home*, waarvan in ons land varianten bestaan in de vorm van het Kursushuis of therapeutisch pleeggezin. Hierbij woont een jeugdige bij Kursushuisouders, die gedegen getraind zijn in gedragstherapeutisch werken. In de Amerikaanse versie van dit programma woont er één jongere in een gezin. In het Nederlandse Kursushuis wonen zes jongens en meisjes bij elkaar en is dus niet helemaal sprake van eenzelfde aanpak. De teaching family homes blijken telkens bij beëindiging van het verblijf effectief te zijn, op de langere termijn blijkt het lastig om de effecten

vast te houden (zie Boendermaker, 1999). Gezien het belang van gezinstherapie dat in de meer recente studies telkens naar voren komt, is dit niet verwonderlijk. Het feit dat programma's die ook nazorg leveren betere resultaten bereiken dan programma's die dat niet doen, maakt nog eens duidelijk dat het van belang is dat de aanpak zich op meer dan alleen de jongere in kwestie richt. Residentiële behandeling is natuurlijk altijd tijdelijk. In die tijd moet er intensief gewerkt worden en daar zou een ambulante vervolgt op moeten zijn. Dit is vaak een probleem. Instellingen blijken in de praktijk niet voldoende samen te werken om goede vervolghulp te organiseren. Ook uit buitenlands onderzoek blijkt dat instellingen beter moeten samenwerken (Berridge, 2002; McCurdy & McIntyre 2004, Mann-Feder & White (2003).

Gezinstherapie

Het belang van gezinstherapie is in dit overzicht al diverse malen naar voren gekomen. Ook bij residentiële behandeling blijkt het van belang. Na een tehuisverblijf woont 35% tot 48% van de jongeren weer thuis (Boendermaker & Verwers, 1998; Smit, 1993). En ook jongeren bij wie aangestuurd wordt op zelfstandig wonen, wonen in vergelijking met andere jeugdigen op jonge leeftijd zelfstandig en zullen nog steun van ouders zoeken en nodig hebben. Daarom is het van groot belang om contact te houden met ouders en die ook te voorzien van de nodige vaardigheden om hun kind op een positieve manier te kunnen steunen. Samen met ouders kan bijvoorbeeld een plan gemaakt worden voor terugval-preventie (Bleiberg, 2001; Leichtman, Leichtman, Cornsweet Barber & Neese, 2002).

Een inspirerend voorbeeld van hoe er binnen een residentiële setting een gezinsgerichte omgeving gecreëerd kan worden is te vinden bij Underwood, Baretto, Storms & Safonte-Strumolo (2004). Deze auteurs beschrijven de opbouw van een evidence based residentiële behandelingsprogramma waarin alle elementen die in dit hoofdstuk zijn genoemd, terug te vinden zijn. De kern-elementen van de behandeling worden gevormd door een combinatie van diverse naast elkaar lopende individuele en groepstherapieën en eventueel het gebruik van medicatie.¹⁶ Daarmee wordt gewerkt aan een uitgebreid scala van doelen die bij gedragsgestoorde jongeren met psychische problemen van belang zijn. Voorbeelden zijn: het veranderen van irrationele cognities, de ontwikkeling van empathie (en in het geval van delicten: het besef welke gevolgen een delict heeft voor het slachtoffer), het reduceren van driftbuien, boosheid en agressie, het verminderen van depressie, het verbeteren van de sociale en probleemoplossende vaardigheden, het leren omgaan met de eigen ervaringen met seksueel misbruik en mishandeling en daardoor verbeteren van de kwaliteit van leven, het leren hanteren van emotionele en fysieke grenzen (zelf grenzen stellen en accepteren bij anderen) en daardoor verminderen van afwijkend seksueel gedrag, terugvalpreventie, voorbereiding op overgang naar de periode ná het verblijf in de residentiële setting en seksuele opvoeding (Underwood e.a., pp. 225-226). Overigens wordt er niet alleen gebruik gemaakt van (cognitief) gedragstherapeutische programma's, zoals de eerder besproken agressieregulatie training (ART), maar ook van creatieve therapie.

¹⁶ Met daarnaast nog recreatieve activiteiten, case management en begeleiding door de psychiater. Vreemd genoeg is school / opleiding niet in het schema opgenomen. Jongeren wonen in kleine groepen van 6 tot 8 personen. Of er in de leefgroep een gedragstherapeutische aanpak wordt gehanteerd, bijvoorbeeld door een puntensysteem, wordt ook niet duidelijk.

Dit wordt gecombineerd met een grondig opgezette gezinsbehandeling die uit zes fasen bestaat en in totaal zo'n jaar tot anderhalf jaar in beslag neemt. Per fase varieert het aantal bijeenkomsten, de frequentie is telkens wekelijks of tweewekelijks. Of de jongere na vertrek weer bij het gezin gaat wonen of niet, is niet van belang: elke jongere zal zijn of haar hele leven met de ouders te maken hebben en daarom kunnen ze maar beter leren om normaal met elkaar om te gaan, is de redenering. Naast de gezinstherapie (die afhankelijk van de situatie gericht is op trainen van opvoedingsvaardigheden, verbeteren van de onderlinge relaties, het geven van voorlichting of een combinatie van deze onderdelen) zijn ouders elke dag welkom in het tehuis, kunnen deelnemen aan dagelijkse routine in de leefgroep, helpen met koken en bij feesten e.d. Hoe dit in de praktijk verloopt vermeldt het overzicht niet, wel dat voor het geven van de gezinstherapie en oudertraining samengewerkt wordt met de opleiding voor gezinstherapeut aan de universiteit, waarbij de supervisie wordt gegeven door opleiders van de universiteit. Underwood c.s stellen dat daardoor de kosten in de hand gehouden kunnen worden en er toch voldoende gezinsbegeleiding gegeven kan worden.

Een heel andere manier van gezinsgericht werken (aan een wat jongere groep) is afkomstig uit eigen land. 'Beter met Thuis' (BMT) heeft een manier van werken ontwikkeld, waarbij residentiële hulp aan 4 tot 14 jarigen beter gecombineerd wordt met hulp in het gezin. Bij BMT is de residentiële hulpverlening gezinsondersteunend in plaats van gezinsvervangend. Jeugdigen worden niet 'uit huis geplaatst', maar blijven zoveel mogelijk thuis wonen en krijgen voor zover dat nodig is aanvullende of tijdelijke residentiële hulp in een zgn. leergroep. De groepsleiding verzorgt de ambulante hulp in de gezinnen (Van den Bogaart en Van Muijen, 2001).

2.3.6 Specifieke onderwerpen residentieel

Groepsinterventies

Hoewel inmiddels duidelijk is dat de bovenstaande interventies werken, zijn er vooral over het aanbieden van groepsgewijze cognitieve gedragstherapie nog wel enige opmerkingen te maken. Zo wijzen Dishion, McCord en Poulin (1999) erop dat er in groepen jongens met gedragsstoornissen snel een vorm van 'deviantietraining' ontstaat, d.w.z. dat zij probleemgedrag van elkaar gaan overnemen. In het onderzoek waarvan zij verslag doen gaat het daarbij om 'consequente positieve reacties onderling op regelovertredende uitlatingen'. De auteurs laten zien dat dit vrij onschuldig lijkt, maar dat een dergelijke deviantietraining een toegenomen kans op ernstige gedragsstoornissen enkele jaren later met zich meebrengt. Zij bespreken vervolgens diverse onderzoeken waaruit blijkt dat groepstrainingen voor jongens effectiever zijn als ze gegeven worden aan gemengde groepen van jongens met anti- en prosociaal gedrag. Dat is een bevinding die ook uit ander onderzoek naar voren komt (zie ook Konijn, 2003; Gibbs, 1996). Andrews e.a. (1990) wijzen erop dat degenen die met deze groepen jongeren werken een duidelijke 'anti-criminele' attitude moeten hebben en nadrukkelijk een voorbeeldrol moeten vervullen. Identificatie met gedragsgestoorde leeftijdgenoten moet vermeden worden (zie ook Underwood, 2004).

De paar publicaties die we in deze literatuurverkenning hebben kunnen vinden over het werken met groepsinterventies voor deze groep jongeren, geven geen eenduidig beeld. Hoag & Burlingame (1997) laten in een meta-analyse van onderzoek naar groepstherapie zien dat cognitief gedragstherapeutische groepen in klinische settings positieve resultaten opleveren in vergelijking met niet behandelde controlegroepen (wachtlIJst) of

placebogroepen. En Handwerk, Field & Friman (2000) concluderen dat er diverse studies zijn die negatieve resultaten laten zien van groepsinterventies bij jongens met antisociaal gedrag, maar dat er ook studies zijn die positieve uitkomsten laten zien. Zij wijzen erop dat de volgende zaken bijdragen aan positieve resultaten: goed gestructureerde gedragstherapie i.p.v. aanpakken gericht op inzicht en emoties, een ambulante i.p.v. een residentiële setting en positieve relaties met volwassenen in omgeving. Hoewel er dus geen eensluidend oordeel uit de literatuur te halen is, maakt het wel duidelijk dat het werken met groepen antisociale jongeren niet lichtzinnig moet gebeuren.

Over de omvang van de groepen waarin gewerkt wordt is niet zo heel veel te vinden. Berridge (2002) en Chipenda-Dansokho e.a. (2003) vonden dat hoe kleiner tehuizen zijn, hoe beter de resultaten zijn. Maar deze bevinding lijkt niet zozeer van de omvang af te hangen, als wel van de manier waarop leiding wordt gegeven. Wát nu precies die stijl van leiding geven bepaalt wordt uit hun studies niet goed duidelijk.

Deze literatuur overziend is het waarschijnlijk het beste om met kleine leefgroepen en therapiegroepen te werken, daarbij een sterk gestructureerde aanpak te hanteren en groepsleiding nadrukkelijk een voorbeeldrol te laten vervullen. Op die manier krijgt de 'deviantietraining' dan het minst kans.

LVG

Uit de beschrijving van de doelgroep in paragraaf 2.1. blijkt dat een kwart van de jongens en meisjes bij aanmelding werd omschreven als licht verstandelijk gehandicapt. In de meta evaluaties en reviews komt dit niet als aparte variabele naar voren. Recent onderzoek van Ponsioen (2001) naar de cognitieve vaardigheden van lvg-jongeren, laat zien dat het LVG-stempel niet betekent dat er niets geleerd kan worden en dat onderscheid maken in de verschillende typen vaardigheden voor het aanleren van nieuw gedrag van belang is.

Nederlands onderzoek naar een sociaal redzaamheidsprogramma voor de LVG-groep laat positieve uitkomsten zien voor deze groep (Bleeker, 1990). De positieve uitkomsten gelden vooral voor de groep die de training tijdens een verblijf in een residentiële setting kreeg. Daar bleek veel meer aandacht mogelijk voor generalisatie van de nieuw geleerde vaardigheden naar situaties buiten de trainingsgroep. Juist bij deze groep is dat namelijk een lastig punt.

Geslotenheid

We hebben al besproken dat zonder goed opgeleid en getraind personeel, het gebruik van een puntensysteem in leefgroepen al gauw kan verworden van een systeem voor het geven van feedback, tot een rigide beheerssysteem. Vooral bij gebruik in gesloten inrichtingen wordt hiervoor gewaarschuwd (Easson, 1996; Murray & Sefchik, 1992). Goldson (2002) wijst erop dat de kwetsbaarheid van problematische jeugdigen alleen maar vergroot wordt bij plaatsing in een gesloten omgeving. Ze zijn (extreem) afhankelijk van degenen die voor hen zorgen en beslissingen over hen nemen in de inrichting en daardoor erg kwetsbaar. De kans op automutilatie en suïcidepogingen neemt toe (Epps, 1997). De reden voor plaatsing in geslotenheid is vaak dat de jongere eerder regelmatig is weggelopen. Inderdaad zitten jongeren 'vast' en kunnen niet weggelopen uit een gesloten setting. Een dergelijke plaatsing is echter zeer ingrijpend, wordt vaak negatief ervaren en is een teken van het ontbreken van passende, intensieve hulp in een andere setting.

2.4 Non-specifieke factoren

In hoofdstuk 1 noemden we al kort de non-specifieke werkzame factoren van interventies. We lopen enkele van deze punten hier nogmaals langs, maar nu vanuit de context van (residentiële) hulp aan jongeren met ernstige gedragsstoornissen en psychische problemen.

- Interventies dienen een deugdelijke theoretische onderbouwing te hebben. Een goede theorie over een interventie bevat een beschrijving van de mechanismen en factoren die in het spel zijn (in dit geval de oorzaken van gedragsstoornissen en de risico- en beschermende factoren die aan de orde zijn bij het ontstaan én voortbestaan van gedragsstoornissen) en van de werkzame ingrediënten van een interventie. Duidelijk moet ook zijn welke mechanismen en factoren wél en niet door de interventie te beïnvloeden zijn (aan een lichte verstandelijke handicap zal een interventie niet veel kunnen veranderen, aan het vergroten van sociale vaardigheden bij jongeren met zo'n handicap wel). (Kazdin, 2001, Van Yperen, 2003).
- Interventies blijken beter te werken als cliënten gemotiveerd zijn. Motivatie wordt vaak opgevat als een statisch gegeven (je hebt het of je hebt het niet). Onderzoek laat echter zien dat motivatie tot ontwikkeling gebracht kan worden, óók bij gedragsgestoorde jeugdigen met psychische problemen. Underwood e.a. (2004) hanteren diverse technieken (waaronder motivationeel interviewen) om de motivatie te vergroten. Onderzoek in eigen land van Van Binsbergen (2002) laat zien dat ook organisatorische voorwaarden een rol spelen, voorwaarden die te scharen zijn onder de non-specifieke factoren, namelijk: veiligheid en integriteit van de leefomgeving, passende programmering en een heldere en een logische behandelstructuur.
- In aansluiting hierop blijkt dat met helder opgebouwde interventies betere resultaten te behalen zijn dan met minder duidelijk opgebouwde interventies. Een goede interventie heeft de volgende non-specifieke kenmerken: goede diagnostiek bij aanvang van de behandeling; realistische, helder geformuleerde en toekomstgerichte doelen; een duidelijke koppeling van doel en middel; een opdeling van het programma in duidelijke fasen (voor jeugdige én gezinsleden); een heldere procedure voor de behandelingsplanning en het raadplegen van de jeugdige bij het opstellen van de plannen. Dit lijken logische punten, maar het belang ervan kan niet genoeg onderstreept worden.
- Opleiding, training en coaching van personeel in een residentiële setting. Het is in dit hoofdstuk al meer dan eens aan de orde gekomen dat een cognitief-gedragstherapeutische aanpak kennis van gedragsstoornissen en gedragstherapie vereist. Daarnaast vergt het werken met gedragsgestoorde jongeren én met jongeren die zichzelf beschadigen of suïcidale neigingen hebben, goed overleg tussen de medewerkers. Coaching door iemand die op enige afstand staat kan voorkomen dat medewerkers tegen elkaar worden uitgespeeld. Ook is nodig te onderkennen dat werken met dit soort jongeren iets heel anders is dan met doorsnee jongeren. Medewerkers dienen zich bewust te zijn van het feit dat zij rolmodel zijn, kennis te hebben van oorzaken en ontstaan van probleemgedrag, in staat te zijn de-escalerend op te treden en misbruik en mishandeling te voorkomen. Dit vergt niet alleen veel van de training en opleiding van het personeel, maar ook

van ondersteuning en coaching. Niet alleen van de medewerkers in de leefgroepen, maar ook van de therapeuten die de individuele-, groeps- en gezinstherapie verrichten. Dergelijke coaching en training is ook nodig om te zorgen dat het leven in een groep met antisociale jongeren niet onttaardt in deviantie-training, en om te zorgen dat groepsleiding meer kan doen dan alleen de situatie 'beheersen' (Bleiberg, 2001; Epps, 1997, Boendermaker, 1999).

- Een ander belangrijk punt is het waarborgen van de treatment integrity: zorgen dat de interventies worden uitgevoerd zoals deze zijn bedoeld. De bovenstaande punten dragen bij aan een hoge treatment integrity. De al vaker geciteerde Underwood e.a. geven een voorbeeld van fijnmazige controle van de treatment integrity. Supervisie is één van de onderdelen, net als tevredenheidsonderzoek onder jongeren en gezinsleden. Maar er worden ook andere - voor ons land minder gebruikelijke - middelen ingezet. Zo wordt bijvoorbeeld wekelijks een vragenlijst ingevuld door personeel én jongeren over het groepsklimaat in elke leefgroep (waaronder veiligheid, stabiliteit in de groep, welzijn). Daarnaast vindt er o.a. een wekelijkse 'audit' plaats door de programmaleiders rond de vraag of de kernelementen van het programma nog volgens plan worden uitgevoerd. Dit wordt dan teruggekoppeld naar de teams.

2.5 Uitgangspunten voor nieuw zorgaanbod

We hebben in dit hoofdstuk veel onderwerpen behandeld. Tot slot vatten we hieronder de punten samen waaraan nieuw residentieel zorgaanbod voor gedragsgestoorde jongeren met internaliserende psychische problemen aan zou moeten voldoen.

Een residentiële interventie dient de volgende basiselementen te bevatten:

- Modules gericht op diagnostiek, risicotaxatie en delictanalyse.
- Modules waarin gewerkt wordt aan het vergroten van de motivatie, zoals motivationeel interviewen.
- Kleine leefgroepen van 4 tot 6 jongens of meisjes waarin een puntensysteem of ander gedragstherapeutisch hulpmiddel gehanteerd wordt om systematisch feedback te geven op het gedrag dat jongeren vertonen.

Naast deze 'basis' dient er sprake te zijn van een goed gestructureerd en intensief programma, dat opgebouwd is uit een combinatie van modules gericht op de onderstaande onderdelen:

- Modules voor individuele of groepstherapie op cognitief-gedragstherapeutische grondslag. De gekozen modules moeten gericht zijn op het leren van nieuwe sociale, probleemoplossende en cognitieve vaardigheden. Voorbeelden zijn agressieregulatietraining, sociale vaardigheidstraining, training in probleemoplossende vaardigheden. In de modules dient ook aandacht besteed te worden aan de gepleegde delicten, het leren inzien van de gevolgen van delicten voor slachtoffers en het verminderen van druggebruik.
- Modules voor interventies in het gezin. Gedacht moet worden aan modules voor voorlichting aan ouders over gedragsstoornissen en psychische problemen, modules waarin ouders getraind worden in opvoedingsvaardigheden (zoals de *parent management training*) en gezinstherapie gericht op het verbeteren van de onderlinge relaties in het gezin (FFT).

- Modules voor behandeling van internaliserende psychische problemen. Te denken valt aan een module cognitieve gedragstherapie specifiek voor het verminderen van depressieve klachten en een module gericht op het verminderen van zelfbeschadigend gedrag.
- De mogelijkheid om ter behandeling van psychische problemen, medicatie voor te schrijven en het gebruik van medicatie te ondersteunen.
- Op het niveau van de opgenomen jongeren ingerichte, praktische en theoretische scholing.
- Arbeidstoeleiding.
- Specifieke aanpassingen van de hierboven genoemde modules, zodanig dat zij ook geschikt zijn voor jongeren met een lichte verstandelijke handicap en hun ouders.

Om een residentiële setting goed te kunnen laten functioneren dient aan de volgende voorwaarden voldaan te zijn:

- Interdisciplinaire opbouw van het programma én van het personeelsbestand, zodanig dat kennis en ervaring uit diverse sectoren van de jeugdzorg: jeugdhulpverlening, justitiële jeugdinrichtingen, forensische jeugd-ggz, lvg-jeugd sector én het speciaal onderwijs, gegarandeerd is.
- Voorzieningen voor het trainen en opleiden van personeel, inclusief supervisie en coaching voor alle geledingen binnen de residentiële setting.
- Theoretische onderbouwing van de modules waaruit het residentiële programma is opgebouwd.
- Heldere opbouw van het residentiële programma in duidelijk van elkaar te onderscheiden fasen. Deze fasering moet zowel terug te vinden zijn in de modules voor jongeren, als in de modules voor de gezinnen in kwestie.
- Heldere procedure voor behandelingsplanning en een protocol voor diagnostiek en risicotaxatie (richtlijnen voor het opstellen van een toekomstgericht behandelplan, het koppelen van doelen aan in te zetten middelen, afspraken rond eindtermen die behaald moeten worden wil een jongere kunnen doorstromen naar een vervolgsetting).
- Instrumenten en protocollen voor het controleren van de *treatment integrity*.
- Instrumenten voor het meten van doelrealisatie en andere uitkomsten van de residentiële interventie.

Welke onderwerpen blijven nog onderbelicht?

We hebben weinig literatuur gevonden over de aanpak van automutilatie / suïcidepreventie, de behandeling van risicovol alcohol- en druggebruik en de eventuele noodzaak van een specifiek programma voor meisjes. Het zou goed zijn om op deze punten nog nadere informatie te verzamelen.

We hebben in dit literatuuronderzoek niet gezocht naar hoe de inhoud van het onderwijs dat binnen een residentiële setting geboden wordt, eruit zou moeten zien.

Ook de aanpak van arbeidstoeleiding (beide blijken werkzame elementen van residentiële interventies) hebben we niet kunnen bekijken in dit korte tijdsbestek.

Ook het onderwerp nazorg is niet verder aan de orde gekomen. Goede nazorg vergt goede overdracht en samenwerking tussen instanties en het vergt ook dat tijdens het verblijf in de residentiële setting al in het behandelplan aandacht is voor de periode ná het verblijf. In een eerder rapport hebben we daar uitgangspunten voor geformuleerd

(Boendermaker, Eijgenraam & Van der Steege, 2002). Twee justitiële jeugdinrichtingen (Rentray en Het Poortje) publiceerden een rapport over een good-practice op dit punt (Helmantel, Lodewijks & Smit, 2003). De inzet van gezinstherapie als regulier onderdeel van de residentiële behandeling zal de noodzaak tot een apart nazorgtraject misschien minder groot maken. Al is duidelijk dat jongeren met ernstige gedragsstoornissen een kwetsbare groep zijn die waarschijnlijk ook na het bereiken van de leeftijd van 18 jaar, nog zorg en begeleiding nodig hebben. Wie aan de slag gaat met het opzetten van een residentiële interventie, zal ook aandacht moeten besteden aan deze punten.

2.6 Conclusie verblijfplaats buiten het gezin

In dit hoofdstuk hebben we de groep beschreven, die behoefte heeft aan een verblijfplaats voor langere tijd, buiten het gezin in een tehuis. We zagen dat het in deze groep gaat om jongeren met ernstige gedragsstoornissen (vooral oppositieel-opstandig en agressief gedrag), risicovol druggebruik en bij twee op de drie jongeren ook internaliserende psychische problemen (depressieve klachten, zelfbeschadiging en pogingen tot suïcide en ook psychische stoornissen in engere zin). Een kwart heeft een lichte verstandelijke handicap. Er is dan ook sprake van een breed scala aan hulpvragen rond gedragsregulatie, vermindering van druggebruik en depressieve klachten. Bij 90% van de groep zijn er hulpvragen gericht op de verbetering van de relaties binnen het gezin en de verdere sociale omgeving, het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouders en het versterken van het sociaal netwerk van diverse gezinsleden. Er is náást hulp voor de gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen, nadrukkelijk óók hulp nodig binnen het gezin. De jongeren in deze groep hebben ook vaker dan in de andere subgroepen, ouders met eigen problemen (agressie, mishandeling binnen het gezin, psychische problemen). Daarom is verblijf in een residentiële setting, in combinatie met aandacht voor de problemen in het gezin, nodig.

In de literatuur over interventies die werken bij deze problemen en hulpvragen, komt de combinatie met gezinsinterventies ook heel duidelijk naar voren. In paragraaf 2.5 staan de algemene en specifiek werkzame factoren bij interventies voor deze groep samengevat. Het gaat er vooral om, om *intensief* hulp te kunnen bieden en daarbij een combinatie van modules aan te bieden om de gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen te behandelen. Gezinsbehandeling maakt deel uit van de intensieve aanpak. Er dienen diverse vormen van gezinsbehandeling beschikbaar te zijn, variërend van voorlichting, training van opvoedingsvaardigheden tot FFT. Met een dergelijke intensieve aanpak, kan geslotenheid onzes inziens voorkomen worden. Om de intensieve interventie goed te laten functioneren is het noodzakelijk voldoende aandacht te besteden aan de de specifiek werkzame factoren en de *treatment integrity* te handhaven.

Voor hoeveel jongeren is een residentiële setting, waar de in dit hoofdstuk geschetste hulp geboden wordt, nu nodig? In het onderzoek crisisplaatsingen werd voor 36% van de crisisgeplaatste groep een verblijf in een tehuis noodzakelijk geacht. Het gaat om zo'n 235 jongeren per jaar, verspreid over alle provincies en de drie grote steden, waarbij zo'n 40% afkomstig is de stadsregio's Amsterdam en Rotterdam en uit Noord-Brabant.

De rest is meer verspreid over het land.¹⁷ Vanwege de hulpvragen gericht op het gezin en de noodzaak om gezinstherapie in te zetten, zou in elk van de provincies plus in de grote steden een tehuis met een zorgaanbod zoals in dit hoofdstuk geschetst, aanwezig moeten zijn. Per provincie / grote stad zou men dan de beschikking moeten hebben over bedden in *kleine* en 'open' leefgroepen. De exacte verdeling over de regio's zou bekeken moeten worden met als uitgangspunt dat het uitvoeren van gezinstherapie vanuit de residentiële setting *daadwerkelijk* mogelijk moet zijn.

In dit hoofdstuk kwam ook MST als effectieve interventie voor de groep die in dit rapport centraal staat naar voren. We gaan in het volgende hoofdstuk nader op MST en FFT in. Voor nu lijkt het ons voldoende te constateren dat FFT toegepast kan worden als module binnen een residentiële setting. MST is intensieve interventie die dient als *alternatief* voor een verblijf in een residentiële setting.

¹⁷ Zie tabel 23, bijlage 5, rapport 'Crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen' (Boendermaker, Eijgenraam & Geurts, 2004).

3 Intensieve behandeling in het gezin

M. Berger & H. Jonkman

In dit hoofdstuk beschrijven we de tweede subgroep van de crisisgeplaatste jongeren. Het gaat om jongeren voor wie in het onderzoek naar de crisisplaatsingen werd geconstateerd dat er intensieve behandeling in het gezin noodzakelijk is (27% van de crisisgeplaatste groep). In paragraaf 3.1. gaan we kort in op de problematiek op het moment van aanmelding en de hulpvragen. We gaan vooral in op de verschillen ten opzichte van de groep die in het vorige hoofdstuk aan de orde was. In paragraaf 3.2. komt kort de gevolgde werkwijze aan de orde. In paragraaf 3.3. en 3.4. bespreken we de inhoud van twee interventies, respectievelijk Multisystem Therapy (MST) en Functional Family Therapy (FFT). In 3.5 en 3.6 komt de huidige praktijk van MST en FFT in ons land aan de orde. In 3.7 worden de beide interventies vergeleken en in 3.8 trekken we conclusies en schetsen de mogelijkheden voor uitbreiding van beide interventies in ons land.

3.1 Problematiek en hulpvragen

Er zijn veel overeenkomsten tussen de jongeren in deze groep en degenen voor wie een verblijfplaats buiten het gezin noodzakelijk wordt geacht. De beide groepen verschillen niet significant van elkaar in leeftijd, het aantal jongens of meisjes of etnische achtergrond en het gaat ook in deze groep om jongeren met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen. In tabel 3 op pagina 40 zijn de belangrijkste kenmerken van deze groep opgenomen. Op welke punten verschillen de groepen?

In deze groep zijn meer jongeren te vinden die in een gezin wonen (70% i.p.v. 44%) en het gaat daarbij ook nog eens om gezinnen waarin de ouders - meer dan in de andere subgroepen - overbelast zijn. De ouders in deze gezinnen zijn daarnaast in meer gevallen betrokken bij het wel en wee van hun kind en bereid om zich in te zetten voor verandering van de situatie (27% in plaats van 10% in de eerste hulpvraagcategorie). Er zijn minder gevallen met ernstige ruzies, geweld en mishandeling in het gezin. Het zijn vooral deze kenmerken die in het onderzoek naar de crisisplaatsingen tot de conclusie hebben geleid dat hulp in het gezin nodig is. Bij de groep die we in hoofdstuk 2 beschreven hebben, werd dat niet meer mogelijk geacht.

Net als in het vorige hoofdstuk springt bij deze groep vooral het oppositioneel-opstandige gedrag in het oog, ook is er in meer gevallen (53%) sprake van het plegen van delicten. Anders dan in de groep uit het voorgaande hoofdstuk, is er in minder gevallen sprake van automutilatie en suïcidale gedachten of andere psychische stoornissen. Wel is er ook bij eenderde van deze groep sprake van depressieve klachten, maar ook deze groep is (significant) kleiner.

Leefsituatie

Als belangrijkste hulpvraag werd bij alle jongeren in deze groep geformuleerd dat het gezin behoefte heeft aan intensieve ondersteuning bij het bieden van een gestructureerde opvoedingsomgeving. Bij 22 jongeren (73%) werd geoordeeld dat er

een korte time-out nodig is alvorens de hulp aan het gezin van start zou kunnen gaan. Bij vier jongeren is er op de ingevulde formulieren terug te vinden dat de time-out in een gesloten setting zou moeten plaatsvinden, dit om weglopen te voorkomen. Er zijn meer dan vier jongeren die eerder zijn weggelopen. In het totaal staat weglopen genoteerd bij 11 jongeren (40% van de groep) en in het onderzoek naar de crisisplaatsingen is dan ook geconcludeerd dat er voor 40% een gesloten omgeving nodig is. Dit is in de discussie in de groep professionals zo geconcludeerd, maar bij nadere analyse is dit niet meer op de formulieren terug te vinden. Het lijkt ons daarom het meest zuiver om de exacte aantallen in het midden te laten en te concluderen dat voor bijna driekwart van de groep een time-out nodig is en dat daar in een deel van de gevallen een gesloten setting voor nodig is (tabel 4, pagina 41).

Tabel 3. Karakteristieken hulpvraagcategorie 2 (N=30)

<i>Geslacht</i>	%	%	<i>Etniciteit</i>	%	%	<i>Aard eerdere hulp</i>	%	%
Vrouw	51	47	Nederland	63	60	Geen eerdere hulp	6	13
Man	49	53	Overig westers	7	7	Alleen ambulante	8	7
	100	100	Nederlandse Antillen	3	3	Alleen 24-uurs zorg	11	13
			Suriname	6	7	Ambulant en daghulp	4	10
			Turkije	5	7	Ambulant en 24-uurs zorg	37	23
<i>Leeftijd</i>	%	%	Marokko	5	3	Daghulp en 24-uurs zorg	1	-
11 jaar	2	3	Overig niet-westers	12	13	Pleegzorg en 24-uurs zorg	6	3
12 jaar	6	-		100	100	Ambulant, daghulp en 24-uurs zorg	1	3
13 jaar	6	13				Ambulant, pleegzorg en 24-uurs	6	3
14 jaar	22	17				Ambulant, 24-uurs zorg en anders	3	-
15 jaar	31	33	<i>Jongere woont</i>	%	%	Geen informatie	16	23
16 jaar	26	20	In gezin met één ouder	24	37		100	100
17 jaar	9	13	In gezin met beide ouders	11	20			
	100	100	In gezinssituatie anders	13	13			
			In residentiële instelling	20	7	<i>Aard problematiek</i>	%	%
			Zelfstandig/anders	5	3	Antisociaal gedrag (kenmerken of diagnose)	56	57
<i>School/niveau</i>	%	%	Dakloos	21	20	ODD (kenmerken of diagnose)	64	80
Geen school	42	47	Geen informatie	6	-	Agressief gedrag	56	57
Spijbelt	31	43		100	100	Delicten gepleegd	45	53
LVG	19	23				ADHD (kenmerken of diagnose)	18	20
	-	-				Seksueel overschrijdend gedrag	17	17
			<i>Gezin</i>	%	%	Prostitutie (feit of vermoeden)	17	13
			Slechte relatie met moeder	38	50	Risicovol middelengebruik	39	37
<i>Mishandeling</i>	%	%	Slechte relatie met vader	26	33	Depressieve klachten	36	33
Ja	21	13	Relatie ouders slecht	18	13	Zelfverwonding/gevaar suicide	26	7
			Ernstige ruzies in gezin	15	17	Andere psychische stoornissen of klachten.	17	10
			Geweld binnen gezin	14	17	Weglopen van huis/verblijfplaats	49	40
			Ouders overbelast	53	70	Start problemen 3-5 jaar	10	7
			Ouders betrokken	19	27	Start problemen 6-11 jaar	19	17
				-	-		-	-

Gezins- en sociale relaties

Bij bijna alle jongeren zijn er één of meer hulpvragen op dit terrein geformuleerd. De drie belangrijkste hulpvragen richten zich, net als bij de groep in het voorgaande hoofdstuk, op het leren van opvoedingsvaardigheden door de ouders, het verbeteren van de relaties binnen het gezin en het versterken of veranderen van het sociaal netwerk van de jongere. Het aantal keer dat deze hulpvragen genoemd worden is echter beduidend hoger dan in de voorgaande groep en in dit geval staat het leren van opvoedingsvaardigheden voorop (bij 70% van de groep is dit aan de orde, i.t.t. 27% bij de vorige groep) (zie tabel 4, pagina 41).

Gedrag en internaliserende psychische problemen

De hulpvragen rond gedrag betreffen voornamelijk het leren reguleren van de ernstige gedragsstoornissen, hier is meer behoefte aan dan in de vorige groep. Daarnaast zijn net als in de vorige groep het leren accepteren van gezag en het leren van sociale vaardigheden van belang, beiden komen ongeveer evenveel voor als in de vorige groep. Bij de psychische problemen ligt de nadruk meer dan in de voorgaande groep, op de behoefte om het druggebruik te verminderen (tabel 4, pagina 41).

Tabel 4: Overzicht van de belangrijkste hulpvragen en het aantal maal dat zij in deze hulpvraagcategorie geformuleerd zijn (N=30).

<i>Belangrijkste hulpvragen per leefgebied</i>	<i>Aantal maal genoemd</i>	<i>%</i>
Behoefte aan intensieve ondersteuning van het gezin bij het bieden van een gestructureerde opvoedingsomgeving	30	100
Behoefte aan een korte time-out buiten het gezin, voorafgaand aan de start van de hulp in het gezin.	22	73
Behoefte aan het verbeteren van opvoedingsvaardigheden van de ouders	21	70
Behoefte aan het verbeteren/herstellen van de relatie tussen jongere en ouders, gezin, sociale omgeving en soms ouders onderling	15	50
Behoefte aan versterking/verandering van het sociaal netwerk van de jongere	9	30
Behoefte aan het leren reguleren van gedrag / agressie of behoefte aan het leren van maatschappelijk aanvaardbaar gedrag / stoppen met plegen van delicten (bij de jongere)	21	70
Behoefte aan het leren accepteren van gezag (jongere)	8	27
Behoefte aan het leren van sociale vaardigheden (jongere)	8	27
Behoefte aan vermindering druggebruik / leren verantwoord druggebruik	12	40
Behoefte aan behandeling van psychische problemen	7	23
Behoefte aan voorlichting ouders over psychische problemen of licht verstandelijke handicap van hun kind	7	23
Behoefte aan een passende dagbesteding (school of werk)	20	67

Tot slot

Ook in deze subgroep betreft het jongeren met ernstige gedragsproblemen. In vergelijking met de andere hulpvraagcategorieën is er een groter deel van de groep dat delicten heeft gepleegd (53%). Daarentegen is het aantal jongeren met internaliserende psychische problemen minder in deze groep. Al heeft wel eenderde last van depressieve klachten en gebruikt eenzelfde aantal jongeren drugs, er is in een veel kleiner aantal gevallen sprake van automutilatie of suïcidepogingen. Omdat er in deze groep ook minder problemen van ouders zelf in de aanmeldingsinformatie te vinden was, worden er mogelijkheden gezien binnen het eigen gezin. Daartoe is dan een stevige interventie nodig, in het gezin en met name gericht op het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouders, zodanig dat zij het gedrag (agressie, druggebruik) van hun zoon of dochter beter kunnen reguleren.

Bij tweederde van de groep werd in het onderzoek naar de opvanginrichtingen geconcludeerd dat er eerst een korte time-out nodig is buiten het gezin. Deze time-out is bedoeld om rust te creëren en motivatie bij de jongere én de ouders te ontwikkelen voor intensieve gezinsbehandeling. In hoofdstuk 2 kwamen twee intensieve gezinsinterventies aan de orde waarvan bekend is dat zij werken bij gedragsgestoorde jongeren met en zonder internaliserende psychische problemen: MST (MultiSystemic Therapie) en FFT (Functional Family Therapy).

De rest van dit hoofdstuk besteden we aan de beschrijving van de beide interventies. Begonnen wordt korte typering van beide programma's en een beschrijving van wat uit onderzoek bekend is over deze interventies. Hierna wordt van beide interventies beschreven wat de stand van zaken met betrekking tot de toepassing en verspreiding in Nederland is. Tot slot worden enkele aanbevelingen gedaan over een bredere toepassing van deze interventies.

3.2 Werkwijze

De beschrijving van werkwijze en typering van MST is gebaseerd op de informatie uit een haalbaarheidsonderzoek naar de mogelijkheden van MST in Nederland wat in 2003 door NIZW Jeugd is uitgevoerd (Berger & Boendermaker, 2003). De informatie uit dit onderzoek hebben we geactualiseerd. Hiernaast is contact geweest met vertegenwoordigers van MST-projecten die op dit moment in Nederland functioneren. De beschrijving van aanpak en werkwijze van de literatuur over FFT is gebaseerd op artikelen die al bij NIZW Jeugd bekend waren. De actualiteit en volledigheid van deze artikelen is getoetst tijdens een landelijke FFT *invitational conference* van 15 oktober j.l. waar ook één van de grondleggers van FFT, te weten Tom Sexton aanwezig was. Op deze dag is ook informatie verzameld over de toepassing en verspreiding in Nederland. Ook is er een gesprek geweest met René Breuk, de initiator van FFT in Nederland. Daarnaast hebben telefonische contacten plaatsgevonden met vertegenwoordigers van de andere FFT-locaties in Nederland.

3.3 Multisysteemtherapie (MultiSystemic Therapy, MST)

3.3.1 Beschrijving MST

Multisysteemtherapie (*Multi Systemic Therapy, MST*) is een individuele behandelingsmethode in de thuissituatie voor delinquente jongeren met gewelddadig en antisociaal gedrag. Het programma is nadrukkelijk bedoeld voor jongens en meisjes waarvan *'the bulk of the behaviors is antisocial or externalizing in nature'* (Henggeler, 1998). Het gaat om jongeren met een hardnekkig patroon van antisociaal gedrag, aangeduid met de psychiatrische diagnose *'conduct disorder'*. MST richt zich nadrukkelijk óók op internaliserende problematiek en alle andere problemen, zoals middelengebruik, die met antisociaal gedrag samenhangen.

De groep die we in paragraaf 3.2. beschreven hebben voldoet aan deze omschrijving, behoudens dat we op basis van de aanmeldingsinformatie nog niet kunnen spreken van een diagnose.

Jongeren die ernstige delicten hebben gepleegd en bij wie niet een gedragsstoornis, maar een andere stoornis als hoofdstoornis is geconstateerd, behoren niet tot de doelgroep van MST. Uitgesloten worden jongeren bij wie één of meer van de volgende stoornissen als hoofdstoornis geconstateerd zijn: stemmingsstoornis (angst en depressie), pervasieve ontwikkelingsstoornissen (autisme en aan autisme verwante stoornissen¹⁸), schizofrenie en andere psychotische stoornissen of verslaving als hoofdprobleem. Dit heeft er mee te maken dat bij dit soort problematiek nog nadere validering van de onderzoeksresultaten nodig is.

Effecten

Het doel van MST is driedelig:

1. terugdringen van het plegen van delicten van de behandelde jongeren,
2. terugdringen van ander antisociaal gedrag, zoals druggebruik en
3. het bereiken van deze uitkomsten op een manier die kosten bespaart door het terugdringen van het aantal uithuisplaatsingen en opnames in inrichtingen en tehuizen voor jongeren.

Uit onderzoek blijkt dat het MST lukt om deze doelen te bereiken. MST is een effectief programma. Het slaagt erin een recidivereductie van 43 tot 70% te bewerkstelligen in vergelijking met jongeren die een reguliere interventie ondergingen (Henggeler, 1998). Zo bleek uit de Simpsonville-studie (n= 43) dat de MST behandeling leidde tot een afname van het criminele gedrag en het aantal uithuisplaatsingen en dat de resultaten gunstiger waren in vergelijking met jongeren die de gebruikelijke sancties hadden gekregen. De MST jongeren waren significant minder vaak gearresteerd (M=0,87 vs. 1.52) en hadden minder vaak in hechtenis gezeten (M=5.8 vs. 16.2), gemeten bij de follow-up 59 weken na verwijzing. Na 2.4 jaar is het percentage van de jongeren dat niet gearresteerd is bijna 40% tegen 20% in de vergelijkingsgroep. Met betrekking tot andere effectmaten werd duidelijk dat 59 weken na verwijzing de gezinnen een hogere gezinscohesie rapporteerden, terwijl die bij de groep die de *usual services* had ontvangen juist was afgenomen. Daarnaast was in deze gezinnen sprake van een afname

¹⁸ Inclusief pervasive developmental disorder, not otherwise specified (pdd-nos)

van agressie van de jongere jegens leeftijdgenoten, tegenover geen verandering in de controlegroep.

Uit de Colombia-studie (n=92) komt naar voren dat degenen die MST hadden afgemaakt een lager recidivepercentage hebben (n=77, 22,1%) dan jongeren die in de reguliere behandeling (individuele therapie) hadden gekregen (N=63, 71,4%). MST jongeren die gearresteerd waren, waren dit minder vaak en voor minder ernstige delicten. Met name het minder vaak voorkomen van geweldsdelicten was een opvallend gegeven. Zelfs na een follow-up van 13 jaar kon een grotere afname in arrestaties worden vastgesteld (Schaeffer & Borduin, 2002, in: Henggeler, Clingempeel, Brondino & Pickrel, 2002).

Daarnaast bleek aan het eind van de behandeling dat de gezinsinteracties waren verbeterd. Behandelde gezinnen rapporteerden een grotere gezinscohesie en minder gezinsconflicten in vergelijking met de controlegroep. Ook bleek een grotere afname van psychiatrische symptomen bij de MST-ouders dan bij de controlegroep.

Vergelijken we dit met het recidivepercentage voor jongeren die behandeld zijn in een justitiële behandelingsinrichtingen dat na vier jaar op 63% ligt (voor ots-ers én jongeren met een pij gezamenlijk), dan is de recidive van MST-jongeren veel lager (Van der Heiden-Attena & Wartna, 2000a & 2000b).

De effectiviteit van MST is ook onderzocht bij jongeren die overmatig drugs gebruiken (marihuana en cocaïne) en daarnaast ook delicten plegen (Henggeler et al, 2002). De MST-groep (n=43) werd hier vergeleken met een controlegroep (n=37) die groepsbijeenkomsten volgens het zgn. 12-stappen programma volgde, met indien nodig een aanvullende kortdurende opname. Uit follow-up gegevens na 4 jaar bleek dat de jongeren uit de MST-groep 75% minder geweldsdelicten in vergelijking met de jongeren uit de controlegroep pleegden. Ook bij de afname van marihuana-gebruik werden verschillen geconstateerd (55% vs. 28% afname). Er werden geen verschillen gevonden in de afname van diefstal en het verschil in afname van cocaïnegebruik was niet significant (53% vs. 40%).

Onderzoek naar de effectiviteit van MST bij jongeren met psychiatrische problematiek wees uit dat een MST in eerste instantie effectiever was dan een kortdurende psychiatrische behandeling. Vlak na de behandeling werd een grotere afname van psychiatrische symptomen, een grotere toename van schoolbezoek en een grotere versterking van de gezinsstructuur gemeten. Twaalf tot 16 maanden na afsluiting namen de verschillen tussen beide groepen echter af. Hieruit werd geconcludeerd dat goede nazorg nodig is om de positieve veranderingen in stand te houden (Henggeler, Rowland, Halliday-Boykins, Sheidow et al., 2003).

Kosteneffectiviteit

Bij de een berekening van de kosteneffectiviteit gebaseerd op gegevens uit 1998 kwam de kosten/baten ratio voor MST uit op 13,45 (Welsh, 2001). Deze ratio wil zeggen dat elke dollar die voor MST wordt uitgegeven \$13,45 oplevert aan besparing van uitgaven binnen het justitiële circuit (rechters, officieren, pro-deo advocaten, begeleiding door de reclassering, kosten van opname in inrichtingen of deelname aan programma's en kosten van slachtoffers). Ook een berekening van de kosten en baten van diverse programma's gericht op criminaliteitsreductie door het Washington State Institute for Public Policy (Aos, Phipps, Barnoski & Lieb, 2001) gaf een zeer bemoedigend resultaat voor MST. Er kwam naar voren dat de netto kosten (prijsspeil 2000) van MST uitkomen op \$ 4.743,- per deelnemer en dat de baten liggen tussen de \$ 31.681,- aan besparingen voor de

belastingbetaler en \$131.918,- als alle kosten van het hele justitiële circuit worden meegenomen.

Een globale kostenraming leert dat MST in Nederland ongeveer éénderde kost van een plaatsing in een justitiële jeugdinrichting (zie voor een uitgebreide berekening Berger & Boendermaker, 2003).

Uitgangspunten en werkwijze

De MST-behandeling bevat veel algemeen werkzame factoren (zie hoofdstuk 2). Dit geldt in de eerste plaats de theoretische onderbouwing. De theoretische basis van MST is de systeemtheorie, die ervan uit gaat dat de leden van een systeem elkaars gedrag wederzijds beïnvloeden. Op basis hiervan wordt verondersteld dat iemands gedrag alleen volledig begrepen kan worden als het bestudeerd wordt binnen de natuurlijke context. Daarnaast is de aanpak gebaseerd op de kennis vanuit de ontwikkelingspsychopathologie, de theorievorming over risico- en beschermende factoren die gerelateerd zijn aan het ontstaan en voortbestaan van gedragsstoornissen (en daarmee samenhangend: van delinquent gedrag) en op gedragstherapeutische uitgangspunten en principes. Het centrale uitgangspunt van MST is dat antisociaal gedrag veroorzaakt wordt door kenmerken van de jeugdige zelf, het gezin, de vriendengroep, de school en de buurt en dat de aanpak van het antisociale gedrag moet eruit bestaan in deze contexten de invloed van de risicofactoren te verminderen en die van de beschermende factoren te versterken. MST is gericht op concrete gedragsverandering in de verscheidene systemen die tezamen de omgeving bepalen, waarin de jongere leeft.

Een andere algemeen werkzame factor die in MST is ingebouwd betreft de heldere opbouw van interventies. In hoofdstuk 2 werd duidelijk dat een goede interventie nog een aantal andere non-specifieke kenmerken heeft: goede diagnostiek bij aanvang van de behandeling; realistische, helder geformuleerde en toekomstgerichte doelen; een duidelijke koppeling van doel en middel; een opdeling van het programma in duidelijke fasen (voor jeugdige én gezinsleden); een heldere procedure voor de behandelingsplanning en het raadplegen van de jeugdige bij het opstellen van de plannen. Bij MST wordt zorgvuldig bekeken door welke factoren de specifieke combinatie van problemen in stand gehouden wordt en precies dié interventies ingezet kunnen worden die nodig zijn. Het belangrijkste doel van de assessment is inzicht krijgen in de samenhang (de "fit") tussen de geïdentificeerde problemen en hun bredere systemische context en hypothesen te formuleren met betrekking tot deze samenhang. Op basis van uitgebreide diagnostiek van de factoren die onverantwoordelijk gedrag van de jongere en het gezin stimuleren en afremmen wordt er, samen met het gezin en de jongere, een behandelplan opgesteld. Op basis hiervan worden interventies in en tussen systemen van gezin, leeftijdgenoten, school en omgeving geïntegreerd. Op deze wijze probeert MST een totaalpakket aan zorg te bieden (bijv. individuele, gezins- en relatietherapie en interventies gericht op de groep waarin de jongere zich beweegt) en wordt geprobeerd alles wat het bereiken van de behandelingsdoelen in de weg staat aan te pakken (bijv. verslaving of psychopathologie van de ouders, concrete diensten zoals huisvesting) (Henggeler e.a., 1996). Bij de interventies die binnen MST worden ingezet wordt aangesloten bij de kennis van effectieve interventies. Bij voorkeur worden alleen die (onderdelen van) interventies ingezet waarvan de effectiviteit bewezen is, zoals het trainen van ouders in opvoedingsvaardigheden of het trainen van de jongere in probleemoplossingsvaardigheden of agressieregulatie. Hiermee is een belangrijke

specifiek werkzame factor die van belang is voor de behandeling van jongeren met gedragsstoornissen in MST ingebouwd.

In de trainingshandleiding van MST (Henggeler e.a., 1998) wordt uitgebreid ingegaan op de kenmerken van individuele jongeren, gezinnen, de buurt, sociaal netwerk (vrienden en familie) en scholen die met het ontstaan en voortbestaan van antisociaal gedrag samenhangen en wordt de methodiek stapsgewijs beschreven.

Organisatie

MST wordt uitgevoerd door een team van drie of vier hoogopgeleide en ervaren therapeuten. Het team wordt intensief begeleid door een supervisor, met een gedegen ervaring op het gebied van gedragsmatige/systemische hulpverlening. Deze supervisors worden wekelijks begeleid door een *consultants* van de centrale MST organisatie. De therapeuten zijn roulerend 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar en werken outreachend. Ook in geval van een crisis kunnen ze het gezin helpen en voor consultatie een beroep doen op de supervisor.

De hulp wordt thuis gegeven, op school of op andere locaties die in dat specifieke geval noodzakelijk zijn. Gemiddeld neemt de hulpverlening drie tot vijf maanden in beslag waarin er ongeveer 60 uur face-to-face contact met het systeem is.¹⁹ De caseload varieert van 4 tot 6 gezinnen per therapeut. De ervaring in Amerika met het programma leert dat de hoge opleiding van de therapeuten in combinatie met de gedegen wijze van analyse en interventieplanning een positieve bijdrage leveren aan het therapeutisch handelen en de doelmatigheid van de interventie. Dit komt overeen met de eerste ervaringen in Nederland.

Na de MST-behandeling wordt bekeken of de hulp aan jongere en gezin waar nodig gevolgd dient te worden door een lichtere vorm van hulp. MST maakt in die gevallen deel uit van een breder zorgtraject voor gedragsgestoorde jongeren en hun gezinnen.

Training en kwaliteitsbewaking

MST-therapeuten ontvangen voorafgaand aan hun werk een training van een week. Deze training bevat een introductie in de werkwijze van MST. Ook nemen de therapeuten wekelijks deel aan klinische supervisie met de supervisor. De supervisor kan op zijn/haar beurt terugvallen op een consultant van *MST-services*. In het kader van de voortgangsbewaking en ter voorbereiding op de supervisie houden de therapeuten wekelijks per gezin bij welke doelen bereikt zijn. Tenslotte nemen de therapeuten regelmatig deel aan *boostersessies* (herhalings- en verdiepingsbijeenkomsten), die worden gegeven door de *MST-consultant*. Tijdens deze bijeenkomsten worden aanvullende onderwerpen besproken en geoefend en wordt aan verdieping van de methodiek gewerkt. In het eerste jaar vinden deze enkele malen per jaar plaats, hierna is een afbouw. De begeleiding van de supervisor gaat in principe continu wekelijks door, mits er voor wordt gekozen om '*network partner*' te worden. In dit geval kan op termijn de rol van consultant worden overgenomen. Dit is een proces van enkele jaren.

Met de training en intensieve supervisie wordt beoogd dat de MST-behandelaar werkt volgens de MST-uitgangspunten. Dit wordt per casus nauwgezet getoetst.

Duidelijk is dat de *treatment integrity*, in hoofdstuk 2 benoemd als één van de algemeen werkzame bestanddelen van een interventie, van MST een cruciaal uitgangspunt is. Er

¹⁹ De hulp wordt afgestemd op de behoeften van elk gezin/systeem en kan dus langer duren en intensiever zijn dan het hier genoemde gemiddelde.

wordt bijzonder veel aandacht geschonken aan training van therapeuten, het 'monitoren' van het handelen van therapeuten, supervisors en *consultants*. *Therapist adherence* - d.w.z. de mate waarin de therapeut handelt in overeenstemming met de uitgangspunten van MST - is een aspect waarover continu informatie verzameld wordt, ook nadat eigen consultants zijn opgeleid. Therapeuten, behandelde gezinnen, supervisors en *consultants* leveren daarvoor informatie aan. Uit effectonderzoek blijkt dat programma's met een geringere 'adherence' ook minder effect sorteren.

Verspreiding

Er zijn inmiddels vele plaatsen in de Verenigde Staten waar MST is ingevoerd en ook in Canada, Nieuw Zeeland en Europa wordt MST uitgevoerd. Europese landen waar MST is geïmplementeerd zijn: Noorwegen, Zweden, Denemarken, Ierland, Engeland en sinds september 2004 ook Nederland²⁰. De MST aanpak wordt op dit moment in de Verenigde Staten in diverse projecten verder ontwikkeld en geëvalueerd voor specifieke doelgroepen. Zo is er een project waarin MST wordt ingezet voor jonge kinderen van ouders met psychiatrische problematiek, een project waarin MST wordt uitprobeerd als begeleiding van jongeren die na verblijf in een inrichting weer naar huis gaan, een project waar MST wordt ingezet in gezinnen waarin sprake is van kindermishandeling en een project voor jongeren met psychiatrische problematiek waarbij MST als alternatief voor plaatsing in een kliniek wordt ingezet. Deze projecten gaan alle vergezeld van evaluatieonderzoek.

3.3.2 MST in Nederland

Initiatieven

In 2003 is door NIZW Jeugd een onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden voor MST in Nederland (Berger & Boendermaker, 2003). Geadviseerd is om MST in Nederland in te voeren en een innovatieprogramma te starten, met als doel MST voor Nederland aan te passen en op termijn en na een experiment in enkele pilots landelijk te implementeren. Van een landelijk innovatieprogramma is het (nog) niet gekomen.

Wel hebben twee zorgaanbieders in de GGZ besloten MST zelf naar Nederland te halen. Het gaat om De Waag en de Viersprong. Beide organisaties worden apart door *MST-services* opgeleid. Dit betekent dat ze door een *MST-consultant* in Nederland worden getraind en vanuit Amerika wekelijks worden gesuperviseerd. De Waag en de Viersprong zijn op dit moment de enige MST-initiatieven in Nederland. De GGZ-zorgaanbieders die zich eerder ook hadden georiënteerd op de mogelijkheden om MST in te voeren, hebben om uiteenlopende redenen besloten om MST niet in het aanbod op te nemen. Argumenten hiervoor zijn: de hoge kosten van opleiding en kwaliteitscontrole, de keuze voor FFT en de keuze voor samenwerking binnen een Hulp-aan-Huis concept. Hieronder wordt toegelicht hoe de MST bij de Waag en de Viersprong georganiseerd is.

De Waag / Utrecht en Amsterdam

De Waag is het centrum voor ambulante forensische psychiatrie van de Dr. Henri van der Hoeven Stichting en heeft onder meer vestigingen in Utrecht en Amsterdam. De Waag is

²⁰ Zie voor een recent overzicht www.mstservices.com

in september 2004 gestart met twee MST teams, te weten in regio Utrecht en in regio Amsterdam. Beide teams bestaan uit 4 MST-therapeuten en een supervisor. Per team is de jaarlijkse behandelcapaciteit 48 gezinnen. In totaal kunnen dus vanuit Waag 96 gezinnen door behandeld worden. Financiering vindt plaats vanuit de AWBZ. Voor de instroom zijn samenwerkingsafspraken gemaakt met de justitiële jeugdinrichtingen (jji's) in de regio (o.a. het JOC en De Heuvelrug). MST wordt ingezet als alternatief voor plaatsing in een jji, en vindt zowel in strafrechtelijk als civielrechtelijk kader plaats. Er zijn vooraf geen specifieke afspraken gemaakt over de verdeling tussen beide 'groepen' en gezien de recente start van het project is het ook nog niet mogelijk om hier een schatting van te geven. Indien het gaat om ots-jongeren richt men zich vanuit de samenwerkingsafspraken met de jji vooral op de crisisplaatsingen. Hierbij wordt per jongere nagegaan of een tijdelijke time-out in de jji mogelijk en nodig is, waarna MST kan starten.

De Viersprong / Breda en Den Bosch

Bij de jeugdforensische polikliniek van Psychotherapeutisch centrum De Viersprong in Halsteren is onlangs op kleine schaal gestart met de opleiding en hulpverlening aan enkele gezinnen. In januari 2005 gaat men draaien met 2 teams. Eén team werkt in de regio Breda/Bergen op Zoom en het andere team werkt in de regio Den Bosch. De hulp wordt bekostigd vanuit de AWBZ. Voor 2004 vindt vergoeding plaats op basis van de extra productie die mogelijk is vanuit het urgentieplan voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen. Voor 2005 e.v. wordt financiering verwacht vanuit het plan van aanpak voor de financiering van het zorgaanbod van waaruit extra middelen voor deze doelgroep beschikbaar zullen komen en productieafspraken met het zorgkantoor gemaakt kunnen worden. Aangegeven wordt dat de MST-activiteiten, onder meer vanwege de reistijd en de bezoeken aan contactpersonen uit het systeem rondom het gezin, lastig passen in de AWBZ-verrichtingsystematiek.

Instroom vindt plaats vanuit de samenwerking met de jji Den Hey-Acker en Bureau Jeugdzorg. Primair wordt ingezet op ots-jongeren die vanuit een korte crisisplaatsing in Den Hey-Acker thuis worden geplaatst en na thuisplaatsing een MST-behandeling krijgen. Secundair gaat het strafrechtelijk geplaatste jongeren. De capaciteit per team is 48 gezinnen op jaarbasis, waarmee de totale capaciteit op 96 gezinnen per jaar komt. Hierbij ligt het accent op de instroom van ots-ers.

Opleiding en licentie

MST wordt in Nederland vanuit een licentie van MST-services ingezet. Hiertoe hebben De Waag en De Viersprong beide een contract getekend met MST Services. De kosten van het opleidingstraject wat beide organisaties gescheiden volgen bedragen plm. \$ 48.000,- voor 2 teams, exclusief reis- en verblijfkosten van de Amerikaanse trainers. Daarnaast betalen beide organisaties voor de MST-licentie \$ 5.000 per jaar en is de licentie per therapeut \$ 200. Voor de hierop volgende jaren lopen de licentiekosten door en nemen de trainingskosten af. Daarnaast worden blijvend kosten in rekening gebracht voor supervisie en kwaliteitscontrole.

Na een jaar kan worden overgestapt op een systeem waarbij gewerkt wordt met zgn. *MST-network partners*. In dit kader kunnen zgn. *system supervisors* worden opgeleid die op hun beurt verantwoordelijk zijn voor de opleiding van de Nederlandse MST-therapeuten. De opleiding per *system-supervisor* (bij voorkeur een ervaren supervisor)

bedraagt voor de eerste 18 maanden \$ 2.400 per maand. Daarna bedraagt de opleiding en supervisie \$ 24.000 per jaar per *system-supervisor*.

De huidige MST-organisaties hebben op dit moment nog geen concrete plannen uitgewerkt om zelf *network partner* te worden. Er wordt nu prioriteit gegeven aan het implementeren van het programma in eigen regio. De opleiding van *network partners* is een thema wat hierna aan de orde komt.

Onderzoek

Voor het meten van de effectiviteit van MST is een onderzoeksvoorstel geschreven, waarvan de financiering plaatsvindt door het STIP. Bij het onderzoek zijn de Universiteiten van Amsterdam en van Utrecht en het Nederlands Studiecentrum voor Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR) in Leiden betrokken. Bij De Viersprong wordt nagegaan hoe het onderzoek intern kan worden vormgegeven. Ook door het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) wordt in opdracht van het Ministerie van Justitie een effectonderzoek voorbereid. Een onderwerp van discussie is hoe dit kan worden afgestemd op het onderzoek van de Viersprong.

Samenvattend

Begin 2005 hebben we in Nederland 4 MST teams. Na een geleidelijke instroom in het eerste jaar ontstaat hiermee op termijn een capaciteit voor 192 jongeren en hun gezinnen. De Waag richt zich hierbij zowel op jongeren die strafrechtelijk worden geplaatst als op de ots-crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen. Op dit moment kan nog niet worden vastgesteld of meer aanmeldingen uit één van beide groepen worden gedaan. De Viersprong richt zich met name op (het voorkomen van) ots-crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen. De huidige capaciteit is uiteraard alleen beschikbaar in het werkgebied rond Utrecht, Amsterdam, den Bosch en Breda. Dit betekent dat in de andere regio's geen MST beschikbaar is. Bij andere zorgaanbieders zijn op dit moment ook geen initiatieven om MST in het zorgaanbod op te nemen. De huidige MST-organisaties hebben op dit moment nog geen concrete plannen om MST breder te verspreiden. Hun prioriteit ligt nu bij het neerzetten van MST in hun eigen regio.

Bij tweederde van de groep jongeren met hulpvragen rond een intensieve begeleiding in het gezin is geconcludeerd dat er eerst een korte time-out nodig is buiten het gezin. Deze time-out is bedoeld om rust te creëren en motivatie bij de jongere én de ouders te ontwikkelen voor intensieve gezinsbehandeling. Bij de Waag en De Viersprong wordt op dit moment ook zo gewerkt. Niet in alle gevallen is een time-out nodig, maar veelal stromen jongeren vanuit de opvanginrichting door naar MST. Het is dus een werkwijze die heel goed bij MST past en in de praktijk te realiseren is. Het is op dit moment lastig een exacte inschatting te maken van de beschikbare capaciteit bij de huidige MST-teams voor ots-ers die nu in de crisisopvang geplaatst worden in de opvanginrichtingen. De huidige MST-teams werken met zowel civielrechtelijke- als strafrechtelijke instroom. Er wordt nog niet tegemoet gekomen aan de noodzakelijke capaciteit van zo'n 176 MST-plaatsen, verspreid over het land, voor ots-ers die op dit moment nog in de opvanginrichtingen geplaatst worden.

3.4 Functionele gezinstherapie (Functional Family Therapy, FFT)

3.4.1 Beschrijving FFT

Functionele Gezinstherapie (*Functional Family Therapy*, FFT) is een gezinsgericht preventie- én interventieprogramma. Met behulp van FFT wordt ingegrepen in de functionele gedragspatronen van het gezin. FFT is ontwikkeld om zowel lichte als ernstige vormen van probleemgedrag bij adolescenten aan te pakken. FFT richt zich op risicjongeren in de leeftijdsgroep van 11 tot 18 jaar met verschillende etnische en culturele achtergronden, afkomstig uit verschillende soorten gezinnen. FFT is te gebruiken bij de aanpak van vroege indicatoren van delinquentie tot en met de aanpak van hardnekkige en ernstige vormen van geweld, delinquentie en problematische alcohol- en drugsproblematiek. De doelgroep die beschreven is in paragraaf 3.1 voldoet zeker aan deze kenmerken.

In de VS wordt FFT ingezet om probleemgedrag te voorkomen, als voorwaardelijke straf, als alternatief voor gevangenisstraf en als zorgtraject na gevangenisstraf. Als FFT wordt ingezet bij lichte vormen van probleemgedrag lichte vormen beslaat ongeveer acht tot twaalf sessies van een uur. Wanneer FFT wordt ingezet bij zwaardere problematiek duurt het ongeveer 26 tot 30 sessies.

Effecten

De doelen van FFT zijn:

- Positieve verandering tot stand brengen in het gedrag van de jongere en zijn/haar gezin, vooral van die jongeren en gezinnen die niet gemotiveerd lijken, niet geloven in verandering of juist zich in eerste instantie tegen verandering verzetten.
- Persoonlijke en sociaal-maatschappelijke kosten terugbrengen die het resultaat zijn van verschillende vormen van probleemgedrag van jongeren.
- In zo min mogelijk bijeenkomsten een zo groot mogelijk resultaat behalen zodat kosten en tijdsinvestering zowel bij ouders als behandelaars laag blijven (Alexander, Pugh, Parson & Sexton, 2000).

Uit onderzoek komt naar voren dat Functionele Gezinstherapie succesvol is in het verbeteren van de gezinsrelaties en het terugbrengen van recidive. Zowel uit gerandomiseerde als uit niet gerandomiseerde onderzoeken blijken jongeren met FFT in vergelijkingen met jongeren zonder FFT significant verbeteren in de onderlinge relaties en minder delicten plegen. FFT slaagt erin recidive van deelnemende jongeren te verminderen vergeleken met jongeren die geen of de reguliere behandeling hebben ontvangen. Uit één van de eerste studies van Alexander & Parsons in 1973 kwam een recidive van 26% naar voren, vergeleken met 50% voor een de controlegroep die geen behandeling kreeg en 47% en 73% voor controlegroepen met andere vormen van gezinsgroepstherapie. Uit onderzoek naar de effectiviteit van FFT voor *hard core* delinquente jongeren bleek een recidive van 60%, terwijl bij de controlegroep sprake was van een recidive van 93%. Uit onderzoek naar de effecten van een Zweedse replicatie bleek een recidive van 50% ten opzichte van 80% in de controlegroep. Opvallend is de range van omgevingen en etnische groepen die in de onderzoeken zijn betrokken. Ook valt de stabiliteit van de resultaten op bij een follow-up vijf jaar na de behandeling (Alexander, Robbins & Sexton, 2000).

Recentelijk is FFT ook in een 'true community effectiveness trial' onderzocht. FFT bleek op verschillende vlakken effectief. Normaal is het uitvalpercentage bij behandeling van gezinnen groot (50-70%). Bij FFT bleef de participatie bijna 90%. De recidive was achttien maanden na behandeling afgenomen met 30 % in vergelijking met de controlegroep en de gezinsrelaties waren sterk verbeterd. De resultaten werden vooral behaald door therapeuten die FFT uitvoerden zoals bedoeld (Sexton & Alexander, 2002). FFT is ook op verschillende momenten procesmatig onderzocht. Uit deze onderzoeken komt bijvoorbeeld naar voren dat het negativisme in de gezinnen die uitvallen hoger is dan de gezinnen die de behandeling afmaken. Ook bleek dat de eerste fase (gericht op betrokkenheid en motivatie en het doorbreken van negativisme in het gezin) cruciaal is voor het succes van FFT (Sexton & Alexander, 2003).

Kosteneffectiviteit

Berekend is dat FFT per behandeld gezin \$5.000 goedkoper is dan de reguliere behandeling voor de doelgroep en \$12.000 goedkoper is dan een residentiële behandeling (Sexton & Alexander, 2000). In een vergelijkend onderzoek naar gezinsinterventies scoort FFT ook gunstig in reductie van delinquentie en levert het de hoogste besparing op. De kosten van de behandeling werden beraamd op \$ 2.500 per gezin, met een uiteindelijke besparing van \$ 13.908 dollar (belasting en slachtofferkosten) (Aos & Barnowski, 1998). De kosteneffectiviteit per FFT-jongere in de hiervoor beschreven true community effectiveness trial in Washington bedroeg \$ 16.250. Over de gehele onderzoeksgroep werd de kosteneffectiviteit op meer dan een miljoen dollar berekend (Sexton & Alexander, 2002).

FFT kost ongeveer de helft van een MST behandeling. Vanuit de berekeningen over MST weten we dat MST ongeveer een derde kost van een plaats in een opvanginrichting. Als FFT hier nog eens de helft goedkoper is, betekent dit een nog grotere kosten besparing bij de inzet van FFT.

Uitgangspunten en werkwijze

Ook bij FFT zijn veel algemeen werkzame factoren in de het programma ingebouwd. Wat betreft de theoretische basis gaat FFT er van uit dat de problemen van jongeren zijn ingebed in de systemen waarbinnen jongeren opgroeien. Vooral het gezin moet bij de aanpak van de problematiek betrokken worden. Vanaf het begin combineert FFT theoretische benaderingen, beschikbare empirische data en klinische ervaring bij de aanpak van probleemjongeren. Het programma is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- de behandeling richten op belangrijke onderliggende factoren (risico- en protectieve factoren);
- betrekken en motiveren van gezinnen en jongeren zodat ze meer in het veranderingsproces betrokken zijn;
- elke sessie en elke fase in het proces ingaan met een duidelijk plan en met inzet van bewezen technieken;
- voortdurend monitoren van het proces en de uitkomsten;
- geloven in de gezinnen die behandeld worden.

De aandacht voor het motiveren van gezinsleden is groot. Vooral in de eerste fase van de behandeling wordt aan deze algemeen werkzame factor veel aandacht besteed. FFT probeert hierbij systeemperspectieven en behandeltechnieken te combineren. Vanuit het systeemperspectief zijn de processen die tot delinquent gedrag leiden te begrijpen. Met

specifieke behandeltechnieken wordt het positieve veranderproces in gang gezet en in kaart gebracht. Een veelgebruikte techniek is het 'reframen'. Met behulp van deze techniek wordt de manier waarop iemand een situatie interpreteert in een ander daglicht gesteld waarmee de betekenis die deze persoon aan de situatie geeft veranderd wordt.

Een andere algemeen werkzame factor die binnen FFT is ingebouwd is opbouw en structurering van de interventie. FFT heeft een doelgerichte werkwijze en kent een systematische opbouw, waarbij de hulp is opgedeeld in een aantal fasen. Voor elke fase zijn de doelen, de hierbij horende aanpak van de therapeut en de technieken duidelijk omschreven. De fasering is gebaseerd op het uitgangspunt dat het tot stand brengen van een positieve verandering het resultaat is van een optimale combinatie van techniek en timing. FFT werkt volgens drie interventiefasen:

- Fase 1: Betrokkenheid en motivatie. Tijdens de eerste fase van de behandeling worden technieken toegepast die er op zijn gericht om niet-constructieve gedachten, overtuigingen en emoties te identificeren en te veranderen. Deze technieken worden ingezet met als doel om de hoop van het gezin te versterken, hun verwachtingen te veranderen, hun weerstand en negatieve gedachten te verminderen en het vertrouwen tussen gezin en therapeut en het respect voor verschillen in referentiekader en waarden te versterken.
- Fase 2: Gedragsverandering. In deze fase wordt geprobeerd om gedragsverandering tot stand te brengen. De interventie is op de specifieke kenmerken van het gezin toegesneden. In deze fase is er aandacht voor cognitieve, interactionele en emotionele aspecten en worden diverse technieken ingezet om verandering tot stand te brengen. Het gezin krijgt communicatieve vaardigheden en basale opvoedingsvaardigheden overgedragen en leert werken met gedragscontracten.
- Fase 3: Generalisatie. Nadat de verandering in het gezin zelf in gang is gezet, gaat het er in deze fase om de positieve verandering naar andere en nieuwe probleemgebieden en -situaties te verbreden. Om lange termijndoelen te bereiken worden de veranderingen in het gezin in verband gebracht met mogelijke veranderingen binnen andere systemen als school, buurt en sociaal netwerk.

Organisatie

Het programma vindt over het algemeen plaats binnen een periode van drie tot zes maanden. In principe worden de bijeenkomsten op kantoor gehouden. Als ouders om wat voor reden dan ook niet op het kantoor kunnen komen, kunnen de bijeenkomst ook bij het gezin thuis worden georganiseerd. De therapeuten die met FFT mogen werken moeten (net als bij MST) hoog opgeleid en ervaren zijn. Belangrijk is dat de therapeuten vallen onder de licentie-eisen van FFT Inc, de organisatie die FFT verspreid en de kwaliteit van het programma bewaakt. De licentievoorwaarden hebben onder meer betrekking op de trainingseisen voor FFT-therapeuten, de case-load en het aantal gezinnen dat ze per jaar moeten behandelen. Naast de formele eisen zijn de karakteristieken van de therapeut belangrijk. Zij moeten vanuit het FFT-model en de uitgangspunten kunnen en willen werken. De therapeuten werken in een team van 3 tot 5 personen, en moeten minimaal half-time voor FFT kunnen werken (min 5 gezinnen). Een full-time FFT therapeut werkt met 12 tot 16 gezinnen.

Training en kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van de uitvoering van FFT wordt geoptimaliseerd door specifieke training en door een systeem van kwaliteitscontrole. Het trainingsprogramma is gericht op de therapeut, de organisatie en de klinische praktijk. Elk FFT-team moet zo worden opgezet dat het programma conform de basisprincipes kan worden uitgevoerd. De therapeuten dienen over voldoende competenties te beschikken en in staat zijn om de kernelementen van het programma te implementeren.

Net als bij MST volgen de FFT-therapeuten een introductietraining over het werken met FFT. Daarnaast nemen ze wekelijks deel aan supervisie, deels telefonisch, deels doordat de FFT-supervisor het team bezoekt.. En net als bij MST, nemen teamleden jaarlijks deel aan herhalings- en verdiepingsbijeenkomsten. Elk team heeft een eigen supervisor die ook zelf weer supervisie krijgt. Duidelijk is dat, net als bij MST; de aandacht voor de *teratment integrity* erg belangrijk is. Door training en supervisie wordt het handelen van de therapeuten gevolgd en er worden ook vragenlijsten door ouders en de therapeuten ingevuld om te bekijken of de therapeuten handelen overeenkomstig de uitgangspunten van FFT (Breuk, Van Dam, Disse & Dereleijers, in druk).

Verspreiding

FFT is met name geïmplementeerd in de Verenigde Staten. In vele staten zijn FFT-sites opgezet. Voorbeelden zijn, naast Utah waar de oorsprong ligt, New York, Washington en Pennsylvania. In Europa wordt FFT nu toegepast in Zweden en Nederland.

3.4.2. FFT in Nederland

FFT is in 2003 in Nederland geïntroduceerd. Initiatiefnemer hiervoor was René Breuk, die als psychiater verbonden is aan De Derde Oever, een centrum voor jeugdforensische dagbehandeling dat onderdeel is van de Bascule (voorheen het Paedologisch Instituut Duivendrecht) te Amsterdam. Deze introductie vond plaats in samenwerking met de ontwikkelaars van de interventie: FFT Incorporate (FFT inc.).

De FFT Inc. en De Derde Oever hebben in 2003 besloten om een langdurige samenwerking aan te gaan, met als doel de opleiding en training van FFT-therapeuten in Nederland en het doen van (gezamenlijk) onderzoek. Vanaf 2003 wordt binnen de Bascule (Derde Oever) een groep therapeuten getraind in het geven van FFT binnen dagbehandeling en polikliniek. Bij de Bascule zijn nu vier supervisoren beschikbaar die in staat zijn zowel de FFT behandelaars in de eigen organisatie als in de andere organisaties in Nederland te begeleiden.

FFT Inc. geeft de basistrainingen en traint de supervisoren van de Bascule, waarna de Bascule de supervisie en vervolgtrainingen verzorgt aan de genoemde instellingen.

De indicatieve kosten voor training, supervisie en onder licentie FFT kunnen uitvoeren voor een instelling zijn voor het eerste jaar \$ 34.275, voor het tweede jaar \$ 19.825 en voor het derde en laatste jaar \$ 14.125.

De Bascule / Amsterdam

FFT is bij de Bascule te Amsterdam onderdeel van het behandelaanbod van De Derde Oever. In totaal zijn hieraan 13 behandelaars verbonden die ook FFT behandelingen uitvoeren (doorgaans parttime). Op jaarbasis worden vanuit De Derde Oever ongeveer 150 gezinnen behandeld met FFT. De meeste behandelingen vinden plaats in

strafrechtelijk kader, in ongeveer 10% van de gevallen gaat het om een civielrechtelijk kader. Dit zijn tot nu toe vaak ots-ers die op een crisisplek in de opvanginrichtingen terecht (dreigen te) komen en die FFT krijgen als alternatief voor die plaatsing of in aansluiting op die plaatsing.

Vanaf begin 2004 zijn vanuit Bureau Jeugdzorg Amsterdam een projectmanager en drie behandelaars voor elk 24 uur per week bij De Derde Oever gedetacheerd. Vanuit de maximale caseload van 50 gezinnen per fte is hun gezamenlijke capaciteit op jaarbasis nog eens plm. 90 gezinnen. De financiering hiervan vindt plaats vanuit de stadsregio Amsterdam.

De Viersprong / Breda en Den Bosch

Bij de jeugdforensische polikliniek van De Viersprong in Halsteren zijn 5 personen opgeleid om FFT-behandelingen uit te voeren. Zij zijn werkzaam in de regio Den Bosch en kunnen in totaal (part-time) plm. 100 gezinnen op jaarbasis behandelen

In juni 2005 start een tweede team in de regio Bergen op Zoom met eveneens een capaciteit van 100 gezinnen op jaarbasis. Instroom van gezinnen vindt met name plaats vanuit de Jeugdreclassering / Bureau Jeugdzorg. Soms wordt het ingezet aan de 'achterdeur' van een JJI. Het gaat veelal om jongeren die vanuit strafrechtelijk kader deelnemen. Ook hier is de inschatting dat het bij 10% van de jongeren om ots-ers gaat (niet specifiek crisisplaatsingen). Dus momenteel gaat het 10 ots-jongeren op jaarbasis en vanaf juni 2005 om 20 jongeren op jaarbasis (niet specifiek ots-crisisplaatsingen). Vergoeding van de behandeling vindt plaats vanuit de AWBZ.

Groot Batelaar / Arnhem

Ook de ggz-instellingen Groot Batelaar is in 2004 bij de poliklinische afdeling gestart met FFT. Er zijn vier personen opgeleid tot FFT-therapeut. Gezamenlijk hebben ze een capaciteit van plm. 60 gezinnen op jaarbasis. De behandeling is AWBZ gefinancierd. Het grootste gedeelte van de doelgroep wordt behandeld in strafrechtelijk kader. Sommige jongeren worden in civielrechtelijk kader behandeld, en een enkeling vrijwillig. Er is een samenwerking opgestart met onder meer de justitiële jeugdinrichting De Hunnerberg in Nijmegen. Het plan is FFT als alternatief of na een korte crisisplaatsing met mogelijk ook andere justitiële instellingen aan te bieden. Dit plan staat nog in de kinderschoenen en moet nog verder worden uitgewerkt.

Rentray / Eefde

Bij de justitiële jeugdinrichting Rentray zijn in 2004 drie personen opgeleid om FFT-behandelingen uit te voeren. FFT wordt bekostigd vanuit de reguliere exploitatie. In totaal gaat het om 2 f.t.e.'s en kunnen op jaarbasis 60 gezinnen behandeld worden. De behandeling vindt zowel plaats binnen strafrechtelijk als vanuit civielrechtelijk kader en richt zich met name op voorbereiding van de thuisplaatsing. In die zin heeft FFT een opnameverkortende werking. Bij jongeren die civielrechtelijk zijn geplaatst, kan door middel van FFT doorplaatsing vanuit de opvang naar een gesloten behandelplaats voorkomen worden. De behandeling wordt geboden vanuit Lelystad, Rekken (lvg-jongeren) en Eefde en is 'bovenregionaal', omdat ook de jongeren bovenregionaal in Rentray worden geplaatst. Als gezinnen thuis bezocht moeten worden, is dit vanuit FFT mogelijk, hetgeen kan leiden tot veel reistijd. Rentray levert ook een bijdrage aan de verdere ontwikkeling van FFT middels een ESF-gefinancierd project waarbij de

methodiek wordt aangepast voor LVG-jongeren en zedendelinquenten. FFT vanuit Rentray richt zich niet specifiek op de ots-crisisplaatsingen. Wel zijn plannen in voorbereiding om, mogelijk vanuit Lelystad, in samenwerking met een GGZ-zorgaanbieder in de regio FFT specifiek voor deze doelgroep in te gaan zetten. Hiervoor zal AWBZ-financiering aangevraagd worden.

Verdere verspreiding

Serieuze belangstelling voor FFT is getoond vanuit twee andere organisaties (een jji en een MFO). De verwachting is dat meerdere organisaties het initiatief zullen nemen om FFT te starten. De Bascule stelt zich onder meer ten doel dat binnen Nederland op termijn een net van instellingen beschikbaar is dat Functionele Gezinstherapie aanbiedt.

Onderzoek naar FFT in Nederland

Er wordt een drietal onderzoeken naar FFT in Nederland uitgevoerd, te weten twee effectonderzoeken en een procesonderzoek.

In het eerste onderzoek wordt onderzocht of FFT recidive meer terugbrengt dan de alternatieve behandeling (oudertraining of 'care as usual'). Een experimentele groep (48 FFT-jongeren) wordt vergeleken met twee controle groepen (48 jongeren waarvan de ouders een training in opvoedingsvaardigheden volgen en 48 jongeren met 'care as usual'. Naast recidive wordt ook onderzocht of de FFT-gezinnen beter functioneren dan de gezinnen uit de beide controlegroepen. Ook wordt onderzocht wat de bijdrage is van de competenties van de behandelaars.

In het tweede onderzoek wordt onder meer onderzocht of de gezinsbehandeling en de dagbehandeling van de jongeren leidt tot vermindering van agressie van de jeugdige binnen het gezin, cq. tot verbeteren van het gezinsfactoren (steun/ communicatie, minder conflicten, beter opvoeden en meer supervisie) en onderlinge gezinsrelaties. Er wordt gewerkt met een controlegroep en de effecten van de behandeling na een follow-up periode van een half jaar en een jaar gemeten.

In het derde onderzoek (procesevaluatie) wordt de vraag gesteld of FFT in staat is het gezinsfunctioneren van jeugdige delinquenten met dagbehandeling te verbeteren. Zowel het gezinsfunctioneren wordt gemeten als de kwaliteit van de ouder-kind relatie. Hiervoor worden van dertig jongeren (en gezinnen) gegevens verzameld voorafgaand aan de behandeling, na de motivatiefase, na de gedragsveranderingsfase en na afloop van de gehele behandeling. Gekeken wordt naar uitvalpercentage, recidivecijfers, FFT-procesgegevens en psychiatrische problematiek bij jongeren en hun ouders.

Samenvattend

Op dit moment wordt FFT vanuit vier organisaties aangeboden. Bij de Bascule te Amsterdam vindt ongeveer 10% van de FFT-behandelingen plaats in het kader van een ots (plm. 15 gezinnen op jaarbasis). Ook bij de Viersprong is de inschatting dat het bij 10% van de behandelingen om ots-ers gaat (niet specifiek crisisplaatsingen).

Het aanbod vanuit Rentray is vooral opnameverkortend, waarbij ook civielrechtelijk geplaatste jongeren (niet specifiek crisisplaatsingen) van FFT gebruik kunnen maken. De totale capaciteit is 60 jongeren, een specifieke verdeling voor straf- en civielrechtelijk geplaatste jongeren is niet gemaakt. Vanuit Groot Batelaar wordt het FFT-aanbod vooral in strafrechtelijk kader ingezet. Over het algemeen kan gesteld worden dat FFT

op dit moment op beperkte schaal wordt ingezet voor ots-crisisjongeren en wel op twee manieren: als alternatief voor een opname én als module tijdens een opname.

3.5 Vergelijking van FFT en MST

MST en FFT hebben diverse gemeenschappelijke kenmerken. Beide interventies hebben een stevige theoretische basis, kunnen zich beroepen op goede resultaten, die gebaseerd zijn op goed opgezet onderzoek en in beide gevallen hanteert men een uitgebreid systeem van training en kwaliteitsbewaking. Er zijn echter ook enkele belangrijke verschillen.

Een inhoudelijk verschil betreft de focus van de behandeling. FFT richt zich vanuit een systeemtheoretische benadering op het versterken van de motivatie en op het begrijpen en veranderen van de disfunctionele gedragspatronen in het gezin. MST legt vanuit een ecologische benadering meer het accent op de 'fit' tussen het geïdentificeerde probleemgedrag en de factoren die hiermee in verband staan en probeert hierin verandering aan te brengen.

Andere kenmerkende verschillen hebben betrekking op de intensiteit: MST-therapeuten hebben plm. 2 tot 3 keer per week contact met het gezin, FFT-therapeuten 1 tot hooguit 2 keer. Daarnaast gaan MST therapeuten naar de gezinnen toe, en hebben daarnaast ook veel contact met de systemen van de gezinnen (school, buurt, vriendenkring). FFT wordt voor zover mogelijk op het bureau uitgevoerd. Bij MST wordt een 24-uurs bereikbaarheid geboden, bij FFT niet.

Vooraf deze laatste verschillen hebben te maken met het verschil in doelgroep waarop men zich richt. FFT richt zich op jongeren met gedragsproblemen, (mogelijk) dreigende uithuisplaatsing, terugkeer in de gezinssituatie na detentie (nazorg) en als behandelaanbod bij 'medium-risk' tot 'high-risk' criminaliteit. In alle gevallen is sprake van disfunctionerende gezinspatronen. MST richt zich met name op jongeren met ernstige gedragsproblemen, waarbij sprake is van gewelddadig en crimineel gedrag ('high-risk'). Het ouderlijk functioneren is ernstig verzwakt en de problematiek strekt zich – anders dan bij FFT - uit over meerdere domeinen.

MST is in vergelijking met FFT ongeveer twee keer zo duur. Een MST-team van 4 therapeuten en een supervisor kan op jaarbasis 50 gezinnen behandelen. Een FFT-team van 4 therapeuten en een supervisor behandelt per jaar 100 gezinnen.

Zowel in de Verenigde Staten als in Nederland worden MST en FFT onderscheiden als vormen van 'stepped care'. Eerst wordt nagegaan of FFT mogelijk is. Als de inschatting is dat de problematiek te ernstig en complex is en zich ook moet richten op het sociaal netwerk en school, wordt niet FFT maar MST ingezet.

3.6 Conclusie MST en FFT

Met MST en FFT kan adequate hulp geboden worden voor jongeren die gezien hun hulpvragen een intensieve behandeling in de thuissituatie nodig hebben en nu op civielrechtelijke titel in een opvanginrichting worden geplaatst. Voor deze subgroep kunnen FFT en MST dienen als *alternatief* voor een verblijf in een residentiële setting. Daarbij geldt dat beide interventies gezien kunnen worden als vormen van *stepped care*, waarbij - afhankelijk van de hulpvraag – eerst wordt nagegaan of FFT (als lichtere en

minder intensieve vorm – mogelijk is. Is intensievere hulp nodig, gericht op meer systemen tegelijkertijd, dan is MST aan de orde.

Naast de toepassing als 'zelfstandige interventie', kan FFT ook goed ingezet worden als onderdeel van een residentiële behandeling. In hoofdstuk 2 werd geconcludeerd dat gezinsbehandeling een wezenlijk onderdeel dient te zijn van een residentiële behandeling. We zagen in hoofdstuk 2 dat er bij ruim de helft van de jongeren behoefte is aan verbetering van de relaties met en binnen het gezin. FFT zou hier heel goed toegepast kunnen worden.

De inzet van MST en FFT leiden tot een forse kostenbesparing in vergelijking met een plaatsing in de opvanginrichting. Een globale kostenraming leert dat MST ongeveer een derde kost van een plaatsing in een justitiële jeugdinstelling (zie voor een uitgebreide berekening Berger & Boendermaker, 2003). Vanuit de berekening dat een FFT-behandeling ongeveer de helft kost van een MST-behandeling (zie par. 3.6) kan aangenomen worden dat de kostenbesparing van FFT ten opzichte van een jji nog groter is.

MST en FFT leiden tot een aanzienlijke verbetering van het functioneren van het gezin en mede daardoor tot een belangrijke recidivereductie ten opzichte van jongeren die een reguliere behandeling ondergaan. Beide programma's zijn gebaseerd op een aantal algemeen en specifiek werkzame factoren. Zowel voor MST als voor FFT is veel belangstelling in het veld, zowel bij jji's als bij uitvoerende (GGZ-)organisaties en dan met name bij de jeugdforensische poliklinieken.

De twee organisaties die nu MST aanbieden, doen dit in nauwe samenwerking met een justitiële jeugdinstelling, doorgaans wordt het verblijf in de instelling als time-out gezien die nodig is om MST 'op de rails te zetten' in het gezin. Tot nu toe wordt MST vooral toegepast bij jongeren met op basis van een straf of strafrechtelijke maatregel in de justitiële jeugdinstelling verblijven.

Ook bij de huidige vier FFT-projecten vinden de meeste behandelingen plaats in strafrechtelijk kader. Er zijn wel plannen om FFT ook meer gericht in te gaan zetten voor ots-jongeren die nu in de opvanginstellingen zijn geplaatst. Het plan is ook bij FFT indien nodig eerst een korte time-out plaatsing te realiseren en FFT dus in te zetten ná een korte crisisinterventie.

Op dit moment is MST slechts in vier en FFT in vijf regio's beschikbaar. Vanwege de toepasbaarheid van FFT en MST voor ots-jongeren die anders langdurig in een opvanginstelling worden geplaatst is het van belang dat beide behandelvormen in alle provincies en grote steden in Nederland beschikbaar komen en zich specifiek op deze doelgroep gaan richten.

Mogelijkheden voor verbreding van MST en FFT

In de eerdergenoemde NIZW-notitie is voorgesteld een innovatieprogramma rondom de ontwikkeling en implementatie van MST in Nederland te starten met als doel het ontwikkelen van het Nederlandse MST-model, het opzetten van pilot-projecten, waarbij de effecten van de hulp worden vastgesteld met behulp van proces- en effectonderzoek, en het implementeren van het programma in Nederland op bredere schaal. Dit voorstel biedt nog steeds aanknopingspunten voor het realiseren van een bredere inzet van MST.

Voor de verspreiding van FFT in Nederland is op dit moment al een bescheiden structuur aanwezig. Voor een grootschalige verspreiding schiet deze structuur echter tekort. Om de eerder genoemde verbreding te realiseren zijn dan ook de volgende activiteiten nodig:

1. Stimuleren van nieuwe MST en FFT-projecten in andere grote steden en provincies, waarbij deze zich in nauwe samenwerking met een jji richten op ots-ers die op dit moment in een opvanginrichting worden geplaatst.
2. Nagaan hoe de uitvoering van de FFT- en MST-zorg kan worden bekostigd. De huidige MST-projecten worden op basis van de AWBZ gefinancierd, maar MST blijkt niet goed te passen binnen de huidige verrichtingsystematiek van de AWBZ.
3. Het opleiden van Nederlandse *system-supervisors*, waarmee Nederland een *MST-networkpartner* kan worden. De opleiding van MST-therapeuten in deze nieuwe regio's zal in elke geval de komende twee jaar nog plaats moeten vinden vanuit MST-services. Op termijn kan de opleiding en training in Nederland dan zelf ter hand kan worden genomen. Het ligt voor de hand om eerst na te gaan of deze *system-supervisor* gevonden kunnen worden bij de Waag en De Viersprong. Deze *system-supervisors* zouden moeten worden ondergebracht bij een Nederlands MST-steunpunt, van waaruit de training en consultatie aan nieuwe MST-teams plaats kan vinden. In overleg met de huidige veldpartijen en landelijke partners moet worden nagegaan waar dit het beste kan worden gepositioneerd.
4. Inrichten of versterken van een Nederlands FFT-steunpunt, van waaruit bredere invoering van FFT in Nederland kan worden gestimuleerd en ondersteund en de opleiding kan plaatsvinden. Dit kan bijvoorbeeld door het versterken en uitbreiden van de activiteiten van de Bascule. Voor sommige zorgaanbieders vormen de hoge opleidingskosten een drempel om FFT in het aanbod op te nemen. Het (deels) bekostigen van deze opleiding vanuit VWS en/of Justitie zal zeker faciliterend werken.
5. Vertalen en bewerken van het Amerikaanse MST- en FFT-materiaal zodat een Nederlandse versie van MST en FFT kan worden ontwikkeld. Op basis hiervan kan een methodiekbeschrijving tot stand komen die als basis dient voor de Nederlandse opleiding en supervisie.
6. Stimuleren van een landelijk netwerk voor MST en/of FFT waarin deskundigheid vanuit de huidige FFT en MST-locaties kan worden uitgewisseld en vastgelegd. Dit leidt tot kennisvermeerdering wat zowel de huidige als de nieuwe MST- en FFT locaties ten goede kan komen. Hiermee wordt voorkomen dat iedere locatie voor zichzelf het wiel opnieuw uit moet vinden.
7. Stimuleren en in gang zetten van evaluatieonderzoek naar FFT en MST in Nederland. Hiertoe zijn door verschillende instanties al initiatieven genomen. Het is raadzaam zowel procesonderzoek als effectonderzoek te verrichten. In een procesonderzoek kan de doelgroep in kaart gebracht worden, evenals de *treatment integrity*, de doelrealisatie en de kosteneffectiviteit. Dit onderzoek kan parallel lopen aan het implementatietraject van FFT en MST. In het effectonderzoek wordt expliciet gekeken naar het effect van de FFT of MST-behandeling op de verschillende locaties en in vergelijking met de reguliere aanpak in ons land voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen.

4 Crisisinterventie

T. Wormgoor en L. Boendermaker

In dit hoofdstuk komt de derde subgroep aan de orde die uit 21% van de crisisplaatsingen bestaat. In ons eerdere onderzoek naar de crisisplaatsingen is voor deze groep geconcludeerd dat er onvoldoende informatie bij aanmelding beschikbaar is om goed te kunnen inschatten wát er precies aan de hand is en wat er moet gebeuren. De conclusie was daarom dat er nadere diagnostiek nodig is voor deze groep. Nemen we daarbij de jongeren die een korte time-out nodig hebben alvorens de intensieve gezinsinterventie van start kan gaan (hoofdstuk 3), dan is er een groep van zo'n 41% van de crisisplaatsingen voor wie er behoefte is aan crisisinterventie (time-out en diagnostiek).

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst kort de problematiek en de hulpvragen van de jongeren bij wie behoefte is aan nadere diagnostiek (4.1). De time-out groep is geen specifieke subgroep binnen de groep die in hoofdstuk 3 al is beschreven en komt hier dan ook verder niet aan de orde.

In 4.2. komt de werkwijze voor dit deel van het onderzoek aan de orde. Daarna beschrijven we de uitkomsten van onze literatuursearch en de korte inventarisatie van crisisinterventie voor jeugdigen in ons land (4.3. en 4.4). In de laatste paragraaf bespreken we wat er nodig is op het terrein van crisisinterventie.

4.1 Problematiek en hulpvragen

Er zijn veel overeenkomsten tussen de jongeren in deze groep en de beide voorgaande subgroepen. De groepen verschillen niet significant van elkaar in leeftijd, het aantal jongens of meisjes of etnische achtergrond en het gaat ook in deze groep om jongeren met ernstige gedragsstoornissen en psychische problemen. In tabel 5 op pagina 60 zijn de belangrijkste kenmerken van deze groep opgenomen. Op welke punten zijn er wel verschillen?

De jongeren in deze hulpvraagcategorie wonen bij aanmelding, net als de groep die in hoofdstuk 3 besproken is, vaker thuis en minder in een residentiële setting. In deze groep is er net als binnen de hele steekproef sprake van gedragsstoornissen, maar het oppositioneel-opstandige gedrag staat beduidend minder op de voorgrond dan in de beide groepen die we hiervoor bespraken en er is ook in wat meer gevallen sprake van het plegen van delicten.

Daarentegen is er juist bij deze groep in meer gevallen sprake van zelfverwonding of jongeren die suïcidepogingen achter de rug hebben. Het zijn vooral deze problemen die maken dat geconcludeerd is dat er nader onderzoek nodig is. In diverse zaken wordt dan ook gesteld dat er een 'accurate diagnose' nodig is. In deze groep bevinden zich ook relatief veel jongeren waarbij - op onderdelen - weinig informatie beschikbaar was in het dossier.

Dit is de reden dat bij alle 23 jongeren een tijdelijke plaatsing buiten het gezin nodig wordt geacht, vooral ten behoeve van diagnostiek, maar ook om te bekijken wat er

moet gebeuren en wat de beste verblijfplaats is (tabel 6, pagina 61). In vier gevallen is er op het ingevulde formulier terug te vinden dat de tijdelijke verblijfplaats in een gesloten setting moet zijn, omdat de jongere in kwestie al diverse malen weggelopen is. Net als in het vorige hoofdstuk, geldt ook hier dat er meer dan vier jongeren zijn waarbij eerder weggeloopt gedrag als probleem genoteerd is. Ook hier lijkt ons de conclusie gerechtvaardigd dat in een deel van de gevallen de crisisinterventie in een gesloten setting moet plaats vinden.

Tabel 5. Karakteristieken hulpvraagcategorie 3 (N=23)

<i>Geslacht</i>	%	%	<i>Etniciteit</i>	%	%	<i>Aard eerdere hulp</i>	%	%
Vrouw	51	44	Nederland	63	65	Geen eerdere hulp	6	9
Man	49	57	Overig westers	7	4	Alleen ambulante	8	17
	100	100	Nederlandse Antillen	3	-	Alleen 24-uurs zorg	11	4
			Suriname	6	9	Ambulant en daghulp	4	4
			Turkije	5	4	Ambulant en 24-uurs zorg	37	26
<i>Leeftijd</i>	%	%	Marokko	5	9	Daghulp en 24-uurs zorg	1	-
11 jaar	2	-	Overig niet-westers	12	9	Pleegzorg en 24-uurs zorg	6	13
12 jaar	6	-		100	100.0	Ambulant, daghulp en 24-uurs zorg	1	-
13 jaar	6	17				Ambulant, pleegzorg en 24-uurs	6	4
14 jaar	22	13				Ambulant, 24-uurs zorg en anders	3	4
15 jaar	31	35	<i>Jongere woont</i>	%	%	Geen informatie	16	17
16 jaar	26	26	In gezin met één ouder	24	30		100	100
17 jaar	9	9	In gezin met beide ouders	11	-			
	100	100	In gezinssituatie anders	13	22			
			In residentiële instelling	20	9	<i>Aard problematiek</i>	%	%
			Zelfstandig/anders	5	4	Antisociaal gedrag (kenmerken of diagnose)	56	52
<i>School/niveau</i>	%	%	Dakloos	21	22	ODD (kenmerken of diagnose)	64	39
Geen school	42	39	Geen informatie	6	13	Agressief gedrag	56	44
Spijbelt	31	22		100	100	Delicten gepleegd	45	52
LVG	19	13				ADHD (kenmerken of diagnose)	18	22
	-	-				Seksueel overschrijdend gedrag	17	26
			<i>Gezin</i>	%	%	Prostitutie (feit of vermoeden)	17	22
			Slechte relatie met moeder	38	26	Risicovol middelengebruik	39	26
<i>Mishandeling</i>	%	%	Slechte relatie met vader	26	13	Depressieve klachten	36	22
Ja	21	22	Relatie ouders slecht	18	9	Zelfverwonding/suicidepoging	26	35
			Ernstige ruzies in gezin	15	-	Andere psychische stoornissen of klachten	17	9
			Geweld binnen gezin	14	4	Weglopen van huis/verblijfplaats	49	52
			Ouders overbelast	53	61	Start problemen 3-5 jaar	10	4
			Ouders betrokken	19	22	Start problemen 6-11 jaar	19	9
				-	-		-	-

Gezins- en sociale relaties

In een deel van de gevallen was er bij aanmelding weinig informatie beschikbaar op dit terrein. Bij degenen waar wel voldoende informatie was en waarbij (dus) een hulpvraag geformuleerd kon worden, zijn dezelfde drie hulpvragen aan de orde als in de beide voorgaande groepen: behoefte aan het vergroten van de opvoedingsvaardigheden bij de ouders, het verbeteren van de onderlinge relaties binnen het gezin en het vergroten of veranderen van het sociaal netwerk van de jongere (zie tabel 6).

Gedrag en psychische problemen

De hulpvragen rond gedrag betreffen ook hier voornamelijk het leren reguleren van agressie en het leren van sociale vaardigheden. Behoefte aan het leren accepteren van gezag wordt minder genoemd. Enerzijds is dit te verklaren doordat oppositioneel-opstandig gedrag in deze groep minder aan de orde is. Anderzijds kan dit ook komen, doordat er op diverse onderdelen maar beperkt informatie beschikbaar is. Wat in deze groep ineens wel veel genoemd wordt is de 'behoefte aan inzicht in het gedrag' (43%). Dit komt overeen met de behoefte om nader onderzoek te doen bij deze groep.

Tot slot

Net als in de andere hoofdstukken, gaat het in deze subgroep om jongeren met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen. Bij deze groep is er echter op diverse onderdelen minder informatie beschikbaar, hetgeen in combinatie met de ernst van automutilatie en het aantal jongeren dat een suïcidepoging achter de rug heeft, maakt dat nader onderzoek nodig geacht wordt.

Tabel 6: Overzicht van de belangrijkste hulpvragen en het aantal maal dat zij in deze hulpvraagcategorie geformuleerd zijn (N=23).

<i>Belangrijkste hulpvragen per leefgebied</i>	<i>Aantal maal genoemd</i>	<i>%</i>
Behoefte aan een tijdelijke verblijfplaats buiten het gezin	23	100
Behoefte aan het verbeteren van opvoedingsvaardigheden van de ouders	10	43
Behoefte aan het verbeteren/herstellen van de relatie tussen jongere en ouders, gezin, sociale omgeving en soms ouders onderling	10	43
Behoefte aan versterking/verandering van het sociaal netwerk van de jongere	6	26
Behoefte aan het leren reguleren van gedrag / agressie of behoefte aan het leren van maatschappelijk aanvaardbaar gedrag / stoppen met plegen van delicten (bij de jongere)	17	74
Behoefte aan het leren van sociale vaardigheden	6	23
Behoefte aan het leren accepteren van gezag	4	17
Behoefte aan behandeling van psychische problemen	9	39
Behoefte aan accurate diagnose	6	26
Behoefte aan vermindering druggebruik / leren verantwoord druggebruik	4	17
Behoefte aan een passende dagbesteding (school of werk)	12	52

4.2 Werkwijze

We zijn in dit rapport op zoek naar interventies waarvan we weten dat ze werken bij jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen. In dit hoofdstuk gaat het ons om een zoektocht naar vormen van crisisinterventie, waarmee jongeren die een korte time-out nodig hebben (zie hoofdstuk 3) óf bij wie diagnostiek nodig is (dit hoofdstuk), adequaat geholpen kunnen worden.

We hebben in het bestand van de Mulock Houwer Bibliotheek en in PsychInfo gezocht naar literatuur over effectieve interventies bij crisisinterventie. Daarbij hebben we vooral gezocht naar wat er bekend is over crisisinterventie binnen een residentiële setting.²¹

Daarna is nog aanvullend gezocht via bekende zoekmachines op internet. Onze zoektocht leverde weinig op. We vonden literatuur over verschillende ambulante vormen van crisisinterventie, maar geen titels over crisisinterventie binnen een residentiële setting, noch over crisisinterventie voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen en psychische stoornissen. Wel vonden we één titel over het effect van een programma voor relatief kortdurende residentiële behandeling (drie maanden). Naast de zoektocht in de literatuur, is geïnventariseerd wat voor aanpak er op dit moment zoal gehanteerd wordt in de crisisopvang voor jongeren.

4.3 Kortdurende residentiële interventies

In hoofdstuk 2 is uitgebreid ingegaan op de uitgangspunten die aan de orde zijn bij residentiële zorg voor gedragsgestoorde jeugdigen met psychische problemen. Diezelfde (specifieke én non-specifieke) uitgangspunten zijn van belang bij een (kortdurende) residentiële interventie waar crisisinterventie geboden wordt. We zullen ze hier niet allemaal herhalen. Enkele onderdelen vinden we voor deze paragraaf wel van belang. Zo zal er bij crisisinterventie in een residentiële setting minder nadruk liggen op het aanleren van nieuwe vaardigheden bij jongeren en ouders. Het bieden van een time-out voordat een intensieve gezinsbehandeling van start kan gaan en het verrichten van diagnostiek om te bepalen wat er aan de hand is en welke zorg er nodig is, kan gezien worden als een stap die vooraf gaat de residentiële behandeling die we in hoofdstuk 2 beschreven of de intensieve gezinsbehandeling die in hoofdstuk 3 aan de orde kwam. Toch is ook in dat geval een gedragstherapeutische aanpak van belang. Uit de beschrijving van de groep in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk blijkt dat het om een relatief groot aantal meisjes gaat met ernstige vormen van automutilatie en jongeren die dreigen met suïcide. Uit hoofdstuk 2 weten we dat het van groot belang is om bij dit type problemen, als team als één geheel te opereren en te voorkomen dat teamleden tegen elkaar uitgespeeld worden. Ook werd duidelijk dat het voor een goede omgang met deze problematiek, noodzakelijk is om met personeel te werken dat geschoold is in gedragstherapie. Bij zelfbeschadiging is het extra noodzakelijk dat niet-beschadigend gedrag systematisch bekrachtigd wordt. Om een veilige situatie te kunnen bieden en het gedrag te kunnen hanteren, is dus - ook binnen een module crisisinterventie - voor deze groep een gedragstherapeutische aanpak nodig, met de daarbij behorende faciliteiten voor opleiding, supervisie en coaching.

²¹ In PsychInfo is gezocht met combinaties van de zoekwoorden: crisisintervention, time-out, residential care, crisis, short term residential treatment, residential youth care, youth, program evaluation, behavior problems, efficacy, effectiveness, residential treatment.

In het artikel dat we vonden over korte residentiële behandeling, wordt een overzicht gegeven van de schaarse effectstudies naar korte residentiële programma's (Leichtman, Leichtman, Cornsweet Barber & Toddneese, 2002). De auteurs behandelen een deel van de literatuur die wij gebruikt hebben voor hoofdstuk 2 en komen tot dezelfde conclusie. Wil men resultaat behalen bij jongeren met ernstige gedragsproblemen binnen een residentiële setting dan zijn van belang: een aanpak gericht op het leren van nieuwe vaardigheden, gezinsinterventies in diverse soorten en maten en uitgebreide nazorg. Vervolgens beschrijven de auteurs een intensief programma voor kortdurende residentiële behandeling (drie maanden) voor een groep jongeren die overeenkomt met de crisisgeplaatste groep in ons onderzoek. De opzet van dit programma was noodzakelijk vanwege ingrijpende veranderingen in de financiering van de zorg in de Verenigde Staten. Het vernieuwende in het programma ten opzichte van de oude situatie was, dat er veel meer met het gezin gewerkt werd en minder met de jongere alleen en dat er veel meer aandacht werd besteed aan de overgang van 'tehuis naar thuis' dan voorheen.

Inze conclusie is dan ook dat ondanks het andere doel van residentiële *crisis*interventie, de uitgangspunten dat er een gedragstherapeutische aanpak nodig is, evenals interventies in het gezin, ook bij crisisinterventie van belang.

4.4 Methodieken voor crisisinterventie in ons land

Er zijn in ons land zo'n 500 plaatsen voor crisisopvang binnen de jeugdhulpverlening. In de jaren 1995 tot 2000 is het aantal bedden voor crisisopvang min of meer gelijk gebleven, terwijl het aantal opgevangen jeugdigen bijna is verdubbeld. De duur van het verblijf nam dus af, waarbij wellicht een rol heeft gespeeld dat er diverse ambulante vormen van crisisinterventie zijn ontstaan. Zo is er in enkele grote steden een ambulante crisisteam dat zich specifiek richt op jeugd. Zo'n team biedt direct hulp in het gezin en als er een crisisbed nodig is, dan wordt dat – voor korte tijd - in de nabije omgeving gezocht. Op die manier kan er intensieve hulp geboden worden aan ouders én kind(eren).

Uit de Nederlandse literatuur die we rond het thema crisisinterventie vonden, komen drie aanpakken naar voren die in ons land gebruikt worden in crisissituaties. Allereerst Families First (FF). Families First (FF) is sinds 1999 op veel plaatsen in ons land beschikbaar²² en biedt intensieve crisisinterventie in het gezin bij dreigende uithuisplaatsing van één van de kinderen. Het doel is de uithuisplaatsing te voorkomen en te zorgen dat het gezin weer zelf verder kan, zónder intensieve begeleiding (Veerman, 2003).

Een andere interventie die ook bij crisissituaties gebruikt wordt, is Nieuwe Perspectieven. Jongeren die deelnemen aan Nieuwe Perspectieven worden intensief begeleid. Het doel is verbetering tot stand te brengen in het contact tussen gezinsleden, de jongere weer deel te laten nemen aan onderwijs en een positieve manier van het besteden van vrije tijd tot stand te brengen. De interventie duurt ongeveer 12 weken en kan intensief zijn omdat een medewerker maximaal vier jongeren tegelijk 'heeft'. Veel jongens die door

²² Daarvoor was er sprake van een experimentele periode, waarin Families First bij vijf pilot locaties van start ging.

medewerkers van Nieuwe Perspectieven begeleid worden, hebben geen vaste verblijfplaats. Nieuwe Perspectieven heeft geen 'bedden', maar gaat aan de slag om weer een verblijfsplaats (gezin of familie) te bewerkstelligen (Geldrop, 2004). De derde aanpak is niet specifiek bedoeld voor het ingrijpen in crisissituaties. Het gaat om de zgn. Eigen-kracht conferenties. Dit zijn bijeenkomsten die georganiseerd worden op het moment dat er een ingrijpende beslissing over een kind genomen moet worden (uithuisplaatsing kan daarbij horen). Vaak omdat de veiligheid of de ontwikkeling van het kind gevaar loopt. De Eigen-kracht conferentie is geen interventie, maar een besluitvormingsmodel dat toegepast wordt bij lastige 'gevallen', en waarmee het hele sociale netwerk van een gezin bij de situatie betrokken wordt. Uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor het oplossen van het probleem bij de cliënt ligt en niet bij de hulpverlenende instanties. De rol van hulpverleners bestaat uit het geven van uitleg over situatie die ontstaan is en waarom die situatie een probleem is (gevonden wordt). Als de conferentie wordt toegepast bij jeugdigen die onder toezicht staan, dan schetst de gezinsvoogd de situatie en benoemt de bedreigingen en de voorwaarden waaraan het plan van de familie moet voldoen om een acceptabele oplossing te zijn. De familie bespreekt vervolgens zónder hulpverleners erbij, wat er gedaan moet worden om het probleem op te lossen. Het plan waar de familie uiteindelijk mee komt moet in dat geval ook expliciet door de gezinsvoogd worden goedgekeurd (Van Beek, 2003). Hoewel de Eigen-kracht conferentie geen interventie is, is het voorstelbaar dat de methode als onderdeel van een crisisinterventie ingezet wordt. Om op die manier de familie bij het zoeken naar een oplossing te betrekken.

Inventarisatie methoden voor crisisinterventie in Nederland

De hierboven beschreven interventies zijn ambulante interventies. Om een beeld te krijgen van de aanpak die in de crisisopvangcentra binnen de jeugdzorg gehanteerd worden, is een korte inventariserende ronde verricht onder vertegenwoordigers van (residentiële) crisisopvangcentra.²³

In de niet-justitiële crisisopvangcentra is veelal sprake van crisisopvanggroepen van acht of negen jongeren, vaak jongens en meisjes door elkaar. Het opheffen van de crisis staat centraal in de aanpak. Daartoe worden veel gesprekken gevoerd: met de jongere, de ouders en eventuele andere belangrijke personen voor het gezin in kwestie. Veelal streeft men ernaar om binnen vier weken een jongere weer naar huis te laten terugkeren. Bij een deel van de jongeren is vervolghulp nodig, het blijkt dan niet mogelijk om de situatie met de mogelijkheden die de crisisopvangcentra hebben, te veranderen. Dergelijke jongeren wachten dan in de crisisopvang tot er een plek elders is. Opvallend is dat er bij alle instellingen waarmee gesproken is, plannen zijn om de werkwijze in de crisisopvangcentra ingrijpend te gaan veranderen. Daarmee wil men een meer gezinsgerichte werkwijze realiseren, en de omslag maken van uitsluitend opvang (een verblijfplaats bieden) naar interventie (gericht op analyse en/of verandering van de situatie). Hieronder vatten we puntsgewijs samen welke veranderingen op dit moment binnen de crisisopvang plaatsvinden. We pretenderen geen volledigheid met deze opsomming. Niet alle zorgaanbieders in het land zijn geraadpleegd en de veranderingen waarover de informanten hebben verteld zijn in de meeste gevallen nog niet vastgelegd of volledig uitgewerkt: zij staan op stapel.

²³ Voor de organisaties waarvan vertegenwoordigers gesproken zijn verwijzen we naar bijlage 1.

Meer gezinsgerichtheid wordt nagestreefd door:

- Vooraf of tijdens de opvang een 'Eigen-kracht conferentie' te organiseren.
- Het plaatsingsgesprek altijd een gezinsgesprek te laten zijn.
- Individuele diagnostiek te vervangen door, of aan te vullen met, gezinsdiagnostiek.
- Actief op zoek te gaan naar steunende elementen in de eigen omgeving van de jongere (verkenning van het sociaal netwerk).
- Combinaties aan te bieden van ambulante crisisinterventie, met de mogelijkheid gebruik te maken van een 'bed' (24-uurs verblijf in de crisisopvang). Doorgaans kan het verblijf dan kort zijn.
- Advies aan het gezin als één van de doelen van de crisisinterventie te zien.
- Methodieken en instrumenten van Families First in te zetten om terugplaatsing naar het gezin te bewerkstelligen.
- Tijdens de crisisopname gezinsbehandeling te starten of met een ouder alleen te werken (de hulp geven die nodig is aan één of meer gezinsleden of het hele gezin).

Versterking van het karakter van interventie wordt nagestreefd door:

- Doelgericht te werken.
- Diagnostiek tijdens de crisisopname snel en zo nodig multidisciplinair en/of intersectoraal te (doen) verrichten.
- Tijdens de crisisopname gericht te zijn op het aanleren van de meest belangrijke vaardigheden die de jongere ontbeert.
- Oog te hebben voor hulpvragen buiten het terrein van de jeugdzorg en indien nodig, nog tijdens de crisisopname zorg vanuit anders sectoren (jeugd ggz, lvg-sector, onderwijs) in te schakelen of er gericht naar door te verwijzen.
- Meer methodisch te werken. Meestal wordt hierbij bedoeld op gericht werken aan het versterken van competenties van jongeren aan de hand van het zgn. competentiemodel. Kort gezegd wordt in dit model het geven van systematische positieve feedback gebruikt om jeugdigen nieuwe vaardigheden te leren en hen voldoende competent te maken om een normale ontwikkeling te kunnen doormaken (Slot & Spanjaard, 1999).

In de telefonische inventarisatieronde wordt door de gesprekspartners de verwachting uitgesproken dat door de crisisopvang binnen de reguliere jeugdzorg te versterken, voor een deel voorkomen kan worden dat jongeren in een crisissituatie geplaatst worden in de justitiële opvanginrichtingen. Nu kan men jongeren met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen niet aan. Wel is er dringend behoefte aan een vervolg op het verblijf in de crisisopvang. Niet alles kan met ambulante hulp opgelost worden, zo stellen diverse gesprekspartners. Ook doorstroming naar een residentiële setting zou mogelijk moeten zijn.

Nieuwe initiatieven specifiek voor crisisgeplaatste ots-ers in de opvanginrichtingen

De afgelopen maanden hebben diverse zorgaanbieders het initiatief genomen om hun zorgaanbod beter in te richten voor de onder toezicht gestelde jongeren met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen, die onderwerp van dit rapport zijn. Het gaat om de volgende initiatieven, die gezamenlijk de 'initiatiefgroep ots-ers' vormen:²⁴

²⁴ Deze informatie is gebaseerd op drie notities van Adviesbureau van Montfoort, geschreven in

1. Voor Noord-Holland en het ROA-gebied; De Koppeling: SaC-Amsterdam jeugdzorg (incl. de justitiële opvanginrichting het JOC), de Bascule (o.a. forensische jeugd-ggz), Altra jeugdzorg en Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam.
2. Voor de provincie Zuid-Holland: Programma Horizon-Harreveld: Horizon, Harreveld, Bureaus Jeugdzorg Zuid-Holland, Rotterdam en Den Haag. Over deelname van De Jutters is overleg gaande.
3. Voor Noord-Brabant: Paljas Plus: Tender, BJ Brabant, Den Hey Acker. Ook de Viersprong (forensische jeugd-ggz) is betrokken.

Het bieden van gesloten opvang mét crisisinterventie, screening en diagnostiek is onderdeel van de plannen die de initiatiefgroep aan het uitwerken is. De initiatiefnemers stellen zich voor dat het gesloten verblijf maximaal drie maanden duurt en dat die tijd gebruikt wordt om de directe crisissituatie te bezweren, een (nadere) diagnose en indicatie te stellen en een start te maken met de behandeling. Men denkt dit te kunnen bereiken door:

- De jongere zo snel mogelijk te bespreken in een screeningsoverleg waaraan wordt deelgenomen door gedragsdeskundigen van bureau jeugdzorg, een justitiële jeugdinrichting, de jeugd-ggz, de jeugdhulpverlening en de lvg-sector. Doel van het overleg is om tot een gezamenlijk oordeel over de situatie te komen, waarbij de doelen van de hulp worden vastgesteld en afgesproken wordt door wie, welk behandelaanbod wordt ingezet om de doelen te bereiken. Waar nodig wordt eerst aanvullende diagnostiek uitgevoerd.
- Het gezinssysteem van meet af aan te behandelen als de eigenlijke 'probleemhouder'. Dit betekent dat het streven er op gericht zal zijn dat de plannen die gemaakt worden zo veel mogelijk plannen van het gezin zelf zijn, gebaseerd op een gedeelde analyse van de situatie en de mogelijkheden van alle partijen om de situatie te verbeteren. Om dit in de praktijk te realiseren kunnen bestaande methoden of interventies ingezet worden, zoals de Eigen-kracht conferentie. Als het mogelijk is om rechtstreeks uit de gesloten opvang weer naar huis terug te keren, kan dit voorbereid worden door de inzet van FFT.
- De gesloten crisisinterventie een eerste fase te laten zijn in een langer durend traject van behandeling, dat een vervolg krijgt in een besloten (en daarna: open) residentiële setting, intersectoraal van opzet en specifiek bedoeld voor de doelgroep die in dit rapport aan de orde is.

4.5 Conclusie crisisinterventie

In dit hoofdstuk hebben we kort een beeld geschetst van de problemen en hulpvragen van de groep voor wie er behoefte is aan nadere diagnostiek. We zagen dat in deze groep oppositioneel-opstandig gedrag beduidend minder op de voorgrond staat dan in de beide eerder beschreven groepen. Wel is er ook in deze groep sprake van forse gedragsproblemen. Internaliserende psychische problemen (waaronder zelfbeschadiging en suïcidepogingen, maar ook kenmerken van psychische stoornissen in engere zin) zijn bij deze groep meer aan de orde. Het zijn juist deze stoornissen die maken dat er behoefte is aan nadere diagnostiek.

opdracht van de initiatiefgroep ots-ers, De Koppeling en de initiatiefnemers van Paljas Plus (zie de literatuurlijst).

In hoofdstuk 3 kwam de groep aan de orde waar een intensieve gezinsinterventie nodig is. Bij een deel van deze jongeren zou de gezinsinterventie vooraf moeten gaan door een korte time-out waarin de gezinsbehandeling voorbereid kan worden. In deze groep is minder sprake van internaliserende psychische problemen, maar staat het oppositioneel-opstandige gedrag weer meer op de voorgrond. Rond de 20% van beide groepen bestaat uit jongeren met een lichte verstandelijke handicap.

Gezien deze kenmerken kunnen we stellen dat de residentiële crisisinterventie (time-out en diagnostiek) dient te voldoen aan de uitgangspunten die we in hoofdstuk 2 hebben geformuleerd. Er zal dus óók als het gaat om crisisinterventie gewerkt moeten worden met een gedragstherapeutische aanpak in combinatie met gezinsinterventies, met technieken voor het ontwikkelen van motivatie, met kleine leefgroepen en aandacht besteed moeten worden aan de *treatment integrity*.

Omdat het hier gaat om crisisinterventie zal direct bij opname multidisciplinaire diagnostiek verricht moeten worden, gevolgd door een plan voor de aanpak van de problemen. Inbreng en invloed van het gezin en de familie vanaf het begin is daarbij van groot belang voor slagen van de aanpak. Technieken als Family Group Conferencing zouden hierbij een rol kunnen spelen.

De combinatie van gedragsstoornissen met internaliserende psychische problemen maakt het noodzakelijk dat er sprake is van een intersectorale opzet van zorgaanbod én van het personeelsbestand. Vanwege ernstige vormen van automutilatie en suïcidepogingen binnen de doelgroep is specifieke deskundigheid op dit punt noodzakelijk om de veiligheid van de opgenomen jongeren voldoende te kunnen garanderen.

Op basis van de informatie uit dit hoofdstuk kunnen we stellen dat in de 'reguliere' crisisopvang voorzichtig begonnen wordt met de inhoudelijke versterking van het aanbod. Verdere versterking op dit punt is dringend noodzakelijk. Nu kan men in de reguliere crisisopvang de groep die we in dit hoofdstuk beschreven niet aan. Wanneer de voorgenomen verbeteringen inderdaad worden doorgevoerd zal waarschijnlijk een deel van de groep die nu in de justitiële opvang terecht komt, ondervangen kunnen worden. Crisisinterventie specifiek voor moeilijkste groep met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen blijft echter noodzakelijk. De beschreven initiatieven van de in Noord-Holland, Zuid-Holland en Noord-Brabant zijn daarom waardevol. Crisisinterventie is daarin duidelijk als start van een traject gepositioneerd. Juist vanwege deze positionering is het de vraag of bedden voor crisisinterventie niet ondergebracht kunnen worden bij de nieuwe residentiële setting die voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen nodig is en waarvoor in hoofdstuk 2 de uitgangspunten hebben geschetst. Als er gewerkt wordt met kleine leefgroepen (4-6 jongeren) en de zorgaanbieder daadwerkelijk een intensief aanbod weet te realiseren zoals bedoeld in hoofdstuk 2, dan kan de crisisinterventie – als start - daar onderdeel van uitmaken. Niet alle jongeren hoeven dan door te stromen binnen de 'eigen' residentiele setting, ook voorbereiding voor MST hoort dan tot hun taak.

Om hoeveel plaatsen voor crisisinterventie gaat het? We zagen dat er bij 21% van de crisisgeplaatste groep nadere diagnostiek nodig is. Bij de groep waar een intensieve gezinsbehandeling nodig is, is er in 3 op de 4 gevallen behoefte aan een time-out ter voorbereiding van de gezinsbehandeling. Dit is 20% van de totale groep crisisplaatsingen. Bij elkaar is er daarom voor zo'n 41% van de crisisgeplaatste groep

crisisinterventie nodig. Uitgaande van rond de 650 crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen per jaar, zou het dan gaan om 260 jongeren per jaar. Uitgaande van de verdeling van jongeren over het land (zie hoofdstuk 2) zouden de residentiële settings die we in hoofdstuk 2 beschreven, uitgebreid kunnen worden met één of enkele *kleine* leefgroepen voor crisisinterventie.

Het is op basis van de informatie uit het onderzoek crisisplaatsingen niet helemaal duidelijk voor hoeveel jongeren *gesloten* crisisinterventie noodzakelijk is. Nemen we de ingevulde formulieren uit ons voorgaande onderzoek naar de crisisplaatsingen als uitgangspunt, dan komen we op een klein percentage jongeren waar dit nodig voor is. Nemen we de informatie over weglopen van eerdere verblijfplaatsen als uitgangspunt, dan betreft het een grotere groep, zo'n 20% van de totale groep crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen (Boendermaker, Eijgenraam & Geurts, 2004). Het blijft daarom moeilijk om te bepalen in welke gevallen crisisinterventie in een gesloten setting noodzakelijk is. Op zijn minst zijn er duidelijke selectiecriteria nodig en dient er ten alle tijden sprake te zijn van toetsing van de noodzaak tot een gesloten plaatsing door de (kinder)rechter.

5 Een veilige plek

Y. Duivenvoorden en M.C. van der Veldt

Op basis van het onderzoek crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen werd een veilige en geheime plek noodzakelijk geacht voor een kleine groep (voornamelijk meisjes) die bescherming nodig heeft en moeilijk te hanteren is. Het gaat om 4% van de aangemelde crisisplaatsingen. Landelijk gezien zou dit naar schatting neerkomen op 24 jongeren (in 2003). In een deel van de gevallen gaat het om meisjes (en jongens) die gedwongen worden zich te prostitueren en dringend bescherming nodig hebben.

Net als in de voorgaande hoofdstukken gaan we eerst kort in de problematiek en hulpvragen van deze specifieke subgroep onder de crisisplaatsingen (5.1). In 5.2 komt de werkwijze voor dit deel van het onderzoek aan de orde. In 5.3 en 5.4. komen de uitkomsten van de literatuurverkenning en inventarisatieronde aan de orde. In de laatste paragraaf bespreken we wat er nodig is voor deze groep jongeren.

5.1 Problematiek en hulpvragen

Drie meisjes van 12, 13 en 15 en één jongen van 15 jaar zijn in deze hulpvraagcategorie ingedeeld. De jongen heeft een Marokkaanse vader en een Nederlandse moeder, de meisjes zijn van Nederlandse afkomst. Omdat er in deze categorie maar vier jongeren zijn ingedeeld zullen we hen alle vier apart als casus beschrijven. Vervolgens zullen we een samenvatting geven van de hulpvragen van deze vier jongeren.

Casus 17

A. is een meisje van 12 jaar. Haar ouders zijn gescheiden toen A. 5 jaar oud was. Ze heeft twee zussen en een broer. Oorspronkelijk woonde ze, net als haar zussen, bij haar vader, die het ouderlijk gezag heeft; momenteel woont ze in een residentiële instelling op een observatiegroep. Er is veel rivaliteit tussen haar ouders, zij overleggen slecht met elkaar. A. heeft veel contacten met oudere jongens en meisjes, waaronder seksuele contacten. A. heeft agressieve en depressieve buien, is angstig en achterdochtig en gebruikt drugs en alcohol. Er is geen informatie over school bekend.

Casus 62

B. is een meisje van 15 jaar met een lichte verstandelijke beperking. Aanvankelijk woonde ze bij haar moeder en stiefvader. Na mishandeling door haar stiefvader is haar moeder samen met B. weggegaan, maar haar moeder is inmiddels weer terug bij stiefvader. Momenteel is B.'s verblijfplaats onbekend nadat ze voor de derde keer is weggelopen. Er is geen contact met haar vader. B. houdt zich slecht aan regels, gebruikt mogelijk XTC en/of cocaïne en vertoont seksueel wervend gedrag; ze zou vele seksuele contacten hebben. B. bezoekt een school voor speciaal onderwijs, maar is daar brutaal en bezigt grof taalgebruik.

Casus 74

C. is een meisje van 13 jaar zonder vaste woon- of verblijfplaats; ook haar ouders zwerven. Haar vader is meerdere malen gedetineerd geweest en is onlangs weer opgepakt. Hij is al lange tijd drugsverslaafd. De ouders van C. zouden haar bedreigen en aanzetten tot crimineel gedrag. Ook moet zij van haar ouders voor haar drie jongere broertjes en zusjes zorgen. C. heeft zichzelf gemeld bij de politie, omdat zij onderdak wilde. Haar ouders willen niet meewerken aan een uithuisplaatsing. Verder zorgt C. voor overlast en bedreigt personen met een wapen; daarnaast vermoedt de politie dat zij zich prostitueert. C. gaat sinds vier jaar niet meer naar school.

Casus 94

D. is een jongen van 15 jaar. Hij woont met zijn vijf broers en zussen bij zijn moeder. Zijn ouders zijn gescheiden; zijn vader verblijft in Marokko. Op het moment van aanmelding is het onduidelijk of D., met intensieve ondersteuning voor zijn moeder, uiteindelijk weer thuis zou kunnen wonen. D. heeft contacten in het drugscircuit, en tevens seksuele contacten met een oudere man en diens vrienden. Hij dreigt in de prostitutie verzeild te raken. Ook heeft hij een (of meer) delict(en) gepleegd waarvoor hij een taakstraf van 40 uur opgelegd heeft gekregen. D. is zeer gespannen, snel gekrenkt en heeft een lage frustratietolerantie. Verder gedraagt hij zich teruggetrokken en vertoont depressieve klachten. Incidenteel gebruikt hij softdrugs en alcohol. Er is geen informatie over school bekend.

Hulpvragen

Alle vier de jongeren in hulpvraagcategorie 5 hebben behoefte aan een veilige, beschermende woonomgeving, eventueel op een geheime locatie. Bij alle vier is seksueel grensoverschrijdend gedrag aan de orde waartegen bescherming nodig is. Eén meisje heeft vooral bescherming nodig tegen haar eigen ouders. De andere twee meisjes hebben bescherming nodig tegen hun eigen seksueel wervende gedrag (en degenen die daar misbruik van maken) en hun drugs- en alcoholgebruik.

Bij het 12-jarige meisje is er een hulpvraag op het gebied van de relaties binnen het gezin: de ouders zouden beter met elkaar moeten overleggen en hun gezag herwinnen. Voor het 15-jarige meisje wordt contactherstel gewenst met haar moeder, stiefvader en biologische vader.

Bij alle vier de jongeren is er sprake van externaliserende gedragsproblemen (van grof en brutaal zijn tot iemand bedreigen met een wapen). Bij twee van de vier is er daarnaast sprake van depressieve klachten waarvoor hulp nodig is. Het jongste meisje gebruikt drugs en alcohol, het 15-jarige meisje 'mogelijk' XTC en cocaïne en de jongen incidenteel softdrugs en alcohol. Het blijft bij deze laatste twee onduidelijk in hoeverre dit gebruik problematisch is, maar het verdient zeker aandacht.

Het 13-jarige meisje gaat op het moment van aanmelding al vier jaar (!) niet naar school. Voor haar is passend onderwijs dus noodzakelijk. Het 15-jarige meisje bezoekt een school voor speciaal onderwijs maar haar werkhouding is niet optimaal; dit zou moeten veranderen.

Tot slot

Bij deze jongeren is sprake van dreiging van buitenaf (mishandeling) en druk/dwang zich te prostitueren waartegen ze zich niet kunnen verweren zonder hulp/bescherming. Daarom stelden we in ons voorgaande onderzoek vast dat er in deze gevallen behoefte is aan een verblijf op een veilige (geheime) plek. Daarnaast is er ook bij deze jongeren sprake van gedragsproblemen en o.a. (bij drie van de vier) risicovol middelengebruik.

5.2 Werkwijze

We hebben gezocht naar literatuur over effectieve aanpakken voor jongens en meisjes die bescherming nodig hebben tegen mishandeling, dreiging of dwang vanuit de omgeving. Het bestand van de Mulock Houwer bibliotheek is geraadpleegd, evenals de inhoudsopgaven van de tijdschriften *0/25* en *Perspectief*. We hebben ons daarbij beperkt tot de periode van 2000 tot heden. Om buitenlandse literatuur op te sporen is PsychInfo geraadpleegd.²⁵

Naast literatuurverkenning is geïnventariseerd welke initiatieven voor opvang en/of hulp er in ons land beschikbaar zijn. Een lijst met de organisaties die we benaderd hebben is opgenomen in bijlage 2.

5.3 Uitkomsten van de literatuurverkenning

Bij het zoeken naar relevante literatuur deed zich het probleem voor dat het geen eenduidige doelgroep betreft. Het gaat weliswaar om jongens en meisjes die allemaal behoefte hebben aan een veilige, beschermende woonomgeving, eventueel op een geheime locatie, maar lang niet altijd dezelfde problematiek hebben.

In de door ons aangetroffen literatuur komt één groep duidelijk naar voren als een groep die bescherming nodig heeft tegen mishandeling, dreiging of dwang vanuit de omgeving. Het betreft de groep meisjes die in de prostitutie terecht is gekomen of dreigt te komen, meisjes die slachtoffer zijn of dreigen te worden van loverboys. Het betreft hier een deel van de specifieke doelgroep. Bij de beschrijving van de gevonden literatuur beperken we ons (hoofdzakelijk) tot deze doelgroep. Effectieve aanpakken voor onder meer gedragsstoornissen, depressieve klachten en drugsgebruik zijn in hoofdstuk 2 al uitgebreid aan de orde gekomen en zullen in dit hoofdstuk dan ook niet worden besproken.

²⁵ Voor de Nederlandse literatuur zijn de volgende trefwoorden gebruikt: mishandeling, (seksueel) misbruik, (jeugd)prostitutie, dreiging, dwang, meisjes en loverboys ter bepaling van de doelgroep, en methodiek, interventie, programma, behandeling, effect en effectiviteit ter bepaling van het type artikelen. Bij de zoektocht naar buitenlandse literatuur zijn de volgende trefwoorden gebruikt: sexual abuse, youth prostitution, maltreatment, violence, threat, method, treatment, intervention, shelter, reception center, home office, crisis center, outcome, effectiveness, effect en efficacy.

Buitenlandse literatuur

De zoektocht naar relevante buitenlandse literatuur heeft geen literatuur opgeleverd over effectieve aanpakken op een veilige (beschermende) plek. Wel hebben we literatuur gevonden over de aanpak van seksueel misbruik, waar veel jongeren die slachtoffer zijn of dreigen te worden van een loverboy vaak mee te maken hebben (gehad) (Kooijman, 2001). De gevonden literatuur toont aan dat cognitieve gedragstherapie - hetzij individueel, hetzij groepsgewijs - een effectieve aanpak blijkt te zijn voor de behandeling van seksueel misbruik (Saywitz, Mannarino, Berliner & Cohen, 2000; Nolan, Carr, Fitzpatrick, O'Flaherty, Keary, Turner, O'Shea, Smyth & Tobin, 2002). Zoals reeds in hoofdstuk 2 is aangegeven blijkt ook uit de door ons gevonden literatuur dat cognitieve gedragstherapie effectief is bij de behandeling van angsten, depressie en gedragsproblemen bij kinderen en adolescenten. Saywitz e.a. (2000) pleiten er voor om ook ouders bij de behandeling te betrekken.

Berger en Ten Berge (2004) komen op basis van Amerikaanse literatuur over interventies na kindermishandeling tot dezelfde conclusies. De interventies waarmee de beste resultaten worden behaald zijn gebaseerd op een gedragsmatige of cognitief gedragsmatige aanpak en richten zich zowel op het kind als op de ouders/het gezin.

Nederlandse literatuur

De zoektocht naar relevante Nederlandse literatuur heeft verschillende soorten publicaties opgeleverd: (1) verschillende artikelen waarin de problematiek van loverboys aan de orde wordt gesteld, (2) beschrijvingen van diverse aanpakken voor meisjes die in de prostitutie zitten of dreigen te komen, (3) een evaluatieonderzoek naar het project *Pretty Woman* en (4) een onderzoeksrapport naar de haalbaarheid en wenselijkheid van een landelijk expertisecentrum Jeugdprostitutie. Dat de problematiek van loverboys een onderwerp is dat leeft, blijkt tevens uit de aandacht die hier binnen een aantal gemeenten of op provinciaal niveau voor is (Stam, 2003; Van Eekeren, 2003, 2004; Timman & Schüller, 2003; Zuithof, 2004; Provincie Zuid-Holland, 2004).

(1) Problematiek van loverboys

'Meisjes bij het schoolplein versieren, hen volledig afhankelijk maken en ze dan de prostitutie in dwingen. Dat zijn de praktijken van de loverboys'. (Stam, 2003). Loverboys zijn jongens, relatief vaak van Marokkaanse en Antilliaanse afkomst, die er charmant uitzien, goed gekleed zijn en indruk maken door hun auto's, gouden kettingen en dergelijke. Ze duiken op bij het schoolplein, maken een praatje in een café of discotheek, of wachten een meisje op bij kamertrainingscentra en opvanghuizen. Door het meisje te verwennen met dure cadeaus en lieve woorden probeert de loverboy het meisje in te palmen en aan zich te binden, om haar in een later stadium te dwingen als prostituee te gaan werken. Het meisje is dan vaak zowel emotioneel als financieel van de loverboy afhankelijk, en bereid alles voor deze jongen te doen, of is bang voor zijn dreigementen. Eenmaal in de prostitutie wordt het meisje scherp in de gaten gehouden, en indien nodig bedreigd of gemanipuleerd (Cox & Van der Leer, 2002; Kooijman, 2001; Stam, 2003; Venicz, 2001). De werkwijze die loverboys hanteren verloopt over het algemeen volgens een zevental fasen: (1) ontmoeting, (2) indruk maken, (3) relatie aangaan, (4) seksueel contact, (5) grenzen verleggen, (6) aanzet tot prostitutie en (7) exploitatie. Om wat voor meisjes gaat het nu eigenlijk en hoe groot is deze groep? Het betreft veelal kwetsbare meisjes die in hun jeugd al slachtoffer van seksueel misbruik, mishandeling of

verwaarlozing zijn geweest (Kooijman, 2001). Uit een onderzoek van het NISSO in 1998 naar de aard en omvang van (gedwongen) prostitutie onder minderjarige (allochtone) meisjes wordt het aantal minderjarige prostituees geschat op 1500 tot 2000. Hiervan heeft zo'n 20% zelf te maken gehad met seksueel geweld (Venicz, 2001). Uit hetzelfde onderzoek blijkt ook dat 40% van de minderjarige prostituees van huis was weggelopen. Door de preventiewerkgroep Loverboys voor de GGD regio IJssel-Vecht is een risicoprofiel van potentiële slachtoffers opgesteld. Volgens de werkgroep gaat het om meisjes met een laag zelfbeeld, een moeilijke achtergrond, bijvoorbeeld een gebroken gezin, een slechte relatie met de ouders of die opgroeien tussen twee culturen. Volgens algemene informatie van de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG) gaat het om jongens/meisjes in de puberteit die niet sterk in hun schoenen staan. afkomstig zijn uit gebroken gezinnen, een ontwrichte jeugd hebben gehad (bijvoorbeeld door misbruik) en meestal lager opgeleid zijn. Naast de meiden die al van jongs af aan een problematische gezins- en hulpverleningsgeschiedenis hebben, zijn er echter ook meiden waar niet zo veel mee aan de hand is. Deze meisjes zetten zich in de puberteit af tegen hun ouders, er zijn vaak ruzies en conflicten, ze voelen zich niet meer begrepen en zoeken aandacht en genegenheid buiten de deur. Ze hebben de pech dat ze op het verkeerde moment met de verkeerde personen in aanraking komen (Terpstra & Van Dijke, 2004).

(2) Aanpakken

Er kunnen verschillende soorten aanpakken worden onderscheiden. Zo zijn er voorlichtingsprojecten, als Beauty & The Beast, ontwikkeld door Stads Dienstverlening in Utrecht en Beware of Loverboys van het Scharlaken Koord in Amsterdam. Ook zijn er projecten waarbij op vrijwillige basis ambulante hulp wordt verleend aan jonge prostituees of risicomeisjes, zoals Pretty Woman in Utrecht en het Prostitutie Maatschappelijk Werk (PMW) van Humanitas in Rotterdam (Cox en Van der Leer, 2002). Verder zijn er opvangvoorzieningen waar jongeren wonen en waar op vrijwillige basis hulp wordt verleend. In paragraaf 5.4 zullen deze opvangvoorzieningen nader worden besproken. Tot slot is er gesloten opvang mogelijk via Protocol 13. Dit is een samenwerkingsverband tussen Bureau Jeugdzorg Utrecht, de Raad voor de Kinderbescherming en de Regiopolitie Utrecht met als doel het opsporen van minderjarige slachtoffers van prostitutie en hen middels gesloten opvang uit het circuit halen. Na een crisisplaatsing in een opvanginrichting volgen de meisjes een traject van gedwongen of vrijwillige hulpverlening en begeleiding. Uit een evaluatieverslag van Bureau Jeugdzorg over de periode 1996-2000 blijkt dat aan 33 meisjes hulp is verleend in dit kader, waarvan het merendeel (n=27) niet is teruggevallen (Cox & Van der Leer, 2002; Heezen, 2000).

(3) Onderzoek Pretty Woman

Venicz (2001) concludeert dat er in Nederland nog nauwelijks onderzoek is gedaan naar adequate hulpverlening aan jeugdprostituees. Zoals hiervoor aangegeven heeft onze zoektocht naar effectieve aanpakken één onderzoeksrapport opgeleverd. Terpstra en Van Dijke (2003a) hebben in opdracht van de gemeente Utrecht een evaluatieonderzoek uitgevoerd naar Pretty Woman. Pretty Woman biedt voorlichting en hulpverlening aan meisjes in de leeftijd van 12 tot 25 jaar die risicovolle contacten hebben (gehad) of dreigen te krijgen met onder andere loverboys. Het aanbod kent drie peilers, te weten

(1) individuele hulp en begeleiding, (2) voorlichtings- en (vervolg)bijeenkomsten en (3) verblijf in open leefgroepen.

Het onderzoek bestond uit literatuurstudie, dossieronderzoek en interviews met cliënten van Pretty Woman, met ouders en met medewerkers van politie, onderwijs, hulpverlening en Pretty Woman zelf. In zes jaar tijd bleek er bij 197 meisjes een intake te zijn geweest. Bij 60% van deze meisjes is daadwerkelijk hulp van start gegaan.

Het gaat daarbij om meisjes die op allerlei levensterreinen te maken hebben met risicofactoren en belastende omstandigheden, maar óók om meisjes die nooit eerder te maken hebben gehad met hulpverleners en waarbij de problemen ontstaan in de puberteit. Zowel de geïnterviewde meisjes als de ouders en samenwerkingspartners zijn tevreden over Pretty Woman en spreken hun waardering uit. Op basis van de interviews lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat Pretty Woman voor een deel van de meisjes (gedwongen) prostitutie voorkomt. Meisjes die al in de prostitutie zijn beland worden ondersteund bij het er uit komen of blijven.

(4) Haalbaarheid en wenselijkheid expertisecentrum Jeugdprostitutie

Terpstra en Van Dijke (2003b) hebben een onderzoek uitgevoerd naar de haalbaarheid en wenselijkheid van een landelijk expertisecentrum Jeugdprostitutie. Uit het onderzoek blijkt onder meer dat bij de huidige initiatieven, projecten en voorzieningen weliswaar veel kennis aanwezig is, maar dat deze niet of nauwelijks beschreven is. Ook blijkt hulpverlening beperkt beschikbaar; er is slechts één voorziening, te weten Asja, die een landelijke functie vervult. Verder ontbreken harde gegevens over de omvang van de problematiek. Geconcludeerd wordt dat er voldoende draagvlak bestaat voor het oprichten van een centraal punt, waar alle kennis en informatie op het terrein van jeugdprostitutie aanwezig is en waar iedereen terecht kan met vragen. Naast het bijeenbrengen van informatie en kennis (ook kennis over effectieve aanpakken) en het breed ter beschikking stellen daarvan, zou het centrum een coördinerende rol moeten vervullen en structuur moeten brengen in bestaande initiatieven. Ook zou het centrum een impuls moeten geven aan het beleid en de aanpak van jeugdprostitutie, en aan voorlichting en preventie.

5.4 Uitkomsten inventarisatie

Veilige opvangplekken

Op basis van de telefonische interviews onderscheiden we binnen de jeugdhulpverlening twee typen van veilige opvangplekken: (1) crisisopvanghuizen waar jongeren maximaal drie maanden kunnen verblijven en (2) opvanghuizen / een leefgroep binnen een residentiële instelling, waar jongeren langer kunnen verblijven.

(1) Crisisopvanghuizen

In totaal hebben we zes crisisopvanghuizen gevonden waar zo'n veertig jongeren (voornamelijk meisjes) tussen de 12/13 en 18 jaar tijdelijk op een geheim adres kunnen verblijven. Bij vijf crisisopvanghuizen (Meisa van SaC-Amsterdam Jeugdzorg te Amsterdam, Meidenhuis de Rading te Utrecht, Bona Dea te Helmond, Meidencrisisopvang van Stichting Jeugdformaat te Den Haag en Meidencrisisopvang van GSJ te Arnhem) kunnen alleen meisjes terecht (in geval van Bona Dea ook vrouwen). Het

Doorgangshuis te Helmond is een crisisopvanghuis voor zowel jongens als meisjes. Voor alle crisisopvanghuizen geldt dat in ieder geval de eerste twee weken geheimhouding van adres mogelijk is.

De doelgroep bestaat uit jongeren die acuut een tijdelijk geheim onderkomen nodig. Veelal gaat het om meisjes die bedreigd of mishandeld worden, meisjes die te maken hebben met seksueel geweld, in de prostitutie (dreigen te) raken, ernstige puberproblematiek vertonen of meisjes met een Islamitische achtergrond die kampen met cultuurproblemen. Ook is er regelmatig een loverboy in het spel.

Net als in ons voorgaande onderzoek naar de crisisplaatsingen blijkt ook hier dat ernstige gedragsproblemen, internaliserende psychische problemen en verslaving contra-indicaties zijn. Dit is de reden dat de jongeren in de kleine subgroep die in dit hoofdstuk centraal staat, niet op de bestaande geheime opvangadressen terecht kan. Ook vindt de hulp op vrijwillige basis plaats. Volgens de medewerkers van de genoemde opvangplekken is het van belang dat jongeren gemotiveerd zijn voor de hulpverlening. Ook dat is bij de doelgroep in dit rapport niet automatisch het geval.

De opvang gebeurt in een leefgroep, waar de jongeren steun en herkenning bij elkaar kunnen vinden. Tijdens de opvang leren ze weer grip te krijgen op hun situatie en eigen keuzes te maken. Bij de meeste crisisopvanghuizen is sprake van zowel individuele begeleiding als van een groepsgericht aanbod. De jongere krijgt een mentor toegewezen. Over het algemeen vindt er wekelijks een voortgangsgesprek plaats. Soms is daar ook de verwijzer bij aanwezig. Het is de bedoeling dat een jongere tijdens de opvang een dagbesteding heeft of krijgt. In sommige crisisopvanghuizen is er wekelijks een bewoners-vergadering, waarin met de jongeren de sfeer op de groep en de huisregels worden besproken. Daarnaast worden er regelmatig thema-avonden georganiseerd, bijvoorbeeld over loverboys, normen en waarden, het stellen van grenzen, seksualiteit, seksueel overdraagbare aandoeningen of huiselijk geweld. Bij een aantal opvanghuizen is het mogelijk dat jongeren een training volgen, zoals een sociale vaardigheidstraining, een agressie-regulatietraining of een weerbaarheidstraining. Aanvankelijk is de begeleiding gericht op het bieden van rust, veiligheid en structuur, het herstellen van het psychisch evenwicht van de jongere en het vergroten van het zelfvertrouwen. Vervolgens staan sociale contacten met familie en vrienden, zelfstandigheid en oriëntatie op de toekomst centraal. Er wordt zoveel mogelijk naar gestreefd een jongere terug te laten keren naar huis, dan wel de contacten met thuis te herstellen.

In de praktijk blijkt dat wanneer jongeren een verblijfplaats voor langere tijd nodig hebben, er onvoldoende doorstroommogelijkheden zijn. Daardoor worden jongeren soms opnieuw in een crisisopvanghuis geplaatst.

(2) Opvanghuizen / een leefgroep binnen een residentiële instelling

Er zijn drie opvangvoorzieningen gevonden, te weten Asja te Leeuwarden, Islamitische meisjes- en vrouwenopvang Saadet te Rotterdam en Valor van de Hoenderloogroep te Hoenderloo, waar in totaal zo'n twintig tot vijfentwintig meisjes voor langere tijd kunnen verblijven. Het totaal aantal meisjes is een schatting omdat bij twee voorzieningen zowel meisjes als vrouwen kunnen verblijven.

Asja richt zich op meisjes en jonge vrouwen vanaf 16 jaar die het slachtoffer zijn van een loverboy of van vrouwenhandel en die uit de prostitutie willen stappen. Zij kunnen hier maximaal zes maanden op een geheim adres verblijven. Saadet richt zich op Islamitische

meisjes en vrouwen die bijvoorbeeld te maken hebben met (dreiging van) mishandeling, uithuwelijking of verstoting. Zij kunnen hier in principe onbeperkt op een geheim adres verblijven. Wel is er een doorstroom naar opvangvoorzieningen waar vrouwen zelfstandig wonen. De Hoenderloogroep is sinds januari van dit jaar gestart met leefgroep Valor voor meisjes van 14 tot 18 jaar met internaliserende problematiek die dreigen af te glijden naar de criminaliteit of prostitutie. Meisjes kunnen hier anderhalf tot vier jaar terecht. Voor alle drie de opvangvoorzieningen geldt dat de meisjes zich moeten kunnen aanpassen aan de groep en de groepsregels moeten onderschrijven. Illegale meisjes of meisjes met ernstige problematiek, zoals een psychiatrische stoornis in engere zin, ernstige gedragsproblemen of verslavingsproblemen komen niet voor opname in aanmerking. Meiden met kinderen of zwangere meiden zijn niet altijd welkom.

In alle drie de opvangvoorzieningen worden meisjes op vrijwillige basis opgevangen. Zij moeten zelf gemotiveerd zijn voor hulpverlening. De opvang vindt plaats in een leefgroep. De begeleiding van de meisjes, zowel de individuele als de groepsbegeleiding, verloopt op een vergelijkbare wijze als bij de crisisopvanghuizen. Specifiek voor Asja is dat het huidige aanbod van crisisopvang, 24-uursbegeleiding en nazorg momenteel wordt verruimd met een leerhuis waar intensieve woonbegeleiding plaatsvindt. Dit aanbod wordt beschreven in een moduleboek. In experimentele vorm is er de eerste zes weken een dagstructurering. In de toekomst zou Asja de opvang willen uitbreiden met een beschermde woonvorm, zodat de opvang fasegewijs kan verlopen van crisisopvang naar beschermde woonvorm, leerhuis en nazorg. Hiervoor ligt een aanvraag bij de AWBZ. Specifiek voor Saadet is dat voor de Islamitische meisjes identificatie met de eigen cultuur belangrijk is, zodat ze niet geïsoleerd raken maar wel zelfstandig in de samenleving leren staan. Afspraken met de meisjes zijn daarom ook afgestemd op de Islamitische cultuur. Bovendien is er veel praktische begeleiding, bijvoorbeeld bij het wegwijs maken in de Nederlandse samenleving. Specifiek voor Valor is dat voor groeps- of individuele trainingen, behandeling of therapie gebruik gemaakt wordt van ervaringen en mogelijkheden binnen de Hoenderloogroep. De behandeling verloopt in drie fases, te weten (1) leefgroepwerk, (2) tussengroep en (3) zelfstandigheid. De eerste fase staat in het teken van een vast dagprogramma, school en activiteiten. De tweede en derde fase zijn meer gericht op zelfstandigheid.

5.5 Conclusie veilige plek

In dit hoofdstuk is nagegaan wat er bekend is over veilige (geheime) opvangplaatsen voor jongeren bij wie sprake is van dreiging van buitenaf (mishandeling) en druk of dwang zich te prostitueren waartegen ze zich niet kunnen verweren zonder hulp en bescherming. De jongeren om wie het gaat hebben ernstige gedragsstoornissen, internaliserende psychische problemen en gebruiken alcohol en drugs. Het gaat om 4% van de totaal onderzochte groep. Naar schatting gaat het om 24 jongeren (meestal meisjes) per jaar.

In totaal zijn er 62 plaatsen verspreid over negen locaties boven tafel gekomen waar jongeren (meestal meisjes) op een veilige (geheime) plek kunnen verblijven. Net als bij de reguliere opvangplekken die we in hoofdstuk 4 bespraken, zijn er de stoornissen van de jongeren die in dit hoofdstuk centraal staan, juist contra-indicaties voor plaatsing. Onzes inziens kan aan de behoefte aan opvang én interventie voor deze kleine en

specifieke groep jongeren voorzien worden door de kleine leefgroepen voor crisisinterventie, waarover we in het vorige hoofdstuk spraken, uit te breiden met één of twee plaatsen. Vanwege de behoefte aan een geheime plek, of nadrukkelijke bescherming tegen druk van buitenaf, is het noodzakelijk dat er in deze gevallen juist wél buiten de regio geplaatst kan worden. Daarom is één landelijk punt voor aanmelding waarschijnlijk wenselijk.

In het vorige hoofdstuk werd geconcludeerd dat versterking van het huidige aanbod aan 'reguliere' crisisinterventie noodzakelijk is en dat op die manier een deel van de groep al ondervangen zou kunnen worden. Deze conclusie is ook van toepassing op het huidige aanbod van 'geheime' plekken dat in dit hoofdstuk is beschreven.

Effectieve aanpakken, specifiek voor deze subgroep, hebben we in de literatuur niet gevonden. Wel komt in de gevonden literatuur rond het werken met slachtoffers van kindermishandeling naar voren dat cognitieve gedragstherapie en een gezinsgerichte aanpak goed werken. Dit sluit aan bij hetgeen we in de voorgaande hoofdstukken telkens vonden. Bij het ontwikkelen van een specifiek aanbod voor de groep die een veilige plek nodig heeft, zou in ieder geval aangesloten moeten worden bij de ervaring van bestaande projecten als Asja en Pretty Woman, omdat op die plekken al behoorlijk wat ervaring is opgedaan met deze doelgroep.

6 Slotbeschouwing

Er is de afgelopen periode veel aandacht geweest voor jongeren die in het kader van een crisisplaatsing in een justitiële opvanginrichting verblijven. In een brief aan de Tweede Kamer is op 1 juli 2004 gesteld dat er andere hulp nodig is voor deze groep. In dit rapport staat de vraag centraal hoe die andere hulp er dan uit zou moeten zien.

De crisisgeplaatste groep

In het eerder door ons verrichte onderzoek 'crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen' is de groep jeugdigen die met een civielrechtelijke maatregel in de opvanginrichtingen verblijft in kaart gebracht (Boendermaker, Eijgenraam & Geurts, 2004). Dit gebeurde aan de hand van dossierinformatie van een representatieve steekproef van 110 van de in totaal 652 jongeren die in heel 2003 opgenomen werden op een crisisplek in een opvanginrichting. Het ging daarbij om informatie die bij aanmelding voor een plek in de opvanginrichting beschikbaar was.

Duidelijk werd dat alle jongens en meisjes die van een crisisplaats in de opvanginrichtingen gebruik maken, kampen met ernstige gedragsstoornissen. Bij 45% wordt in de aanmeldingsinformatie gesproken van het plegen van delicten. Bijna de helft van de groep is één of meer keer weggelopen van huis, uit een tehuis of crisisopvang, 21% heeft geen vaste verblijfplaats op het moment van aanmelding. Bij iets meer dan de helft van de groep komen de ernstige gedragsstoornissen samen voor met internaliserende psychische stoornissen (voornamelijk depressieve klachten, ernstige vormen van automutilatie, suïcidepogingen en suïcidale gedachten). Bij 19% van de groep wordt in de aanmeldingsinformatie gesproken van een lichte verstandelijke handicap en bijna alle jongeren hebben eerder één of meer keer ambulante en/of residentiële hulp ontvangen (gemiddeld vier keer).

Subgroepen

Deze jongeren zijn in het vorige onderzoek op basis van hun belangrijkste hulpvraag ingedeeld in zes subgroepen. In dit rapport zijn we voor de vier van deze zes groepen nagegaan hoe het zorgaanbod eruit zou moeten zien. We hebben dit gedaan voor de drie grootste subgroepen (die samen 84% van de groep uitmaken) en één klein groepje van 4% van de jongeren. Het gaat om de volgende subgroepen:

1. Een groep jongeren waarbij behoefte is aan een verblijfplaats buiten het gezin, voor langere tijd en behoefte is aan het intact houden van de relaties met het gezin en de familie (36%). In deze groep zijn in vergelijking met de andere subgroepen veel problemen van ouders zelf aan de orde en er zijn relatief veel jongeren die zichzelf beschadigen of suïcidepoging hebben gedaan of kenmerken vertonen van psychische stoornissen in engere zin (tics, psychotische kenmerken, autistische kenmerken). Voor deze groep is een verblijfplaats in een tehuis noodzakelijk.
2. Een groep jongeren waarbij er in het gezin behoefte is aan het verbeteren van de opvoedingssituatie en gezinsrelaties, herstel gezagsrelatie en het leren hanteren/reguleren van de gedragsstoornissen van de jongere (27%). In deze subgroep spelen er minder problemen bij de ouders zelf, en er zijn minder internaliserende psychische problemen aan de orde. In deze groep is er behoefte aan intensieve gezinbehandeling. Bij drie van de vier jongeren is de situatie wel

dusdanig uit de hand gelopen dat er behoefte is aan een korte time-out buiten het gezin voor de jongere.

3. Een groep jongeren waarbij er behoefte aan een tijdelijke verblijfplaats en aan duidelijkheid over wat er aan de hand is en welke hulp er nodig is om het probleem op te kunnen lossen (diagnostisch onderzoek), daarnaast is er behoefte aan het vergroten van de motivatie om hulp mogelijk te kunnen maken. Het gaat om 21% van de totale groep. Vooral de internaliserende psychische problemen roepen bij deze groep de vraag op wát er nu precies aan de hand is.
4. De laatste groep is klein (4% van de totale groep) en bestaat uit jongeren die behoefte hebben aan bescherming tegen dreiging van buitenaf op een veilige, geheime plek.

In dit rapport hebben we de jongeren uit de tweede subgroep die een korte time-out nodig hebben, samen genomen met de groep die behoefte heeft aan diagnostiek. In totaal 41% heeft behoefte aan een korte crisisinterventie (time-out én diagnostiek) alvorens andere hulp van start gaat.

Inhoudelijke uitgangspunten residentieel aanbod

Uit de literatuur die ten behoeve van het te ontwikkelen residentieel aanbod is geraadpleegd (hoofdstuk 2) en die ten behoeve van de crisisinterventie (hoofdstuk 4) en geheime plekken (hoofdstuk 5) is geraadpleegd, komt telkens hetzelfde beeld naar voren. Bij jongeren met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen werkt een (cognitief)gedragstherapeutische aanpak, gecombineerd met gezinsinterventies. Een residentieel interventie dient daarom de volgende basiselementen te bevatten:

- Modules gericht op diagnostiek, risicotaxatie en delictanalyse.
- Modules waarin gewerkt wordt aan het vergroten van de motivatie, zoals motivationeel interviewen.
- Kleine leefgroepen van 4 tot 6 jongens of meisjes waarin een puntensysteem of ander gedragstherapeutisch hulpmiddel gehanteerd wordt om systematisch feedback te geven op het gedrag dat jongeren vertonen. Deze kleine leefgroepen zijn van belang, omdat uit onderzoek naar groepsinterventies blijkt dat groepen van jongeren met ernstige gedragsstoornissen elkaar negatief beïnvloeden (deviantietraining). Om dat te voorkomen liggen kleine leefgroepen voor de hand, in combinatie met personeel dat gespitst is op deze onderlinge beïnvloeding en zich bewust is van de voorbeeldrol die zij zelf vervullen en ook verder geschoold en getraind is in de omgang met deze jongeren.

Naast deze 'basis' dient er sprake te zijn van een goed gestructureerd en intensief programma, dat opgebouwd is uit een combinatie van modules gericht op de onderstaande onderdelen:

- Modules voor individuele of groepstherapie op cognitief-gedragstherapeutische grondslag. De gekozen modules moeten gericht zijn op het leren van nieuw sociale, probleemoplossende en cognitieve vaardigheden. Voorbeelden zijn agressieregulatietraining, sociale vaardigheidstraining, training in probleemoplossende vaardigheden. In de modules dient ook aandacht besteed te worden aan de gepleegde delicten, het leren inzien van de gevolgen van delicten voor slachtoffers en het verminderen van druggebruik.

- Modules voor interventies in het gezin. Gedacht moet worden aan modules voor voorlichting aan ouders over gedragsstoornissen en psychische problemen, modules waarin ouders getraind worden in opvoedingsvaardigheden (zoals de *parent management training*) en gezinstherapie gericht op het verbeteren van de onderlinge relaties in het gezin (*functional family therapy*, FFT).
- Modules voor behandeling van internaliserende psychische problemen. Te denken valt aan een module cognitieve gedragstherapie specifiek voor het verminderen van depressieve klachten en een module gericht op het verminderen van zelfbeschadigend gedrag.
- De mogelijkheid om ter behandeling van psychische problemen, medicatie voor te schrijven en het gebruik van medicatie te ondersteunen.
- Op het niveau van de opgenomen jongeren ingerichte, praktische en theoretische scholing.
- Arbeidstoeleiding.
- Specifieke aanpassingen van de hierboven genoemde modules, zodanig dat zij ook geschikt zijn voor jongeren met een lichte verstandelijke handicap en hun ouders.

Om een residentiële setting goed te kunnen laten functioneren dient aan de volgende voorwaarden voldaan te zijn:

- Interdisciplinaire opbouw van het programma én van het personeelsbestand, zodanig dat kennis en ervaring uit diverse sectoren van de jeugdzorg: jeugdhulpverlening, justitiële jeugdinrichtingen, forensische jeugd-ggz, lvg-jeugd sector én het speciaal onderwijs, gegarandeerd is.
- Voorzieningen voor het trainen en opleiden van personeel, inclusief supervisie en coaching voor alle geledingen binnen de residentiële setting.
- Theoretische onderbouwing van de modules waaruit het residentiële programma is opgebouwd.
- Heldere opbouw van het residentiële programma in duidelijk van elkaar te onderscheiden fasen. Deze fasering moet zowel terug te vinden zijn in de modules voor jongeren, als in de modules voor de gezinnen in kwestie.
- Heldere procedure voor behandelingsplanning en een protocol voor diagnostiek en risicotaxatie (richtlijnen voor het opstellen van een toekomstgericht behandelplan, het koppelen van doelen aan in te zetten middelen, afspraken rond eindtermen die behaald moeten worden wil een jongere kunnen doorstromen naar een vervolgsetting).
- Instrumenten en protocollen voor het controleren van de *treatment integrity*.
- Instrumenten voor het meten van doelrealisatie en andere uitkomsten van de residentiële interventie.

Het gaat er vooral om, om *intensief* hulp te kunnen bieden en daarbij een combinatie van modules aan te bieden om de gedragsstoornissen en internaliserende psychische problemen te behandelen. Gezinsbehandeling dient deel uit te maken van de intensieve aanpak. Er dienen diverse vormen van gezinsbehandeling beschikbaar te zijn, variërend van voorlichting, training van opvoedingsvaardigheden tot de in dit rapport besproken FFT. Met een dergelijke intensieve aanpak, kan geslotenheid onzes inziens voorkomen worden.

Omvang van het residentiële aanbod

Voor hoeveel jongeren is een residentiële setting, waar de in dit hoofdstuk geschetste hulp geboden wordt, nu nodig? Op basis van het onderzoek naar de crisisplaatsingen wordt voor 36% van de crisisgeplaatste groep een verblijf in een tehuis noodzakelijk geacht. Het gaat om zo'n 235 jongeren per jaar, verspreid over alle provincies en de drie grote steden, waarbij zo'n 40% afkomstig is uit de stadsregio's Amsterdam en Rotterdam en uit Noord-Brabant. De rest is meer verspreid over het land. Vanwege de hulpvragen gericht op het gezin en de noodzaak om gezinstherapie in te zetten, zou in elk van de provincies plus in de grote steden een tehuis met een zorgaanbod zoals hierboven geschetst, aanwezig moeten zijn. Per provincie / grote stad zou men de beschikking moeten hebben over bedden in kleine en 'open' leefgroepen. De exacte verdeling over de regio's zou bekeken moeten worden met als uitgangspunt dat het uitvoeren van gezinstherapie vanuit de residentiële setting daadwerkelijk mogelijk moet zijn.

We hebben in dit rapport ook geconstateerd dat de crisisinterventie en de opvang waarbij bescherming tegen dreiging van buiten nodig is, gecombineerd zouden kunnen worden met het residentiële aanbod. Wat betekent dit voor de omvang van het residentiële aanbod?

We zagen dat er bij zo'n 41% van de groep die nu in de opvanginrichtingen wordt geplaatst crisisinterventie nodig is (time-out of diagnostiek). Uitgaande van rond de 650 crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen per jaar, zou het dan gaan om 260 jongeren per jaar. Om betrokkenheid van het gezin ook hier daadwerkelijk mogelijk te kunnen maken, zou ook in dit geval in elke provincie én de drie stadsregio's crisisinterventie beschikbaar moeten zijn. De residentiële settings zouden uitgebreid kunnen worden met één of enkele kleine leefgroepen specifiek voor crisisinterventie. Op die manier kan de expertise op het terrein van behandeling én crisisinterventie voor deze moeilijk te hanteren groep jongeren gericht opgebouwd worden. Bovendien is er dan makkelijk doorstroming mogelijk naar de residentiële behandeling als dat nodig blijkt. De groep waarbij behalve crisisinterventie ook een plek nodig is waar bescherming geboden wordt tegen dreiging van buiten, is klein. Uitbreiding met één plaatst per regio zou genoeg moeten zijn, waarbij juist bij deze groep geldt dat zij buiten de regio geplaatst zouden moeten worden.

Benodigde aanbod aan gezinsinterventies

Met FFT en MST kan adequate hulp geboden worden voor jongeren die gezien hun hulpvragen een intensieve behandeling in de thuissituatie nodig hebben en nu op civielrechtelijke titel in een opvanginrichting worden geplaatst. FFT en MST kunnen dienen als *alternatief* voor een verblijf in een residentiële setting.

Daarbij geldt dat beide interventies gezien kunnen worden als vormen van *stepped care*, waarbij - afhankelijk van de hulpvraag – eerst wordt nagegaan of FFT (als lichtere en minder intensieve vorm – mogelijk is. Is intensievere hulp nodig, gericht op meer systemen tegelijkertijd, dan is MST aan de orde.

Zoals we hierboven al bespraken, kan FFT náást de toepassing als 'zelfstandige interventie', ook goed ingezet worden als onderdeel van een residentiële behandeling. Op dit moment is MST slechts in vier en FFT in vijf regio's beschikbaar. De hierboven beschreven residentiële setting voor behandeling en crisisinterventie zou in elke provincie en de drie grote steden, uitgebreid moeten worden (of tenminste moeten

samenwerken) met een ambulante team voor zowel FFT als MST. Deze teams kunnen FFT bieden in het kader van de residentiële behandeling of MST als dit geïndiceerd is. Om dit te realiseren is een verder verspreiding van beide typen gezinsbehandeling in ons land nodig. In hoofdstuk 3 zijn de stappen aangegeven om dit te bewerkstelligen.

Gesloten of niet?

Het is op basis van de informatie uit het voorgaande onderzoek naar de crisisplaatsingen niet helemaal duidelijk voor hoeveel jongeren *gesloten* crisisinterventie noodzakelijk is. Nemen we de hulpvragen die in het onderzoek crisisplaatsingen zijn geformuleerd als uitgangspunt, dan komen we uit op een enkeling waar dit nodig voor is. Nemen we de informatie over weggelopen van eerdere verblijfplaatsen als uitgangspunt, dan betreft het zo'n 20% van de totale crisisgeplaatste groep. Het blijft daarom moeilijk om te bepalen in welke gevallen crisisinterventie in een gesloten setting noodzakelijk is. Op zijn minst zijn er duidelijke selectiecriteria nodig en dient er ten alle tijden sprake te zijn van toetsing van de noodzaak tot een gesloten plaatsing door de (kinder)rechter.

Versterking bestaande aanbod

Uit de inventarisatie van de mogelijkheden die er binnen de niet-justitiële jeugdzorg zijn voor crisisinterventie en het verblijf op een 'veilige, geheime plek', blijkt dat er versterking nodig is van het aanbod aldaar. In beide gevallen blijken er plannen te zijn om meer gezinsgericht en meer methodisch te gaan werken. Een investering om dit ook daadwerkelijk tot stand te brengen zal er toe leiden dat een deel van de groep die nu in de crisisopvang terecht komt, wél in deze reguliere crisisopvang terecht kan.

Landelijk netwerk

Voor het versterking van het reguliere aanbod én voor het realiseren van de nieuwe residentiële setting en de verdere verspreiding van MST en FFT in ons land is het van groot belang om een coördinatiepunt of landelijk netwerk in het leven te roepen. Op die manier kan kennis en ervaring rond het werken met gedragsgestoorde jongeren met internaliserende psychische problemen gebundeld worden, en wordt voorkomen dat op diverse locaties in ons land opnieuw het wiel uitgevonden moet worden. Ook is het van groot belang dat er in de nieuwe initiatieven gewerkt wordt met mensen en middelen uit de onderscheiden sectoren die samen de jeugdzorg uitmaken: de jeugd-ggz, de jeugd-lvg sector, de justitiële- en niet justitiële jeugdhulpverlening. Alleen op die manier kan een zorgaanbod tot stand gebracht worden dat daadwerkelijk hulp biedt voor deze moeilijk te hanteren groep jongeren.

Literatuur

Bij hoofdstuk 1 en 2

Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.I., Bonta, J. Gendreau, P. & F.T. Cullen (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-417.

Behan, J. & A. Carr (2000). Oppositional defiant disorder. In: A. Carr (ed.) *What Works with children and adolescents? A critical reviews of psychological interventions with children, adolescents and their families* (102-130). London and New York: Routledge.

Bennett, D.S. & T.A. Gibbons (2000). Efficacy of Child Cognitive Behavioral Interventions for Antisocial Behavior: a meta-analysis. *Child and Family Behavior Therapy*, 22 (1), 1-15.

Berridge, D. (2002). Residential care. In: D. McNeish., T. Newman & H. Roberts. *What works for children. Effectieve services for children and families* (83-104). Buckingham: Open University Press.

Binsbergen, M.H. van (2003). *Motivatatie voor behandeling, ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële instelling*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Bleeker, J.F.(1990). *Effecten van een sociaal-redzaamheidsprogramma voor zwakbegaafde jongeren*. Groningen: RU Groningen. (proefschrift).

Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents: a relational approach*. New York: Guilford Press.

Boendermaker, L. (1999). *Justitiële behandelinrichtingen voor jongeren, populatie en werkwijze*. Leuven-Apeldoorn: Garant.

Boendermaker, L. & C. Verwers (1998). *Een veld in beeld, een beschrijving van het werk in de justitiële behandelinrichtingen*. Den Haag: WODC/Gouda Quint.

Boendermaker, L., Veldt, M.C. van der & Y. Booy. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

Boendermaker, L., Eijgenraam, K. & M. van der Steege (2002) *Trajecten voor meisjes in de justitiële jeugdinrichtingen, verslag van een pilotproject*. Utrecht: NIZW

Boendermaker, L., Eijgenraam, K. en E. Geurts (2004). *Crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen*. Utrecht: NIZW jeugd.

Bogaart, P. van den & H. van Muijen (2001). *Beter met thuis: een onderzoek naar de ontwikkeling en de effecten van een nieuwe werkwijze in de residentiële jeugdzorg*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening (CPJ).

Brestan, E.V. & S.M. Eyberg (1998). Effective psychosocial treatment of conductdisordered children and adolescents: 29 years, 82 studies and 5272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (2), 180-189.

Chipenda-Dansokho, S. & The Centre for social policy (2003). The determinants and influence of size on residential settings for children. *International Journal of Child & Family Welfare*, 2003 (3), 66-76.

Commissie Bouwhuis (2004), *Eindrapportage van de werkgroep 'optimalisering zorgaanbod voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen'*. Den Haag: Ministerie van Justitie en Ministerie van VWS.

Cormack, C. & A. Carr (2000). Drug Abuse. In: A. Carr (ed.) *What Works with children and adolescents? A critical reviews of psychological interventions with children, adolescents and their families* (155-177). London and New York: Routledge.

Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54 (9), 755-764.

Doreleijers, Th.A.H. (2004). *Te gek voor woorden, een biopsychosociale benadering van jeugddelinquentie*. Amsterdam: VU (dies natalis)

Easson, W.M. (1996). *The management of the severely disturbed adolescent*. Madison, CT: International Universities Press.

Epps, K. (1997) The use of secure accommodation for adolescent girls who engage in severe and repetitive self- injurious behaviour. *Clinical child psychology and psychiatry*, 2 (4), 539-552.

Feldman, R. A. (1992). The St. Louis experiment: Effective treatment of antisocial youths in prosocial peer groups. In: J. McCord, & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence* (233-252). New York: Guilford Press.

Gibbs, J.C. (1996). Sociomoral group treatment for young offenders. In: C.R. Hollin & K. Howells. (eds). *Clinical approaches to working with young offenders* (p. 129-150). Chichester: John Wiley & Sons.

Goldson, B. (2002). *Vulnerable inside, children in secure and penal settings*. London: The Children's Society.

Goldstein, A.P. & B. Glick (1996). Agression replacement training: methods and outcomes. In: C.R. Hollin & K. Howells (eds). *Clinical approaches to working with young offenders* (151-164). Chichester: John Wiley & Sons.

Hammen, C., Rudolph, K., Weisz, J., Rao, U. & Burge, D. (1999). The context of depression in clinic-referred youth: neglected areas in treatment. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 38 (1), 64-71.

Handwerk, M.L., Field, C.E., Friman, P.C. (2000). The iatrogenic effects of group intervention for antisocial youth: Premature extrapolations? *Journal of Behavioral Education*, 10 (4), 223-238

Helmantel, A.M., Lodewijks, H.P.B. en R.C.T. Smit (2003). *Traject op maat, behandeltraject voor justitieel geplaatste jeugdigen*. Groningen/Zutphen: JJI Het Poortje en JJI Rentray.

Hoag, M.J. & G.M. Burlingame (1997). Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26 (3), pp. 234-246.

Kazdin, A.E. (1995). Conduct disorder. In: F.C. Verhulst & H.M. Koot (eds). *The epidemiology of child and adolescent psychopathology* (pp. 258-290). Oxford: Oxford University Press.

Kazdin, A.E. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.

Kazdin, A.E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: science and practice*, 8, 143-151.

Keenan, K., Loeber, R. & S. Green (1999). Conduct Disorder in girls: A review of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2 (1), p. 3 – 19.

Kok, J.M., Menkehorst, G.A.B.M., Naayer, P.M.H. & Tj. Zandberg (1991). *Residentieel gedragstherapeutisch behandelingsprogramma. Ontwikkeling, invoering, effectmeting*. Assen: Dekker & van de Vegt.

Konijn, C. (red). (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*, Utrecht: NIZW.

Konijn, C., Cavelaars, E. & L. Boendermaker (2003). Effectieve interventies bij jongens met een gedragsstoornis. In: Konijn, C. (red). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*, (pp. 48-62). Utrecht: NIZW

Konijn, C. en M. Kroneman (2003). Effectieve interventies bij jeugdigen met depressie. In: Konijn, C. (red). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*, (pp. 33-47). Utrecht: NIZW.

Leichtman, M., Leichtman, M.L., Cornsweet Barber, C. & Neese, D.T. (2002). De effectiviteit van intensieve kortdurende residentiële behandeling van ernstig gestoorde adolescenten. *Gezinstherapie wereldwijd*, 13 (1), 68-87

Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A. & M. Zera (2003). Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornis: een overzicht over de laatste tien jaar, deel 1. *Kind en adolescent review*, 10 (2), p.123-159.

Manen, T. van (2001). *Zelfcontrole. Een sociaal-cognitief interventieprogramma voor kinderen met agressief en oppositioneel gedrag*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Mann-Feder, V.R., & White, T. (2003). Facilitating the transition from placement to independent living: Reflections from a program of research. *International Journal of Child & Family Welfare*, 4, 198-204.

- McCurdy, B.L. & McIntyre, E.K. (2004). 'And what about residential...?' Re-conceptualizing residential treatment as a stop-gap service for youth with emotional and behavioral disorders. *Behavioral Interventions* 19, 137-158.
- Murray, L. & G. Sefchik. (1992). Regulating behavior management practices in residential treatment facilities. *Children and Youth services review*, 14, 519-539.
- Orobio de Castro, B. (2001). Emoties en sociale cognities van kinderen en jongeren met antisociale gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 22 (4), p. 281-294.
- Patterson, G.R., Reid, J.B. & T.J. Dishion (1992). *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Ploeg, J.D. van der & E. Scholte (2000). *Effecten van behandelingsprogramma's*. Utrecht: NIZW
- Ponsioen, A.J.B. (2001). *Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. Z.p. Z.u. (proefschrift UvA).
- Ruiter, M. (1997). *Preventie van depressie bij jongeren: probleemanalyse, ontwikkeling en evaluatie van de cursus 'Stemmingmakerij'*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen (proefschrift).
- Rutter, M. (1994). Family discord and conduct disorder: cause, consequence, or correlate? *Journal of Family Psychology*, 8, 170-186.
- Smit, M. (1993). *Aan alles komt een eind, een onderzoek naar beëindiging van tehuishulpverlening*. Leiden: Monika Smit (proefschrift).
- Underwood, L.A., Barretti, L., Storms, T.L. & N. Safonte-Strumolo (2004). A review of clinical characteristics and residential treatments for adolescent delinquents with mental health disorders. A promising residential program. *Trauma, Violence & abuse*, 5 (3), pp. 199-242.
- Veerman, J.W. (1997). *Meten en weten in de jeugdzorg (inaugurale rede)*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Verhulst, F.C. (1992). Terminologie in het diagnostisch proces. In: Verhulst, F.C. en F. Verheij (red), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie, onderzoek en diagnostiek*, pag. 6-9. Assen/Maastricht, 1992.
- Verhulst, F.C. (1994). Aandachts- en gedragsstoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek Psychopathologie, deel 1* (pp. 417-436). Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wiel, N. van de (2002). *The effect of manualized behavior therapy with disruptive behavior disordered children in everyday clinical practice: a randomized clinical trial*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht (proefschrift).
- Wigboldus, M. & L. Wolsink (1999). *Denken en Voelen. Trainingsprogramma voor emotionele en cognitieve vaardigheden*. Utrecht: SWP.
- Yperen, T.A. van (2001). Antisociaal gedrag en jeugd delinquentie: valt er wat te keren? *Kind en Adolescent*, 22 (4), p. 326-341.

Yperen, T.A. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.

Bij hoofdstuk 3

Alexander, J.F., C.A. Pugh, B.V. Parsons & T.L. Sexton (2000). *Functional Family Therapy*. In: Elliot, D. (series ed.) *Blueprints for violence prevention, book three*, 2nd edition, Golden, CO: Venture.

Alexander, J.F., M.S. Robbins & T.L. Sexton (2000), Family-based interventions with older, at-risk youth: from promise to proof to practice, in: *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 21, no. 2, p. 185-205.

Aos, S. and R. Barnoski (1998), *Watching the bottom line: cost effective interventions for reducing crime in Washington*. Washington State Institute for Public Policy: *RCW 13.40.500*.

Aos, S., P. Phipps, R. Barnoski & R. Lieb, R. (2001). *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.

Berger, M. & Boendermaker, L. (2003). *Multisysteembehandeling in Nederland. Voorstel voor de introductie van MST*, Utrecht: NIZW.

Breuk, R.E., A. van Dam, C.M. Disse en T.A.H. Doreleijers, *Functionele Gezinstherapie in de behandeling van jeugdige forensische psychiatrische patiënten* (in press).

Heiden-Attema, N. & B.S.J. Wartna (2000a). *Recidive na verblijf in een JBI*. Een vervolgstudie naar de geregistreeerde criminaliteit onder jongeren uit een justitiële behandelingsrichting. Den Haag: WODC (onderzoeksnotities 2000/6).

Heiden-Attema, N. & B.S.J. Wartna (2000b). *Recidive na een strafrechtelijke maatregel; een studie naar de geregistreeerde criminaliteit onder jongeren met een pibb, een jeugd-tbr of een pij*. Den Haag: WODC (onderzoeksnotities 2000/9).

Henggeler, S.W. (1998). *Multisystemic Therapy, blueprints for violence prevention*. Boulder (CO). Centre for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado.

Henggeler, S.W., Cunningham, P.B., Pickrel, S.G., Schoenwald, S.K. & Brondino, M.J. (1996). *Multisysteemtherapie: een effectieve benadering voor jeugdige delinquenten gericht op het voorkomen en verminderen van geweld* (vertaald artikel). *Literatuurselectie Kinderen & Adolescenten*, jrg. 3, no. 4 p. 417-443.

Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York / London: The Guilford Press.

Henggeler, S.W., Clingempeel, W., Brondino, M.J. & Pickrel, S.G. (2002). *Four-year follow-up of Multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders*. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, vol. 41, no. 7, p. 868-874.

Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Halliday-Boykins, Sheidow, A.J., Ward, D.M., Randall, J., Pickrel, S.G., Cunningham, P.B. & Edwards, J. (2003). *One-year follow-up of Multisystemic*

Therapy as an alternative to the hospitalisation of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, vol. 42, no. 5, p. 543-551

Sexton, T.L. & Alexander J. F. (2000). Functional Family Therapy, *Juvenile Justice Bulletin*, US Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, december.

Sexton, T.L. & Alexander, J.F. (2002). FBEST: Family based empirically supported treatment interventions. *The Counseling Psychologist*, 30, p. 238-261.

Sexton, T.L. & Alexander J.F (2003). Functional Family Therapy: a mature clinical model for working with at-risk adolescents and their families. In: Sexton, T.L., G.R. Weeks, M.S. Robbins, *Handbook of Family Therapy, The science and practice of working with families and couples*, Brunner-Routledge: New York, NY,

Welsh, B. (2001). Kosten en baten van preventie en behandeling van ernstige en gewelddadige criminaliteit. In: R.Loeber, N.W. Slot & J.A. Sergeant (red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie, omvang, oorzaken en interventies* (373-389). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

Bij hoofdstuk 4

Beek, F. van (2003). *Eigen-kracht conferenties, de eerste ervaringen in Nederland*. Voorhout: Wesp.

Boendermaker, L., Eijgenraam, K., Geurts, E. (2004). *Crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen*. Utrecht: NIZW.

Bureau van Montfoort, initiatiefgroep OTS'ers, (oktober 2004). *Versterking aanbod voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen. Visie en voorstellen*. Woerden: adviesbureau Van Montfoort.

Bureau van Montfoort, initiatiefnemers 'De Koppeling' (werkdocument versie november 2004). *Voorstel 'besloten' behandelaanbod in programma De Koppeling. Aanbod voor OTS crisisgeplaatste jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in ROA/Noord-Holland*. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort.

Bureau van Montfoort, initiatiefnemers 'Paljas Plus' (concept versie november 2004). *Voorstel Projectplan Paljas Plus. Een intersectoraal programma voor Brabantse OTS jongeren met ernstige gedragsproblemen*. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort.

Geldrop, M. (2004). *Evaluatie Nieuwe Perspectieven 1998 - 2003*. Amsterdam: DSP-groep

Leichtman, M., Leichtman, M.L., Cornsweet Barber, C., Toddneese, D. (2002). De effectiviteit van intensieve kortdurende residentiële behandeling van ernstig gestoorde adolescenten. *Gezinstherapie wereldwijd* (13), 68-87.

Slot, N.W. & H.J.M. Spanjaard (1999). Competentiegericht werken in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen. Baarn: Intro.

Veerman, J.W. (2003) Families First 1994 – 2000. Lessen uit onderzoek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, (42) nr. 7/8, pp. 342-358.

Bij hoofdstuk 5

Berger, M. & Ten Berge, I. (2004). Hulpaanbod aan kind en ouders. *Tijdschrift over kindermishandeling*, (18), 2, 18-22.

Cox, S. & Leer, J. van der (2002). *Preventie en Hulpverlening Meisjesprostitutie; 6 projectbeschrijvingen*. Den Haag: VNG.

Kooijman, H. (2001). Onder dwang achter het raam. Op het schoolplein lokt de loverboy. *OI25*, (6), 4, 22-26.

Nolan, M., Carr, A., Fitzpatrick, C., O'Flaherty A., Keary, K., Turner, R., O'Shea, D., Smyth, P. & Tobin, G. (2002). A comparison of two programmes for victims of child sexual abuse: a treatment outcome study. *Child Abuse Review*, (11), 101-123.

Provincie Zuid-Holland (2004), *Notitie Problematiek Loverboys*. Den Haag: Provincie Zuid-Holland.

Saywitz, K.J., Mannarino, A.P., Berliner, L. & Cohenm J.A. (2000). Treatment for Sexually Abused Children and Adolescents. *American Psychologist*, (55), 9, 1040-1049.

Stam, C. (2003). Zwarte golfjes bij het schoolplein. Zwolle intensiveert loverboyproject tegen jeugdprostitutie. *Zorg en Welzijn*, (9), 17, 22-23.

Terpstra, L. & Dijke, A. van (2003a). *One of a kind. Evaluatieonderzoek Pretty Woman*. Utrecht: Bureau Terpstra & Van Dijke.

Terpstra, L. & Dijke, A. van (2003b). *Expertisecentrum Jeugdprostitutie. Wenselijkheid en positionering*. Utrecht: Bureau Terpstra & Van Dijke.

Terpstra, L. & Dijke, A. van (2004). Tienermeiden en loverboys. Kinderprostitutie vraagt om regie en coördinatie. *Nederlands Tijdschrift voor jeugdzorg*, 1, 21-24.

Timman, S. & Schüller, V. (2003). *En toch geloof ik dat hij van mij houdt Preventie, opvang en hulpverlening aan slachtoffers van loverboys. Verslag van de gelijknamige werkconferentie georganiseerd door het Steunpunt Seksueel Geweld*. Amsterdam: Steunpunt Seksueel Geweld, GG&GD.

Van Eekeren, L.G.J. (2003). Plan van aanpak Loverboys 2003-2005.

Van Eekeren, L.G.J.(2004). Plan van aanpak Loverboys 2003-2005. Voortgangsrapportage 2004.

Venicz, E. (2001). Jeugdprostitutie. *Handboek Jeugdzorg*, C.6-1 tot C.6-15. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

VNG (2004) Loverboys. Algemene informatie en Loverboys. Inventarisatie. www.vng.nl

Zuithof, M (2004), Prostitutie is nog steeds onbespreekbaar. *Zorg en Welzijn*, (10), 14, 4-5.

Bijlage 1 Gesprekspartners inventarisatie H4

- BASE groep, Groningen, Ineke Klooster
- de Bascule, Duivendrecht/Amsterdam, Laurens Jan van den Bogaard
- Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam, Leo Rijpstra
- Bureau van Montfoort, Woerden, Liesbeth Erftemeyer
- Maatschappij Zandbergen, Utrecht, Emy van Kessel,
- PI-research, Duivendrecht, Han Spanjaard
- De Rading, Hollandsche Rading, Renate de Vries
- SAC-Amsterdam Jeugdzorg, Amsterdam, Baukje Vermeiden, Mieke Verschure
- Tender jeugdzorg, Breda, Louise Colen

Bijlage 2 Gesprekspartners inventarisatie H5

- Advies en Meldpunt Kindermishandeling
- Asja, Leeuwarden
- BJZ Amsterdam
- BJZ Gelderland, afdeling Jeugdbescherming, Nijmegen
- BJZ Limburg, afdeling gezinsvoogdij, centraal bureau Roermond
- BJZ Tilburg, afdeling Voogdijzaken
- BJZ Utrecht, afdeling jeugdreclassering, Utrecht
- Bona Dea, Helmond
- Bureau vrouwenopvang, Rotterdam
- De Bocht, Tilburg
- Den Engh, Den Dolder
- Doorgangshuis, Helmond
- Federatie opvang Amersfoort (overkoepelend orgaan vrouwenopvang)
- Jeugd en zedenpolitie, Amsterdam
- Justitiële Jeugdinstelling De Heuvelrug, Zeist
- Kindertelefoon, Amsterdam
- Meidencrisisopvang, Stichting Jeugdformaat, Den Haag
- Meidenhuis de Rading, Utrecht
- Meisa, SaC-Amsterdam Jeugdzorg, Amsterdam
- Meisjesstad, Utrecht
- Prostitutie Maatschappelijk Werk, Stichting Humanitas, Rotterdam
- Provincie Zuid-Holland
- Rubicon crisisopvang, Venlo
- Roerzicht, maatschappelijke opvang
- Rutgers Nisso groep, Utrecht
- Saadet, Rotterdam
- Scharlaken Koord, Amsterdam
- Stade dienstverlening, Utrecht
- Stafbureau Arnhem
- Steunpunt seksueel geweld, GG&GD, Amsterdam
- Stichting Chris, Landelijke christelijke kinder- en jeugdhulp, Dordrecht
- Stichting Dienst te Velde, Kollumerzwaag
- Stichting Vrouwenopvang, afdeling Jongeren. Utrecht
- Stichting Vrouwenopvang, toevluchtsoord, Groningen
- Sociaal Agogisch Centrum, HUS project, Amsterdam
- Transact, kenniscentrum, Utrecht
- Valor, De Hoenderloogroep, Hoenderloo
- Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling binnen het gezin, Nijmegen
- Vrouwenopvang, Amsterdam
- Zorggroep Suydevelt, Blijf van m'n lijf Emmen