

Programmeringsstudie Jeugdzorg

Programmeringsstudie Jeugdzorg

Nederlands Jeugdinstituut (NJI) / Rijksuniversiteit Groningen (RUG)

Leonieke Boendermaker

Annemiek Harder

Paula Speetjens

Machteld van der Pijl

Cora Bartelink

Judith van Everdingen

© 2007 Nederlands Jeugdinstituut (NJI) / Rijksuniversiteit Groningen (RUG)

Niet van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteurs

Boendermaker, L., Bartelink, C., Everdingen, J. van., Pijll, M. van der., Speetjens, P. (NJI) & Harder, A. (RUG)

Adviseurs

Yperen, T. van, & Konijn, C. (NJI)

Knorth, E. (RUG)

De Programmeringsstudie Jeugdzorg is uitgevoerd in opdracht van ZonMw.

Inhoud

<i>Inleiding</i>	7
Aanpak deelstudie Jeugdzorg	8
Opbouw van dit rapport	9
Literatuur inleiding	10
<i>Deel 1 Kennis over interventies in de nederlandse Jeugdzorg</i>	11
<i>Deel 2 Kennis over interventies op het terrein van de Jeugdzorg in het buitenland</i>	85
<i>Deel 3 Kennis over instrumenten</i>	127
<i>Samenvatting en slotbeschouwing</i>	147
Kennis over (de effectiviteit van) interventies in de Nederlandse jeugdzorg	147
Welke kennis is beschikbaar op basis van buitenlands onderzoek?	150
Welke kennis is er beschikbaar over de effectiviteit van interventies?	151
Kennis over instrumenten op het terrein van de jeugdzorg	153
Literatuur samenvatting en slotbeschouwing	161

Inleiding

De komende jaren geeft het Ministerie van VWS een impuls aan de zorg voor jeugdigen in Nederland door - onder meer - de financiering van het Kennisprogramma Jeugd.

ZonMw is binnen dit programma verantwoordelijk voor de *ontwikkeling* van kennis. Ten behoeve van het inrichten van een programma voor kennisontwikkeling op het terrein van jeugd (het Programma Jeugd) heeft VWS aan ZonMw de opdracht gegeven voor de uitvoering van een programmeringsstudie. De informatie uit de programmeringsstudie zal tevens als basis dienen voor de programmering van preventieve, curatieve en repressieve programma's in het kader van de Operatie Jong (ZonMw, 2005).

Het doel van de programmeringsstudie is om een overzicht te geven van de kennis omtrent instrumenten, interventies en communicatiestrategieën die gericht zijn op het bevorderen van de psychische, sociale, cognitieve en lichamelijke ontwikkeling van kinderen en jongeren van 9 maanden tot en met 23 jaar.¹ Daarin dienen onder meer de volgende vragen beantwoord te worden (ZonMw, 2005):

- Welke jeugdinterventies voor toepassing op de terreinen van de jeugdketen (preventie, curatie en repressie) zijn voor onderzoeksprogrammering in beeld?
- Welke kennis over de effectiviteit van interventies, inclusief de kosteneffectiviteit, is er beschikbaar?
- Welke lacunes en tegenstrijdigheden vertoont de kennis?
- Welke initiatieven op onderzoeksgebied zijn gaande om hierin te voorzien en welke aanvullingen zijn er nodig?
- Welke acties zijn aangewezen om hierin te voorzien?
- Wat betekent dit op hoofdlijnen voor het ontwikkelingsdeel van het VWS Kennisprogramma en voor de organisatie van het kennisbeleid van andere departementen?

Om deze vragen te beantwoorden heeft ZonMw opdracht gegeven tot het verrichten van drie deelstudies ter beantwoording van de eerste drie vragen. De drie deelstudies richten zich op het terrein van respectievelijk:

- het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van alle kinderen (pedagogische basisvoorzieningen, universele / collectieve preventie);
- opvoed- en opgroei steun aan ouders en kinderen die dit nodig hebben (hoog risico benadering / selectieve preventie);
- het bieden van hulp daar waar problemen bij kinderen in ernstige mate aanwezig zijn (geïndiceerde zorg / jeugdzorg).

De opdracht voor de derde deelstudie is verleend aan het Nederlands Jeugdinstituut (NJI)². Dit rapport bevat de uitkomsten van de *deelstudie Jeugdzorg*.

Het uitgangspunt bij de uitvoering van de deelstudies was aanvankelijk, dat er - in aanvulling op reeds bestaande kennis en overzichten - gezocht diende te worden in internationale literatuurbestanden naar effectieve interventies op het terrein van elke deelstudie.

¹ In deze publicatie gebruiken we de term 'kinderen' voor de leeftijdsgroep tot 12 jaar en de term 'jongeren' als de groep van 12 jaar en ouder bedoeld wordt. De term 'jeugdigen' gebruiken we als beide groepen tegelijkertijd willen aanduiden.

² Per 1 januari 2007 vormt NIZW Jeugd samen met de afdeling jeugd van het NIZW International Centre het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

De commissie Jeugd i/o heeft dit uitgangspunt later toegespitst op het bieden van een overzicht van de kennis over *interventies* en *instrumenten* beschikbaar in de *Nederlandse situatie*. Daar waar er over de Nederlandse situatie weinig – goede – informatie beschikbaar is, is een verkenning van de buitenlandse literatuur aangewezen. De commissie heeft ter afbakening van de programmeringsstudie een matrix opgesteld waarin de informatie van de drie deelstudies geordend kan worden. Voor de drie deelstudies betekent dit dat de informatie over instrumenten en interventies, geordend dient te worden naar leeftijdsgroep (-9 maanden tot 0 jaar, 0-4 jaar, 4-12 jaar, 12-16 jaar, 16-23 jaar) en naar ‘setting’ waarin opvoeding en beïnvloeding plaats vindt (thuis, onderwijs, vrije tijd en arbeid, instellingen voor jeugdzorg) (zie bijlage 1).

Aanpak deelstudie Jeugdzorg

In de deelstudie Jeugdzorg is gewerkt aan het bieden van een overzicht van de beschikbare kennis op drie terreinen:

- interventies in de Nederlandse jeugdzorg;
- interventies op het terrein van de jeugdzorg in het buitenland;
- de in Nederland aanwezig instrumenten voor signalering, diagnostiek en indicatiestelling.

Kennis over interventies in de Nederlandse jeugdzorg

Conform het uitgangspunt van de programmeringsstudie is aangesloten bij reeds bestaande kennis over interventies in de Nederlandse jeugdzorg. Drie bronnen zijn hierbij gebruikt:

- 1) de databank effectieve interventies (www.jeugdinterventies.nl),
- 2) een eerdere studie van NIZW Jeugd over onderzoek naar de effecten van jeugdzorg (Boendermaker, Van der Veldt & Booy, 2003) en
- 3) een recent afgeronde studie van Harder, Knorth en Zandberg (2006) over de residentiële jeugdzorg.

In de databank effectieve jeugdinterventies is informatie opgenomen over interventies op het brede terrein van jeugd en opvoeding. In de databank worden beschrijvingen van interventies opgenomen die gericht zijn op het verminderen van risico's of problemen in de ontwikkeling of opvoeding van kinderen en jongeren. Interventies worden alleen opgenomen als er sprake is van een goede theoretische onderbouwing, als zij daadwerkelijk worden uitgevoerd in de jeugdzorg en er informatie over de effectiviteit van de interventie aanwezig is.³

In de databank zijn bij het schrijven van dit rapport 21 *jeugdzorg*interventies opgenomen. ⁴ Deze 21 interventies kennen een goede theoretische onderbouwing, worden op dit moment toegepast in Nederland en over bijna al deze interventies (op één na) is informatie uit onderzoek beschikbaar. In de databank genoemd onderzoek is daarmee tevens één van de bronnen in de zoektocht naar literatuur over effectieve interventies in Nederland.

Het eerder door NIZW Jeugd gepubliceerde overzicht van onderzoek naar de effecten van jeugdzorg (Boendermaker, Van der Veldt & Booy, 2003) bevat informatie over 54 onderzoeken naar uiteenlopende typen interventies. Dit overzicht is gebaseerd op een inventarisatie van de literatuur van 1990 tot en met 2001. Ten behoeve van de programmeringsstudie is een update van dit literatuuroverzicht gemaakt. De studie van Harder, Knorth en Zandberg (2006) bevat een overzicht van het beschikbare onderzoek op het terrein van de residentiële jeugdzorg. Dit betreft niet alleen onderzoek naar de effecten van residentiële jeugdzorg, maar ook onderzoek naar de kenmerken en problemen van jeugdigen die in de residentiële jeugdzorg verblijven, de hulpverleners die er werken en de activiteiten die er worden verricht. Voor de programmeringsstudie is een deel van het materiaal uit deze studie geselecteerd en bewerkt. Ook is de

³ Voor verdere uitleg over de criteria voor opname in de databank en beschrijving van de interventie verwijzen we naar www.jeugdinterventies.nl.

⁴ Stand van zaken d.d. 1 november 2006.

informatie uitgebreid met onderzoek naar de pleegzorg en is er een laatste update van het materiaal verricht.

De informatie uit de hiervoor genoemde drie bronnen (de databank en de beide eerdere onderzoeken) wordt in dit rapport geïntegreerd en ook opgenomen in de door de commissie Jeugd i/o opgestelde matrix. Voor de verdere verantwoording van dit onderdeel verwijzen we naar de desbetreffende hoofdstukken in dit rapport.

Kennis over interventies op het terrein van de jeugdzorg in het buitenland

Uit het eerder verrichte overzicht van Nederlands onderzoek naar interventies blijkt dat er slechts over een klein aantal interventies informatie beschikbaar is op basis van goede onderzoeksdesigns. Daarom is in deze programmeringsstudie aanvullende informatie verzameld op basis van de internationale literatuur.

Ook hierbij is aangesloten bij de eerder genoemde publicatie van Harder e.a. (2006) en een eerdere publicatie van NIZW Jeugd. Het gaat in dat laatste geval om een studie van Konijn (2003) waarin op basis van meta-analyses en reviews een overzicht geboden wordt van de onderzochte probleemgroepen en interventies op het terrein van de jeugdzorg. Het overzicht van Konijn is gebaseerd op een zoektocht in de internationale literatuur van 1990 tot en met 2001. Ten behoeve van de programmeringsstudie hebben we een update verricht van deze search en de uitkomsten van de bestaande en de nieuwe search geïntegreerd. Hetzelfde is gedaan met de informatie uit Harder e.a. (2006). Voor de verdere verantwoording van dit onderdeel verwijzen we naar de desbetreffende hoofdstukken in dit rapport.

Kennis over beschikbare instrumenten in Nederland

Voor het achterhalen van kennis over instrumenten is – conform de door de commissie Jeugd i/o gewenste focus – gezocht naar in Nederland beschikbare kennis over instrumenten en het gebruik ervan. Het rapport van de Inventgroep (Hermanns e.a., 2005) is hier als startpunt genomen. Daarnaast is een search verricht in Nederlandstalige literatuurbestanden. Voor de verantwoording verwijzen we naar het desbetreffende hoofdstuk in dit rapport.

Opbouw van dit rapport

In dit rapport komt de informatie op de drie terreinen in afzonderlijke deelrapporten aan de orde. Deelrapport 1 bevat de informatie over interventies in Nederland, deelrapport 2 bevat de informatie over interventies in het buitenland en deelrapport 3 gaat over instrumenten in Nederland. De opbouw van de deelrapporten komt in elk deel afzonderlijk aan de orde én is te vinden in de inhoudsopgave van dit rapport. Het rapport wordt afgesloten met een slotbeschouwing. De bijlagen van de drie deelstudies zijn opgenomen in een aparte band.

Bij de verschillende onderdelen zijn verschillende auteurs betrokken.

Deel 1 is van de hand van Leonieke Boendermaker en Paula Speetjens. De informatie over residentiële zorg en pleegzorg in deel 1 is van de hand van Annemiek Harder en Erik Knorth.

Deel 2 is geschreven door Cora Bartelink en Leonieke Boendermaker. De hoofdstukken over residentiële zorg en pleegzorg zijn van Annemiek Harder en Erik Knorth.

Voor deel 3 zijn Machteld van der Pijll en Leonieke Boendermaker verantwoordelijk.

De inleiding en slotbeschouwing komen voor rekening van alle auteurs gezamenlijk.

Literatuur inleiding

- Boendermaker, L., Veldt, M. C. van der, & Booy, Y. (2003). *Nederlands onderzoek naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Zandberg, Tj. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld: een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.
- Hermanns, J., Öry, F., & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller, beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. www.integratedcare.nl.
- Konijn, C. (red) (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW
- ZonMw (2005). *Plan van aanpak Programmeringsstudie Jeugd*. Den Haag: ZonMw.

Deel 1

Kennis over interventies in de Nederlandse Jeugdzorg

Inhoud deel 1

1	<i>Informatie over interventies in Nederland</i>	14
1.1	Onderzoek naar interventies	14
1.2	Verantwoording literatuursearch	17
1.3	Resultaat literatuursearch.....	18
1.4	Opzet van het eerste deelrapport	19
2	<i>Onderzochte interventies en probleemgroepen en het type onderzoek</i>	20
2.1	Onderzochte interventies	20
2.2	Onderzochte probleemgroepen	22
2.3	Interventies en probleemgroepen	23
2.4	Type onderzoek en beoordeling van het gevonden onderzoek	24
2.4	Conclusie.....	26
3	<i>Jeugdigen met angst- en stemmingsstoornissen</i>	29
4	<i>Autistische jeugdigen</i>	31
5	<i>Jeugdigen met ADHD</i>	33
6	<i>Jeugdigen met problemen in de anger-control</i>	35
7	<i>Jeugdigen met gebrekkige sociale en probleemoplossende vaardigheden</i>	37
8	<i>Jeugdigen met milde gedragsproblemen</i>	39
9	<i>Jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen</i>	41
9.1	Thuishulp	41
9.2	Pleegzorg.....	41
9.3	Semi-residentiële hulp	43
9.4	Residentiële zorg	45
9.5	Conclusie jongeren met emotionele en gedragsproblemen	48
10	<i>Jeugdigen met (ernstig) antisociaal en delinquent gedrag</i>	49
10.1	Ambulante begeleiding.....	49
10.2	Residentiële interventies	50
10.3	Conclusie jongeren met ernstig antisociaal en delinquent gedrag	53
11	<i>Jongeren die thuisloos zijn of dat dreigen te worden</i>	55
12	<i>Gezinnen met meervoudige problematiek</i>	57
13	<i>Jeugdigen met overige problemen</i>	61
14	<i>Conclusie en Discussie</i>	65
14.1	Doelgroepen en interventies	65
14.2	Kwaliteit van het onderzoek	65
14.3	Wat weten we?.....	69
14.4	Wat is er nodig?.....	74
	<i>Literatuurlijst</i>	77

Overige aangehaalde literatuur bij deel 1.....83

1 Informatie over interventies in Nederland

In dit deelrapport over interventies in Nederland zoeken we een antwoord op de volgende drie vragen:

- Welke jeugdinterventies voor toepassing op de terreinen van de jeugdzorg zijn in beeld?
- Welke kennis over de effectiviteit van interventies, inclusief de kosteneffectiviteit, is er beschikbaar?
- Welke lacunes en tegenstrijdigheden vertoont de kennis?

Welke interventies zijn er in beeld binnen de jeugdzorg? In totaal wordt geschat dat er tussen de 550 en 1500 zorgmodules of interventies voor jeugdzorg beschikbaar zijn (Loeffen, Ooms, & Wijergangs, 2004). Dat over lang niet al deze interventies informatie beschikbaar is, blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek van Veerman, Janssen en Delicat (2004). Deze auteurs inventariseerden de verschillende gezinsinterventies die er in ons land toegepast worden. Zij komen op een totaal aantal van 92 gezinsinterventies. Slechts over 24 van deze gezinsinterventies kon nadere informatie gevonden worden m.b.t. de inhoud en uitkomsten van de interventies.

In dit onderzoek beantwoorden we de vraag naar welke jeugdinterventies in beeld zijn, aan de hand van informatie uit *onderzoek* naar interventies. Ter beantwoording van deze vraag is op verschillende manieren gezocht naar informatie. Zo is er in de (in de inleiding reeds genoemde) Databank effectieve jeugdinterventies gezocht naar interventies op het terrein van de jeugdzorg. Hier zijn 21 interventies gevonden, waarbij in de databank is nagegaan welk onderzoek hiernaar verricht is. Daarnaast is gericht gezocht naar publicaties over onderzoek naar interventies in de Nederlandse jeugdzorg. Bij het verzamelen van literatuur over de effectiviteit van interventies zijn we uitgegaan van twee al bestaande overzichten. Het betreft het overzicht van Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg van Boendermaker, Van der Veldt en Booy (2003) en het overzicht van onderzoek naar de kwaliteit en effectiviteit van residentiële jeugdzorg van Harder, Knorth en Zandberg (2006). Beide studies zijn gebaseerd op een uitgebreide search in de Nederlandstalige literatuur naar onderzoek over de effecten van interventies. Voor de programmeringsstudie is een update verricht van de searches die aan beide studies ten grondslag liggen.

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op criteria voor het beoordelen van interventies (1.1), vervolgens komt de zoekprocedure aan de orde (1.2), de gevonden literatuur en de keuzes die op basis daarvan gemaakt zijn (1.3). Daarna gaan we in de op opbouw van dit deelrapport en de manier waarop we het materiaal presenteren (1.4).

1.1 Onderzoek naar interventies

De vragen die in dit deelonderzoek centraal staan, zijn gericht op het verkrijgen van een overzicht van de interventies in de jeugdzorg waarover we iets weten en wat we dan precies weten. Er bestaan in de literatuur verschillende classificaties om de kwaliteit van effectonderzoek, en daarmee de 'hardheid' van het bewijs voor de effectiviteit van een interventie, aan te duiden (zie o.a. Geddes, 1999; Farrington, 2003). Een bekend voorbeeld is de Maryland Scientific Methods scale (MSMs) (Sherman e.a., 1997) waarin onderzoek wordt ingedeeld op vijf niveaus:

- Niveau 1: Er is sprake van een correlatie tussen een interventie en een afhankelijke variabele die in theorie geassocieerd is met de uitkomsten van een interventie.
- Niveau 2: De volgtijdelijkheid tussen de inzet van een interventie en de resultaten zijn duidelijk te observeren. Er is een vergelijkingsgroep zonder dat aangetoond is dat deze vergelijkbaar is met de interventiegroep.
- Niveau 3: Er is sprake van een vergelijking van twee of meer vergelijkbare groepen, één met en één zonder de interventie.

- Niveau 4: Als 3, maar nu met een controle over een aantal factoren om de vergelijkbaarheid van de groepen aannemelijker te maken.
- Niveau 5: Er is sprake van een aselechte toewijzing aan vergelijkbare groepen, bestaand uit de interventiegroep en vergelijkingsgroepen.

Een onderzoek op niveau 5 geldt als de sterkste opzet, waarmee de uitkomsten als het meest 'hard' gelden. Onderzoek op dit niveau blijkt tegelijkertijd het meest moeilijk om in de praktijk uit te voeren.

Een andere veel genoemde indeling, waarin een relatie wordt gelegd met de mate waarin een interventie effectief genoemd mag worden, is die van de American Psychological Association (APA) uit 1995. Aan de indeling van de APA zijn door Chorpita e.a. (2002) nog drie niveaus toegevoegd. In deze indeling worden vijf niveaus onderscheiden voor interventies, variërend van 'well-established' (niveau 1) tot 'possibly harmful treatments' (niveau 5). Volgens deze indeling is een interventie een 'gevestigde' interventie als er aan de volgende voorwaarden is voldaan (Chorpita e.a., 2002, pp. 169):

I

At least two good between group design experiments demonstrating efficacy in one or more of the following ways:

- a) superior to pill placebo, psychological placebo or another treatment*
- b) equivalent to an already established treatment in experiments with adequate statistical power (about 30 per group)*

OR

II

A large series of single case design experiments (N>8) demonstrating efficacy. These experiments must have:

- a) used good experimental designs*
- b) compared the intervention to another treatment as in Ia*

AND (for both I and II)

- *Experiments must be conducted with treatment manuals*
- *Characteristics of the clients samples must be clearly specified*
- *Effects must have been demonstrated by at least two different investigators or teams of investigators*

Er worden daarmee nogal wat eisen gesteld aan onderzoek op basis waarvan uitspraken over interventies gedaan kunnen worden. In aansluiting op buitenlandse databanken die een overzicht bieden van werkzame interventies, is er bij de voorloper van het Nederlands Jeugdinstituut, NIZW Jeugd, veel werk verricht om een classificatieschema op te stellen aan de hand waarvan de kwaliteit van uitgevoerd onderzoek en de mate waarin onderzoek laat zien dat de interventie leidt tot het realiseren van de gestelde doelen, in kaart gebracht kan worden. Daarin is onder andere de beoordeling van de interne en externe validiteit opgenomen, zoals geformuleerd door Farrington (2003) in een artikel over de tekortkomingen van de hierboven genoemde MSMs. De interne validiteit verwijst naar de mate waarin een causale relatie gelegd kan worden tussen de interventie en de uitkomsten.

In het al bestaande overzicht van onderzoek naar de effecten van jeugdzorg (Boendermaker e.a., 2003) hebben we gewerkt met een eerste beoordeling van het gevonden onderzoek.

In verschillende experimentele onderzoeken bijvoorbeeld, wordt een interventie toegepast op een speciaal geselecteerde groep cliënten die één bepaald probleem heeft, waaraan gewerkt wordt door speciaal getrainde hulpverleners die een speciaal ontwikkeld protocol hanteren. Op die manier kan goed bekeken worden of de interventie werkt: er is sprake van hoge mate van interne validiteit.

In het afgelopen decennium is er steeds meer discussie gekomen over de reikwijdte van de uitkomsten van een dergelijke experimentele opzet. Het grootste bezwaar is dat dergelijke studies vaak niet gaan over 'echte mensen met echte problemen' (Veerman, 1997). Immers, in de dagelijkse praktijk worden hulpverleners geconfronteerd met ouders en jeugdigen met verschillende, veelal ernstige problemen

tegelijkertijd en is ook de training en supervisie van de hulpverleners minder goed geregeld dan in (quasi)experimentele studies het geval is. Wordt er in de ‘echte’ praktijk een interventie onderzocht, dan blijkt deze vaak niet of onvoldoende te werken (Weisz & Weiss, 1993). De negatieve uitkomsten zijn o.a. te wijten aan complexiteit van de problematiek én van de interventies. Maar het gaat wel om ‘echte mensen met echte problemen’. Er is dan sprake van een hoge externe validiteit.

In de bespreking van de onderzoeken zijn we in het 2003 rapport telkens kort ingaan op de mate van interne en externe validiteit van de besproken onderzoeken. We gaven daarmee een indicatie van de ‘hardheid’ van de gevonden informatie en we gaven dat aan met de volgende symbolen (zie box. 1):

Box 1 Beoordeling van onderzoek in studie Boendermaker e.a. (2003)

- +++ Hoge mate van interne validiteit én externe validiteit, d.w.z. onderzoek op basis waarvan uitspraken gedaan kunnen worden over het effect van de onderzochte interventie en waarbij de uitkomst ook bij toepassing in de dagelijkse praktijk te verwachten is.
- ++ Hoge mate van interne validiteit, d.w.z. onderzoek op basis waarvan uitspraken gedaan kunnen worden over het effect van de onderzochte interventie bij de onderzochte groep, maar niet noodzakelijk bij toepassing in de dagelijkse praktijk.
- + Onderzoek met een lage interne validiteit, maar met een hoge externe validiteit, d.w.z. onderzoek waarin bepaalde veranderingen in kaart zijn gebracht bij de onderzochte groep, maar niet uitgesloten kan worden dat de veranderingen toe te schrijven zijn aan rijping of andere factoren. (hieronder valt bijvoorbeeld veranderingsonderzoek met een goede beschrijving van de interventie)
- (+) Onderzoek waarbij veranderingen bij de onderzochte probleemgroep in kaart zijn gebracht, maar waarin sprake is van een lage interne én externe validiteit en waarbij op basis van de geboden informatie geen uitspraken te doen zijn over een effect.

De afgelopen jaren heeft zich dit verder ontwikkeld en op dit moment wordt er ten behoeve van de Databank effectieve jeugdinterventies een indeling gebruikt waarin duidelijker geoperationaliseerd is wanneer er sprake is van een hoge interne en externe validiteit (zie box 2). In deze indeling worden sterren toegekend aan onderzoek. Hoe meer sterren, hoe ‘harder’ de gevonden informatie.

Box 2 Beoordeling onderzoek in Databank effectieve jeugdinterventies

- **Een vier-sterren-effectonderzoek (****)** staat voor een studie:
 - die duidelijk gericht is op de doelen van de interventie,
 - waarin betrouwbare meetinstrumenten zijn gebruikt die de doelen goed operationaliseren,
 - waarin een voormeting, een nameting en een follow-up-meting (zes maanden of later na beëindiging van de interventie) zijn gedaan,
 - waarbij de meting is verricht bij een experimentele en een controlegroep,
 - waarin de resultaten statistisch goed zijn geanalyseerd (onder meer met toetsing van significantie van gemeten verschillen), en
 - waarbij de interventie en de metingen in de praktijk hebben plaatsgevonden.
 Dit soort studies wordt ook wel aangeduid als (quasi-)experimenteel onderzoek in de praktijk met follow-up.
- **Een drie-sterren-effectonderzoek (***)** staat voor hetzelfde als een vier-sterren-onderzoek, maar hier is er geen follow-up of de follow-up gebeurt eerder dan zes maanden na beëindiging van de interventie.
- **Een twee-sterren-effectonderzoek (**)** staat voor hetzelfde als drie of vier sterren, maar de studie is niet in de praktijk uitgevoerd.
- **Een effectonderzoek met één ster (*)** staat voor effectonderzoek met een voor- en nameting, maar zonder controlegroep. Verder is er soms wel en soms geen follow-up. Voor het overige gelden dezelfde kenmerken als voor de onderzoeken met twee, drie of vier sterren (gericht op de interventiedoelen, gebruik van betrouwbare instrumenten en statistisch goed geanalyseerd). Dit soort studies wordt vrijwel altijd uitgevoerd in de praktijk. Deze categorie heet ook wel niet-experimenteel of veranderingsonderzoek.
- **Een effectonderzoek zonder ster (°)** staat voor alle overige typen onderzoek.

In dit deelrapport presenteren we een overzicht van onderzoek naar interventies in de Nederlandse jeugdzorg. We zullen het onderzoek beoordelen zoals inmiddels voor de databank te doen gebruikelijk, om op die manier een beeld te geven van de kwaliteit van de beschikbare kennis.

1.2 Verantwoording literatuursearch

Onderzoek jeugdzorginterventies

Het overzicht van onderzoek naar de effecten van jeugdzorg uit 2003 is gebaseerd op een search waarin informatie tot en met het jaar 2001 is verzameld uit diverse bronnen. Voor de update is uit dezelfde bronnen informatie verzameld, nu van 2000 tot heden (zie box 1).

Behalve met behulp van de in box 1 gepresenteerde zoektermen, is er ook gezocht aan de hand van namen van onderzoekers en onderzoeksgroepen van wie bekend is dat zij zich bezig houden met resultaatmetingen binnen de jeugdzorg. Daarnaast zijn websites bekeken van enkele onderzoeksbureaus die regelmatig evaluatieonderzoek binnen de (justitiële) jeugdzorg verrichten (Van Dijk en Van Someren en Partners B.V., Advies & Onderzoeksgroep Beke, E&M Syntax, PI-research, Praktikon, WODC). Ook zijn de inhoudsopgaven van de jaargangen 1990 tot en met 2006 van de volgende tijdschriften doorgenomen:

- Kind en Adolescent;
- Tijdschrift voor Orthopedagogiek;
- Jeugdonderzoek (beëindigd in 1995);
- Pedagogiek, wetenschappelijk forum voor opvoeding, onderwijs en vorming;
- Gezin/ Gezinstherapie (beëindig m.i.v. 1996);
- Maandblad Geestelijke Volksgezondheid;
- Justitiële Verkenningen.

Tot slot is er in de gevonden publicaties gekeken naar eventuele nieuwe referenties.

Box 1: Bronnen en zoektermen studie effecten jeugdzorg

De volgende literatuurbestanden zijn geraadpleegd:

- Mulock Houwer Bibliotheek (Nji)
- PiCarta (catalogus Nederlandse bibliotheken)
- Databank effectieve jeugdinterventies (Nji)
- Bibliotheek Trimbos-instituut
- Nederlands Instituut Wetenschappelijke Informatiediensten (NIWI)

Gehanteerde zoektermen:

- effect, effecten, effectiviteit, effectief, effectmeting
- resultaat, resultaten, resultaatmeting,
- doeltreffendheid, doelmatigheid,
- 1990 tot en met 2000 / 2001 tot en met 2006
- jeugd*, kinderen*, adolescent*

Onderzoek residentiële jeugdzorg

Het overzicht van onderzoek naar de effectiviteit van de residentiële jeugdzorg is een onderdeel van een veel bredere literatuurstudie naar hetgeen er bekend is over de kwaliteit en effectiviteit van residentiële jeugdzorg. In box 2 worden de gebruikte bronnen en zoektermen van deze studie weergegeven. Tevens is in de geraadpleegde bestanden gezocht op naam van auteurs van wie bekend is dat zij onderzoek naar de residentiële jeugdzorg verrichten. Ook is er gebruik gemaakt van de zogenaamde sneeuwbalmethode. Daarnaast zijn de inhoudsopgaven van de jaargangen 1990-2005 doorgenomen van de volgende Nederlandstalige tijdschriften:

- Comenius (voorloper tijdschrift Pedagogiek, 1990-1999);
- Kind en Adolescent;
- Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg;

- Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs, (voorloper tijdschrift Pedagogiek, 1990-1999);
- Pedagogiek (vanaf 2000);
- Tijdschrift voor Orthopedagogiek;
- Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie (TOKK);
- Tijdschrift voor Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH).

Ten behoeve van de programmeringsstudie zijn die studies uit de reeds verrichtte search gelicht, die gaan over onderzoek naar de effecten van residentiële jeugdzorg. Aanvullend is nog gericht gezocht naar Nederlandse studies over pleegzorg die van 1990 tot heden zijn uitgevoerd. Hiervoor zijn aanvullende zoektermen gebruikt, namelijk pleegzorg, foster care, treatment foster care en breakdown.

Box 2: Bronnen en zoektermen studie residentiële jeugdzorg

De volgende literatuurbestanden zijn geraadpleegd:

- Mulock Houwer Bibliotheek (Nji)
- PiCarta (catalogus Nederlandse bibliotheken)
- Databank effectieve jeugdinterventies (Nji)

Gehanteerde zoektermen:

- residentiële; intramur*; institution*; uithuis*; jeugdpsychiatr*; tehuis; internaat;
- jeugd*; kind*; adolescent*; jonge*;
- pedagogisch; groepswerk; maatschappelijk werk; groepsleiding;
- hulpverlening; behandel*; jeugdzorg; (justitiële) *inrichting*; instelling; milieu therapie;
- effectiviteit; effect*; uitkomsten; result*; uitval; doelrealisatie; tevredenheid; evalu*; succes*; kosten effectiviteit; kwaliteit van zorg; kwaliteit*;
- meta-analyse; review; overzicht*.

1.3 Resultaat literatuursearch

Zowel voor de studie naar de effecten van *jeugdzorg*, als voor de studie naar effecten van *residentiële jeugdzorg* en *pleegzorg* is vrij breed gezocht.

Zo werd in de search over *residentiële jeugdzorg* gezocht naar publicaties over kwaliteit én effectiviteit van residentiële zorg. Voor de programmeringsstudie is gebruik gemaakt van een selectie van het materiaal. Het betreft - over de periode 1990 tot en met 2005 - 21 primaire studies naar effecten van residentiële jeugdzorg, 3 studies naar effecten van pleegzorg, 5 overzichtsstudies of besprekingen van literatuur over effecten van residentiële jeugdzorg en 1 meta-analyse.⁵

In de search naar *jeugdzorgonderzoek* is bewust geen zoekterm opgenomen over het type interventie (preventief, curatief) om te voorkomen dat onderzoek naar interventies gemist werd. Hierdoor werden er ook flink wat onderzoeken gevonden naar interventies die algemeen preventief van aard zijn of niet binnen de geïndiceerde jeugdzorg worden aangeboden maar binnen de pedagogische basisvoorzieningen. Deze onderzoeken vallen binnen het bereik van de beide andere deelstudies in de programmeringsstudie (zie Inleiding).

Zo namen we in het rapport in 2003 geen onderzoek mee naar Opstap, Home Start en bijvoorbeeld Kaleidoscoop. Ook voorlichtingscampagnes rond kindermishandeling lieten we buiten beschouwing.⁶ Na uitvoering van de update van de search uit 2003 vielen bijvoorbeeld publicaties af naar de preventie van roken (Spruijt, Bouwens, & Van der Vrie, 2004), naar de gevolgen van vroegtijdige interventie bij te vroeg geboren kinderen (Demir, Methorst, Oudesluys-Murphy, Smit, Staring & Versluis, 2006) of interventies bij

⁵ Het rapport uit 2003 vormde één van de bronnen voor de zoektocht naar literatuur over residentiële hulpverlening van Harder e.a. (2006). Er is daardoor overlap in de informatie uit deze beide studies. Van de 21 studies zijn er 12 die nog niet gepubliceerd zijn in het rapport uit 2003.

⁶ Voor een overzicht van de niet meegenomen studies verwijzen we naar het rapport uit 2003.

de GGD voor preventie van psychologische problematiek bij jeugdigen (Blokland, Prinsen, & Ter Riet, 2004).⁷

Eén onderzoek kwam in beide searches naar voren, maar is niet meegenomen in de analyse van het materiaal. Het betreft een studie naar de werkwijze in de justitiële jeugdinrichting Den Engh, waarin ook de resultaten van het verblijf in deze inrichting aan de orde komen (Jonker, 2004). We hebben deze studie buiten beschouwing gelaten omdat vooraf al duidelijk was dat de resultaten in de studie niet accuraat vastgesteld zijn (zie Wartna, Kalidien & Essers, 2006).

Wij behandelen in deze deelstudie alleen de onderzoeken naar interventies die óf door Bureau Jeugdzorg zelf gegeven worden (de zgn. kort ambulante hulp en de begeleiding in het kader van voogdij, gezinsvoogdij of jeugdreclassering), óf waarvoor Bureau Jeugdzorg een indicatie verstrekt (inclusief jeugd-ggz en jeugd lvg sector). In totaal gaat het om 97 studies (56 primaire studies uit het eerder gepubliceerde onderzoek uit 2003, 41 primaire studies uit de update van de search). Daarnaast is er één meta-analyse naar Nederlandse primaire studies gevonden en 5 reviews van Nederlands onderzoek. In totaal zijn er dus 103 onderzoeken die besproken zullen worden

1.4 Opzet van het eerste deelrapport

In dit rapport bekijken we de 97 studies, 5 reviews en de meta-analyse op twee manieren. Allereerst geven we in hoofdstuk 2 een overzicht van de onderzochte probleemgroepen en interventies. Ook gaan we in op het type onderzoek en geven we een beoordeling van dat onderzoek aan de hand van de criteria die gebruikt worden in de Databank effectieve jeugdinterventies.

In hoofdstuk 3 tot en met 13 gaan we inhoudelijk op de 97 studies in. We behandelen de informatie uit de Nederlandse studies per probleemgroep. Telkens zetten we per probleemgroep kort op een rij wát er onderzocht is (welk type interventies en met welk type onderzoek). De informatie is steeds geordend in een tabel, waarbij de onderzoeken zijn gerangschikt naar publicatiedatum. Dit is gedaan omdat op die manier de informatie uit de nieuwe search makkelijk toegevoegd kon worden aan het reeds bestaande materiaal.

We sluiten de beschrijving van de studies over een bepaalde probleemgroep telkens af met een korte bespreking rond de vraag: wat weten we hier nu mee? De gevonden meta-analyse en de vijf reviews komen aan de orde bij de probleemgroep en interventies die in de meta-analyse of reviews onderzocht zijn. Hoofdstuk 14 bevat de conclusie en discussie van dit deelrapport over interventies in de Nederlandse jeugdzorg.

De bespreking van de uitkomsten van de studies in dit deelrapport zijn kort gehouden. Voor meer uitgebreide informatie over de afzonderlijke studies verwijzen we naar de rapporten van Boendermaker e.a. (2003) en Harder e.a. (2006). Voor informatie over de studies uit de update search én voor informatie over de selectie van studies naar de effecten van residentiële jeugdzorg en pleegzorg, verwijzen we naar de ingevulde tabellen in de bijlagen van deze deelstudie.

⁷ Een overzicht van de niet meegenomen literatuur is op te vragen bij de auteurs.

2 Onderzochte interventies en probleemgroepen en het type onderzoek

Over welke interventies die in ons land toegepast worden, is informatie beschikbaar?

We noemden al eerder dat in de Databank effectieve jeugdinterventies 21 interventies te vinden zijn die binnen de jeugdzorg worden uitgevoerd. In box 3 is een overzicht opgenomen van de gevonden interventies.⁸ Naast de informatie uit de Databank, leverde de literatuursearch 97 onderzoeken op met daarin informatie over verschillende typen interventies.

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van het type interventies waarover er informatie beschikbaar is (2.1.), de probleemgroepen waarop deze interventies zich richten (2.2.), welke interventies er per probleemgroep onderzocht zijn (2.3), en het type onderzoek dat er gedaan is (2.4). We sluiten het hoofdstuk af met een korte samenvatting in 2.5.

Box 3: Jeugdzorginterventies in de Databank effectieve jeugdinterventies (november 2006)

Beeldcommunicatie	Gezins-Cognitieve Gedragtherapie (Gezins-CGT)
Beter met Thuis	Groepsmediatietherapie
Big Brothers, Big Sisters (MATCH)	Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)
De Versterking	Jeugdhulp Thuis
Denken en Voelen	Minder boos en opstandig
Droog Bed Training (DBT)	Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)
Equip	Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP
Eye Movement Desensitisation & Reprocessing (EMDR)	Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB)
Families First	Stemmingmakerij
Functionele Gezinstherapie / Functional Family Therapy (FFT)	Twaalf-min procedure Haaglanden (STOP/Prejop)
	VertrekTraining (VT)

2.1 Onderzochte interventies

Naar welke interventies is onderzoek gedaan? De literatuursearch leverde bijna 100 onderzoeken op, waarmee er informatie beschikbaar is over verschillende typen interventies. We onderscheiden medicatie, (cognitieve) gedragstherapie, training van sociale en probleemoplossende vaardigheden, speltherapie, ambulante begeleiding, daghulp, hulp in een pleeggezin, residentiële hulpverlening, cursussen aan ouders/mediatietherapie en een restcategorie van uiteenlopende interventies.

In tabel 2.1 is een overzicht opgenomen van de interventies waar in de periode 1990-2006 onderzoek naar is gedaan. Daaruit is af te lezen dat de meeste studies gedaan worden naar residentiële hulp (28 studies). Het gaat daarbij zowel om tehuizen in een bepaalde regio, (forensisch) jeugdpsychiatrische klinieken, kleinschalige voorzieningen en centra voor kamertraining als om justitiële jeugdinrichtingen. Na de residentiële hulp zijn intensieve interventies in het gezin (19 studies) het meest onderzocht. Het gaat om studies naar *Families First*, naar diverse modules van 'Hulp aan Huis', naar het 'Nijmeegse Gezinsproject', 'Orthopedagogische Thuishulp' en andere intensieve interventies in het gezin.

Daarna zijn het vooral de diverse vormen van ambulante begeleiding -bijvoorbeeld van jongeren in *Youth at Risk* of bij HALT, van jonge kinderen via een STOP-reactie, van meisjes die het risico lopen in de prostitutie te belanden bij 'Pretty Woman'- én verschillende cognitief gedragstherapeutische trainingen die onderzocht zijn (respectievelijk 14 en 12 onderzoeken).

⁸ Voor een beschrijving van deze interventies verwijzen we naar www.jeugdinterventies.nl

Het valt op dat de pleegzorg maar in enkele onderzoeken aan bod komt. Ook non-verbale interventies zijn nauwelijks onderzocht. Er is één studie gevonden naar speltherapie voor kinderen (beeldcommunicatie), maar bijvoorbeeld geen onderzoeken naar de diverse vormen van creatieve therapie (muziek, beeldend, dans) die vaak ingezet worden als onderdeel van residentiële behandeling. Ook is er weinig onderzoek gevonden naar het gebruik van medicatie (drie studies)⁹ en ook de diverse vormen van daghulp in ons land zijn met drie studies maar erg weinig onderzocht.

Wanneer we de gevonden interventies leggen naast de rubrieken uit de tabel zorgvarianten (Van Yperen, Konijn & Ten Berge, 1999) zijn er geen interventies die helemaal niet aan bod komen, behoudens preventieve interventies zoals telefonische hulpdiensten en informatielijnen die buiten het bereik van deze deelstudie vallen.

Tabel 1. Interventies die onderwerp zijn van effectonderzoek in de periode 1990-2006

<i>Type interventie</i>	<i>Boendermaker e.a. (2003)</i>	<i>Deze studie</i> ¹⁰	<i>Totaal</i>
<i>Medicatie</i>	3	1	4
<i>(Cognitieve) gedragstherapie</i>	10	2	12
<i>Sociale vaardigheidstraining</i>	2	1	3
<i>Speltherapie</i>	1	-	1
<i>Residentiële hulp</i>	14	14	28
<i>Opname in diverse typen tehuizen</i>	9	13	22
<i>Tehuis als aanvulling op hulp thuis</i>	1	-	1
<i>Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek/PI</i>	4	1	5
<i>Gezinsinterventies / thuishulp</i>	10	9	19
<i>Families First</i>	2	1	3
<i>Video hometraining</i>	3	-	3
<i>Video feedback training</i>		2	2
<i>Andere intensieve thuishulp</i>	2	2	4
<i>Diverse soorten intensieve thuis-hulp/gezinsbehandeling</i>	3	4	7
<i>(therapeutische) Pleegzorg</i>	2	4	6
<i>Daghulp</i>	3	-	3
<i>Ambulante begeleiding</i>	5	9	14
<i>Oudercursus / mediatietherapie</i>	5	1	6
<i>Uiteenlopende interventies</i>	1	-	1
Totaal	56	41	97

⁹ Nederlandse ziekenhuizen en psychiatrische klinieken doen wel mee in internationale geneesmiddelenstudies gefinancierd door de farmaceutische industrie. Wellicht zijn die publicaties niet opgenomen in de databases die wij doorzocht hebben.

¹⁰ Bij het uitvoeren van de update van de search uit het rapport 2003, kwamen ook nog enkele onderzoeken naar voren die vóór 2001 gepubliceerd zijn. We rapporteren dit allemaal, inclusief de studies van Harder e.a. (2006) als 'update' informatie onder de noemer 'deze studie'.

2.2 Onderzochte probleemgroepen

In de 97 studies worden interventies onderzocht voor uiteenlopende probleemgroepen (tabel 2.2). De probleemgroep waar het meeste onderzoek naar is gedaan, is die van jeugdigen met gedragsstoornissen. Ongeveer tweederde van de studies gaat over deze groep, die overigens te onderscheiden is in verschillende subgroepen. In totaal 24 studies gaan over interventies voor jeugdigen waarvan de problemen in die studies worden aangeduid als ‘emotionele en gedragsproblemen’ of ‘psychosociale problemen’. We hebben hieronder de studies geschaard die over jongeren met gedragsproblemen gaan, zonder dat er expliciet sprake is van delinquentie. Op de tweede plaats komen de onderzoeken naar interventies binnen de jeugdzorg voor jongeren met (ernstig) antisociaal en delinquent gedrag (21 studies). Dit betreft onderzoeken naar interventies die specifiek bedoeld zijn voor kinderen of jongeren met politiecontacten, zoals onderzoek naar de STOP-reactie, Halt en training in opvoedingsvaardigheden voor ouders van jongeren die door de jeugdreclassering begeleid worden. Ook onderzoek naar de effecten van een verblijf in de justitiële jeugdinrichtingen is in deze categorie ingedeeld.

Daarnaast zijn er 13 onderzoeken gevonden naar interventies in gezinnen met meervoudige problemen, zes onderzoeken naar interventies bij angst- en stemmingsstoornissen, drie naar interventies bij autistische jeugdigen en negen onderzoeken naar ‘overige’ probleemgroepen.

Tabel 2. Probleemgroepen die onderwerp zijn van effectonderzoek in de periode 1990-2006

Type Probleemgroep	Boendermaker e.a. (2003)	Deze studie	Totaal
<i>Jeugdigen met angst en stemmingsstoornissen</i>	5	1	6
• Angststoornis	3	1	4
• Obsessief-compulsieve stoornis	1	-	1
• Depressie	1	-	1
<i>Autistische jeugdigen</i>	3	-	3
<i>Jeugdigen met gedragsstoornissen</i>	38	28	66
• ADHD	5	2	7
• Boosheid en agressie (<i>Anger</i>)	3	-	3
• Gebrekkige sociale en probleemoplossende vaardigheden	2	1	3
• Milde gedragsproblemen	4	1	5
• Emotionele en gedragsproblemen / psychosociale problemen	13	11	24
• (ernstig) antisociaal en delinquent gedrag	9	12	21
• Thuisloosheid en zwerven	2	-	2
• Verslaving	-	1	1
<i>Gezinnen met meervoudige problematiek</i>	6	7	13
<i>Jeugdigen met overige problemen</i>	4	5	9
• Kinderen die in het gezin met geweld te maken krijgen	-	1	
• Bedplassen	1	-	
• Meisjes met meervoudige problemen	1	-	
• Meisjes met (risico voor) prostitutie door Loverboys	-	1	
• Kinderen met een moeder met een onveilige gehechtheidsrepresentatie	-	1	
• Jongeren die begeleiding bij zelfstandig wonen nodig hebben	-	1	
• Sociaal geïsoleerde kinderen		1	
• Jongeren met uiteenlopende problemen	1	-	
• Uithuisgeplaatste jonge kinderen	1		
<i>Totaal</i>	56	41	97

2.3. Interventies en probleemgroepen

Het onderzoek naar residentiële interventies betreft steeds de probleemgroep met emotionele en gedragsproblemen (psycho-sociale problemen) of ernstig antisociaal en delinquent gedrag.

De tehuishulp is echter niet de enige onderzochte interventie bij gedragsstoornissen. Voor de groep met (ernstig) antisociaal en delinquent gedrag en in minder mate voor de groep met minder ernstige gedragsproblemen (emotionele en gedragsproblemen) zijn ook ambulante begeleiding (door o.a. HALT, een programma voor arbeidstoeleiding, *Youth at Risk*) en daghulp onderzocht. In twee onderzoeken komen vier gezinsinterventies aan de orde die specifiek bedoeld zijn voor gezinnen met een kind met politiecontacten (onderzocht zijn het 'Nijmeegse Gezinsproject', 'De helpende hand in de wijk', 'Preventieve gezinsondersteuning' en 'Thuis-haven'). Eén studie onderzoekt (de implementatie van) trainingen voor ouders van kinderen die begeleid worden door de jeugdreclassering.

De gezinsinterventies richten zich voornamelijk op gezinnen met meervoudige problemen 'als geheel', maar ook op de aanpak van specifieke gedragsproblemen van jeugdigen in het gezin. Bij de interventies voor gezinnen als geheel gaat het om onderzoek naar *Families First* en andere vormen van intensieve thuishulp, zoals intensieve gezinsbehandeling (IG) of intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG). Bij milde gedragsproblemen of 'emotionele en gedragsproblemen' is video-hometraining of video-interactiebegeleiding onderzocht.

De studies over (cognitieve) gedragstherapie omvatten de behandeling van boosheid (*anger*), van angst- en stemmingsstoornissen, van het trainen van sociaal inzicht bij jeugdigen met een autistische stoornis en van bedplassen. De drie studies naar het trainen van sociale of probleemoplossende vaardigheden betreffen een training voor kleuters en voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Er zijn vier onderzoeken gevonden naar het verstrekken van medicatie binnen de jeugdzorg. Het gaat om medicatie bij angst- en stemmingsstoornissen, bij autisme en bij ADHD. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van *het aantal* gevonden studies ingedeeld naar probleemgroep en type interventie. Om *welke* studies het precies gaat is terug te vinden in bijlage 1.1.

Interventies voor jongeren met gedragsstoornissen krijgen verreweg de meeste aandacht van onderzoekers. Vanwege de maatschappelijke overlast die ernstige gedragsstoornissen van jongeren met zich meebrengen, is dat niet verwonderlijk. Ook andere stoornissen blijken echter veel voor te komen, terwijl interventies op die gebieden veel minder aandacht krijgen. Zo rapporteert Verhulst (1999) over epidemiologisch onderzoek in ons land waarin aan ouders en aan jongeren in een diagnostisch interview is gevraagd naar het vóórkomen van stoornissen. Jongeren geven daarbij over het algemeen meer stoornissen op dan hun ouders. Nemen we beide bronnen als uitgangspunt dan blijkt bij 7,9% van de Nederlandse jongeren sprake van een gedragsstoornis of aandachtsstoornis. Stemmingsstoornissen worden bij een overeenkomstig percentage genoemd: het gaat om 7,2%. Angststoornissen daarentegen blijken veel meer voor te komen dan gedragsstoornissen, bij 23,5% van de jongeren wordt gesproken van 'enige angststoornis'. De percentages voor stoornissen als bijvoorbeeld anorexia en manische stoornissen liggen met 0,3% en 1,9% veel lager. Verhulst wijst er overigens op dat niet al deze gerapporteerde stoornissen ernstige problemen opleveren in het dagelijks functioneren. Worden de prevalentiecijfers gebaseerd op personen met een psychiatrische diagnose die bovendien belemmerd zijn in hun dagelijks functioneren, dan zijn de prevalentiecijfers veel lager. Echter: ook dan komen angststoornissen meer voor dan gedragsstoornissen.

Tabel 3. Aantal gevonden studies, ingedeeld naar type interventie en probleemgroep

Type interventie	Medicatie	(Cogn)gt	Soc.-var	Spel	Ambulant + daghulp	Gezins-Inter-venties	Residentieel	Ouder-cursus	Pleeg-gezin	Overig	totaal
<i>Type probleemgroep</i>											
<i>Jeugdigen met angst- en stemmingsstoornissen</i>	1	5									6
<i>Autistische jeugdigen</i>	1	2									3
<i>Gezinnen met meervoudige problematiek</i>						13					13
<i>Jeugdigen met gedragsstoornissen</i>											
▪ ADHD	2	1			1	1		2			7
▪ Boosheid en agressie		3									3
▪ Gebrekkige sociale of probleemoplossende vaardigheden			3								3
▪ Milde gedragsproblemen				1		1		3			5
▪ Emotionele en gedragsproblemen / psycho-sociale problemen					3	2	14		5		24
▪ Ernstig antisociaal en delinquent gedrag					8	1	11	1			21
▪ Thuisloosheid/ zwerven					1		1				2
▪ Verslaving							1				1
<i>Jeugdigen met overige problemen</i>		1			4	1	1		1	1	9
<i>Totaal</i>	4	12	3	1	17	19	28	6	6	1	97

Hoewel de aantallen jongeren met stemmingsstoornissen die met gedragstoornissen niet heel erg ontlopen en het aantal jongeren met angststoornissen groter is dan met gedragsstoornissen, blijkt de onderzoeks aandacht voor deze laatste groepen veel minder te zijn. Ook andere probleemgroepen komen veel minder aan bod. Maar weinig onderzoek richt zich op interventies bij milde of beginnende gedragsproblemen, en er is ook weinig onderzoek naar interventies voor autistische jeugdigen. Over andere problemen, zoals middelengebruik en verslaving, kindermishandeling, seksueel misbruik en eetstoornissen zijn geen onderzoeken gevonden. Verder gaat de aandacht vooral uit naar jongeren, en komen interventies voor (jonge) kinderen veel minder aan de orde. Interventies bij deze problemen zijn wellicht vooral preventief van aard en we verwachten dat deze probleemgroepen in de deelstudie Preventie naar voren komen.

Vergelijken we de onderzochte probleemgroepen met de probleemgroepen die gebruikt worden in het Intersectoraal informatiesysteem voor de jeugdzorg in de ISIS-tabel 'aard van de problematiek' (Van Bekhoven e.a., 2000), dan valt op dat naast de hierboven genoemde probleemgroepen vooral categorieën overblijven die te maken hebben met lichamelijke of verstandelijke ontwikkeling of met school. Deze groepen hebben we door ons te richten op de *jeugdzorg* uitgesloten van de inventarisatie en het is dus niet vreemd dat we daar niks van tegen zijn gekomen.

2.4 Type onderzoek en beoordeling van het gevonden onderzoek

Wat voor type onderzoek is er gedaan naar de interventies die we hiervoor in kaart hebben gebracht? En wat is de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek? In tabel 4 worden de verschillende typen onderzoek op een rij gezet. We onderscheiden de volgende typen onderzoek.

In de categorie *experimenteel onderzoek* hebben we die onderzoeken meegeteld, waarin gewerkt wordt met random toewijzing van jeugdigen aan een experimentele en een controlegroep (of wachtlijstgroep). De experimentele groep ondergaat de onderzochte interventie en de controlegroep krijgt de behandeling niet of op een later moment. De experimentele- en controlegroep zijn in deze studies goed vergelijkbaar.

Als *quasi-experimenteel* duiden we de onderzoeken aan waarin wél met een controlegroep wordt gewerkt, maar niet met random toewijzing. De controlegroep is niet helemaal vergelijkbaar. Er wordt bijvoorbeeld gematched op bepaalde kenmerken, er vindt statistische controle plaats of er wordt vergeleken met een andere interventie.

Bij het *veranderings- of vooruitgangsonderzoek (VO)* is geen sprake van een controlegroep. In de veranderingsonderzoeken wordt in elk geval een voor- en nameting verricht. Vaak vindt de nameting plaats bij afronding van de interventie of een half jaar tot een jaar later. In veel van de onderzoeken zijn er daarnaast twee of meer tussenmetingen. Het gaat hierbij om metingen bij één en dezelfde groep die de onderzochte interventie ondergaat.

In sommige studies is er alleen achteraf een meting verricht, bijvoorbeeld over de ernst van de problemen van jongeren of over de tevredenheid over de interventie. In andere onderzoeken is wel sprake van een evaluatie, maar is er (door de opzet van het onderzoek) geen sprake van een effectmeting. We duiden al deze onderzoeken aan als *evaluatieonderzoek*.

Tot slot zijn er twee meta-analyses gevonden naar de uitkomsten van de beide meest toegepaste interventies: intensieve gezinsinterventies (Veerman e.a., 2004) en residentiële jeugdzorg (Harder e.a., 2006). De meta-analyse van Harder e.a. is gebaseerd zowel Nederlandse als buitenlandse studies. Deze studie komt daarom in deel 2 van dit rapport aan de orde en is niet opgenomen in tabel 4.

Een meta-analyse is een studie waarin materiaal uit primaire studies gebruikt om nieuwe berekeningen uit te voeren en een effectmaat uit te rekenen voor de desbetreffende interventie. In een meta-analyse komen op die manier gegevens over grote(re) groepen cliënten aan de orde. Naast de beide meta-analyses zijn er vijf overzichtsstudies (reviews) gevonden op het terrein van de residentiële jeugdzorg. In deze studies worden de uitkomsten van diverse onderzoeken op een rij gezet en besproken. Er vindt echter geen statistische analyse plaats van het materiaal uit de besproken studies.

In bijna één derde van de onderzoeken is gewerkt met een experimenteel of quasi-experimenteel design. Meer dan de helft van de onderzoeken (56%) betreft veranderingsonderzoek en 13% evaluatieonderzoek.

Tabel 4. Onderzoek naar de effecten van Jeugdzorg naar type en aantal

Type Onderzoek	Boendermaker e.a. (2003)	Deze studie	Totaal
Experimenteel onderzoek	12	4	16
Quasi experimenteel onderzoek	10	3	13
Veranderings- of vooruitgangsonderzoek	29	25	54
Veranderings- én tevredenheidsonderzoek		1	1
Evaluatie onderzoek	5	8	13
<i>Totaal primaire studies</i>	<i>56</i>	<i>41</i>	<i>97</i>
Meta-analyse		1	1
Review		5	5
Totaal gevonden onderzoeken	56	47	103

Classificatie effectiviteit

In hoofdstuk 1 kwam de classificatie van onderzoek naar interventies al aan de orde. De verschillende onderzoeksdesigns leveren verschillende informatie op.

In de studie uit 2003 is in de bespreking van de onderzoeken telkens kort ingaan op de mate van interne en externe validiteit van de gevonden onderzoeken. We gaven daarmee een indicatie van de 'hardheid' van de gevonden informatie en we gaven dat aan met 'plussen' en 'minnen'. In tabel 5 is het overzicht van de classificatie van de onderzoeken uit de 'oude' search opgenomen.

Tabel 5. Classificatie van onderzoeken Boendermaker e.a. (2003)¹¹

Aantal Studies		
6	+++	Hoge mate van interne én externe validiteit
1	++(+)	
9	++	Hoge mate van interne validiteit
2	+(+)	
22	+	Lage interne validiteit maar grote externe validiteit
9	(+)	Lage interne én externe validiteit, veranderingen bij probleemgroep in kaart gebracht
49		Totaal

Voor de studies die gevonden zijn in de nieuwe search is de nieuwe beoordeling gehanteerd. Daarbij wordt – analoog aan de Databank effectieve jeugdinterventies - een sterrensysteem gebruikt. Met de toekenning van één of meer sterren worden de uitgevoerde onderzoeken ingedeeld naar hun opzet en de degelijkheid daarvan. Wanneer we deze beoordeling toepassen op de gevonden studies in de update van de search voor zowel jeugdzorg als residentiële jeugdzorg, dan levert dat de volgende indeling op (tabel 6).

¹¹ Het totaal aantal studies in tabel 5 verschilt van het aantal studies in de oude search, 49 vs 56. Dit komt doordat sommige interventies inmiddels opgenomen zijn in de Databank Effectieve Jeugdinterventies. In die beschrijvingen is ook het onderzoek náár de interventies opgenomen en aan het onderzoek is een classificatie toegekend. We hebben de classificaties uit de Databank hier overgenomen. Deze studies staan vermeld in tabel 6.

Tabel 6. Classificatie onderzoeken in deze studie¹²

Aantal Studies	Databank classificatie	
17	°	Dit betreft tevredenheidsonderzoek, studies naar doelrealisatie Studies met alleen een nameting
22	*	Veranderingsonderzoek
5	***	(Quasi-) experimenteel onderzoek of RCT gericht op het meten van de doelen van de interventie, met goede meetinstrumenten, experimentele en controlegroep, statistisch goede analyse, in praktijk uitgevoerd maar zónder follow-up of met follow-up binnen 6 maanden.
5	****	(Quasi-) experimenteel onderzoek of RCT gericht op het meten van de doelen van de interventie, met goede meetinstrumenten, voor-, nameting en follow-up, experimentele en controlegroep, statistisch goede analyse, én in de praktijk uitgevoerd
5	--	Review
1	--	Meta-analyse
55		Totaal

2.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de onderzochte probleemgroepen en interventies in Nederlands onderzoek naar de jeugdzorg. In deze laatste paragraaf geven we de belangrijkste uitkomsten weer. De 97 gevonden studies blijken uiteenlopende doelgroepen en interventies tot onderwerp te hebben.

Van de in Nederland onderzochte *probleemgroepen* krijgen jongeren met ernstige gedragsstoornissen verreweg de meeste aandacht van onderzoekers. Dit is begrijpelijk gezien de maatschappelijke overlast die deze problemen veroorzaken en de prevalentie van deze problemen onder de jeugd in Nederland. Ook angst- en stemmingsstoornissen komen echter relatief veel voor onder Nederlandse jeugdigen en komen vaak sámen voor met gedragsstoornissen. Het is daarom opmerkelijk dat de onderzoeks-aandacht voor deze stoornissen én voor de combinatie van deze stoornissen met gedragsproblemen (co-morbiditeit) veel minder is. Verder is er weinig onderzoek gedaan naar interventies bij milde gedragsproblemen, voor autistische jeugdigen en voor jonge kinderen.

Diverse problemen zijn de afgelopen vijftien jaar niet aan bod gekomen in het effectonderzoek naar interventies: middelengebruik en verslaving, kindermishandeling, seksueel misbruik en eetstoornissen. Wellicht dat interventies bij deze problematiek gedefinieerd worden als preventie en naar voren komen in de deelstudie (van de programmeringsstudie) op dat terrein.

Op de eerste vraag van de programmeringsstudie: welke *interventies* er ‘in beeld’ zijn, kunnen we antwoorden dat er over het hele palet aan interventies informatie beschikbaar is: ambulante, residentiële, daghulp en pleegzorg en zowel interventies gericht op de jeugdige als op de ouders. De meeste aandacht gaat uit naar residentiële interventies en interventies in het gezin. In de praktijk zijn dit ook de meest toegepaste interventies bij respectievelijk ernstige gedragsproblemen en gezinnen met meervoudige problematiek. Wat opvalt, is dat naar een andere veelgebruikte interventie als pleegzorg maar weinig onderzoek gedaan wordt.

Op de derde en vierde plaats staan ambulante begeleiding en cognitieve gedragstherapie. Naar ‘lichte’ interventievormen, zoals een training in sociale of probleemoplossende vaardigheden, speltherapie, daghulp of cursussen voor ouders is minder onderzoek gedaan.

De kwaliteit van de gevonden onderzoeken loopt sterk uiteen. Er is maar weinig onderzoek gedaan op basis waarvan ‘harde’ uitspraken gedaan kunnen worden over de werkzaamheid van een interventie. Van de 97 studies zijn er 16 die voldoen aan de eisen van goed effectonderzoek (drie of vier sterren volgens de classificatie van de Databank effectieve jeugdinterventies dan wel drie plusjes in de beoordeling in de

¹² Het totaal aantal studies in tabel 6 verschilt van het in de rest van dit hoofdstuk weergegeven aantal. Zoals in noot 8 is toegelicht, komt dit doordat enkele studies inmiddels in de Databank Effectieve Jeugdinterventies een sterrenclassificatie hebben gekregen. Daarnaast is er in één studie zowel tevredenheids- als veranderingsonderzoek verricht. Deze studie telt hierdoor één keer mee als * onderzoek en één keer als °.

studie van 2003). Voor antwoord op de vraag, welke 16 studies het betreft verwijzen we naar tabel 25 in hoofdstuk 14. De onderzoeken komen in de navolgende hoofdstukken nog nader aan de orde.

Bijna éénderde van de studies heeft een (quasi)experimentele opzet, 56% is veranderingsonderzoek en 13% betreft een evaluatieonderzoek. Hieruit kunnen we afleiden dat er maar beperkt kennis beschikbaar is over de effectiviteit van interventies, de tweede onderzoeksvraag in deze programmeringsstudie. De kosteneffectiviteit is de afgelopen 15 jaar niet in studies naar jeugdzorginterventies aan de orde gekomen.

3 Jeugdigen met angst- en stemmingsstoornissen

Er zijn in Nederland zes studies gepubliceerd over onderzoek naar kinderen en jongeren met angst- en stemmingsstoornissen. Bij alle zes interventies wordt een cognitief- gedragstherapeutische werkwijze gehanteerd. In tabel 7 zijn de onderzoeken schematisch weergegeven.

Tabel 7. Samenvatting onderzoek interventies bij angst- en stemmingsstoornissen

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Van Haaften, Muris en Mayer, 1996	Behandelen spinfobie door EMDR (eye movement desentization and reprocessing) of exposure in vivo	Exp.	22 meisjes, 10-14 jaar, verdeeld over twee condities	Exposure in vivo werkt bij spinfobie beter dan EMDR ++/ *
Muris, Merckelbach, Holdrinet en Sijtsenaar, 1998	Idem, maar door EMDR, exposure 'in vivo' of computer exposure	Exp.	26 meisjes, 8-17 jaar, verdeeld over drie condities	Exposure in vivo werkt beter dan exposure op de computer en EMDR ++
Haan, 1997	Behandelen van dwanghandeling door gedragstherapie (gt) of medicatie	Exp.	22 jeugdigen 8-18 jaar, verdeeld over twee condities (12 gt en 10 medicatie)	Medicatie vermindert de klachten, maar met gedragstherapie is de klachtenreductie groter. +++/**
Ruiter, 1997	Behandelen van depressie door cursus 'stemmingmakerij'	Quasi-exp.	99 jongeren experimentele groep en 92 jongeren controlegroep	De cursus vermindert de depressieve klachten, tevens minder angst en sociaal disfunctioneren +++/**
Muris en Mayer, 2000	Behandelen van angststoornis door individueel of groepsgewijs 'Coping Koala Programma' te volgen	Exp.	36 kinderen 8-13 jaar, verdeeld over individueel of groepsgewijs volgen CKP	CKP helpt merendeel van de kinderen van angst af (75% scoort weer in normale range). Geen verschil tussen individueel of groepsgewijze aanpak ++
Bögels en Boer 2002	Behandelen van kinderen met een angststoornis door gezins-cognitieve gedragstherapie	VO	16 gezinnen, 4 hiervan zijn uitgevallen, kinderen tussen 8-12 jaar	Tijdens wachttijdperiode geen spontane verbetering, na behandeling 67% vrij van belangrijkste angststoornis geen follow-up informatie bekend *

Wat weten we hiermee?

In de zes onderzoeken worden vijf verschillende interventies voor algemene angststoornissen, spinfobie, dwanghandelingen en depressie besproken. Alle interventies zijn ontwikkeld vanuit een cognitieve gedragstherapeutische werkwijze maar de concrete invulling van de interventie is verschillend. Bij cognitieve gedragstherapeutische interventies wordt kinderen geleerd om anders tegen situaties aan te kijken en irrationele gedachten in rationele gedachten om te zetten (zoals 'ik hoef niet perfect te zijn' en 'iedereen maakt wel eens een fout').

Op basis van buitenlands onderzoek is bekend dat cognitieve gedragstherapie goede resultaten biedt bij de behandeling van *angststoornissen* en *depressie* (zie o.a. Kazdin en Weisz, 1998). De hier besproken Nederlandse onderzoeken bevestigen dit. Dit is een vrij algemene constatering, maar meer specifieke uitspraken zijn op basis van deze zes onderzoeken nog niet te doen. In een overzichtsartikel op basis van buitenlands onderzoek over de effecten van medicatie bij angststoornissen van jeugdigen (Steppe en Ferdinand, 2002) blijkt bijvoorbeeld dat er nog te veel onduidelijkheid is over de medicatie-effecten bij jeugdigen en dat verder onderzoek hard nodig is. De studie van Haan (1997) kan o.i. gezien worden als één van de studies waarmee een stap gezet wordt in de theorievorming en kennisvergadering over het onderwerp. Het gaat om een erg kleine onderzoeksgroep en een sterk gecontroleerde studie, waarbij de mate van generaliseerbaarheid van de uitkomsten naar de praktijk klein is. Hetzelfde geldt voor de andere onderzoeken met uitzondering van Ruiter (1997).

Het is opvallend dat er maar weinig Nederlands onderzoek naar in Nederland uitgevoerde interventies voor kinderen met angst- en stemmingsstoornissen is gedaan. Met uitzondering van Ruiter (1997) heeft al

het uitgevoerde onderzoek een vrij klein aantal respondenten wat het trekken van statistisch valide conclusies over uitkomsten moeilijk maakt. Ook het meest recente onderzoek van Bögels en Boer (2002) geeft geen uitsluitend of cognitieve gedragstherapie echt effectief is. Het onderzoek heeft een te klein respondenten aantal en geen controlegroep.

Scholing (2002) en van Boeting, Ferdinand, Barrett en Dadds (2002) laten zien dat er zowel ten aanzien van interventies bij depressie als bij allerlei typen angststoornissen (zoals specifieke fobieën of sociale angst) nog veel vragen zijn als de kennis uit buitenlands onderzoek op een rij gezet wordt. Eén van die vragen betreft de werkzaamheid van interventies ten opzichte van elkaar. In de loop der jaren zijn diverse trainingen en protocollen ontwikkeld die veelal onderzocht worden door te vergelijken met een wachtlijstgroep. Welke interventie moet een therapeut die in een instelling werkt nu uitkiezen om te gebruiken? Op basis van deze onderzoeken is dat niet te zeggen, daarvoor is de mate van externe validiteit te klein.

Al met al kan gezegd worden dat de besproken interventies positieve uitkomsten laten zien, hoewel er verschil is in de kwaliteit van het bewijs. Ook zijn er nog veel vragen over welke interventie in welk geval het beste is en wat de werkzame factoren van de gezins- / groeps- of individuele cognitieve gedragstherapie zijn.

4 Autistische jeugdigen

De afgelopen jaren zijn er geen nieuwe Nederlandse studies gepubliceerd over onderzoek naar interventies voor autistische jeugdigen. De onderstaande tabel en toelichting zijn daarom identiek aan de voorgaande overzichtsstudies uit 2003 (Boendermaker e.a., 2003).

Tabel 8. Samenvatting onderzoeken interventies autistische jeugdigen

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Buitelaar, 1991	Toedienen medicatie in twee trials, in tweede hogere dosis medicatie	Exp.	14 resp. 21 autistische kinderen krijgen hormoon, gematchte controlegroep niet	Met medicatie meer contact tijdens spelkamer-observaties. Bij hogere dosis ook vooruitgang in gedrag volgens ouders. ++
Logher, Steerneman en Buitelaar, 1994	Trainingsprogramma van 27 wekelijkse sessies van een uur	Exp.	Vijf autistische kinderen tussen 6-12 jaar krijgen de training en vijf kinderen vormen controlegroep	Verbetering in sociale competentie en sociaal gedrag volgens ouders. ++
Kroes, 1997	In subgroepjes van vier kinderen volgen van een trainingsprogramma met 20 sessies van een uur.	Quasi-exp.	Twee groepen van 12 autistische kinderen tussen 6-9 jaar volgen elk één type training	Na beide trainingen verbetering sociaal gedrag en sociaal inzicht (gemeten bij de kinderen) en ouders en leerkrachten vinden kinderen vooruit gegaan in sociaal opzicht. Geen verschil tussen de trainingen. +++

Wat weten we hiermee?

In alle drie de studies valt op dat meten van vooruitgang bij kinderen met autistische stoornissen lastig is. Wat de interventies vooral willen bewerkstelligen is dat kinderen sociale situaties beter inschatten en beter en makkelijker contact maken. In de studie van Buitelaar (1991) gebeurt dat door observatie in de spelkamer en het bevragen van de ouders. In de beide andere studies worden de ouders en leerkrachten ondervraagd over het sociale gedrag van de kinderen, maar krijgen de kinderen ook een ‘theorie of mind’ test voorgelegd. In de ene studie worden daarmee geen bruikbare gegevens verzameld, in de andere studie wel. Uit de studie van Kroes wordt duidelijk dat hoe ‘dichter’ de gebruikte instrumenten bij de gepleegde interventie blijven, hoe beter er resultaat gemeten kan worden. Een algemene gedragsvragenlijst laat geen verschil zien, een specifieke lijst voor het meten van het niveau van sociale interpretatie bijvoorbeeld wél. De studie van Buitelaar, naar de effecten van de toediening van medicatie, is een experimentele studie met een klein groepje speciaal geselecteerde kinderen. Er is sprake van een grote interne validiteit, maar de generaliseerbaarheid voor de praktijk is onbekend. Op basis hiervan kan niet besloten worden tot toediening van het hormoon aan grote groepen kinderen. Dat zelfde gaat op voor de studie van Logher e.a. (1994). Maar in combinatie met de studie van Kroes wordt de informatie uit deze studie waardevol. De studie van Kroes is een voorbeeld van een studie die een goede interne validiteit kent en daarnaast resultaten oplevert die naar de dagelijkse praktijk gegeneraliseerd kunnen worden. Dit onderzoek laat zien dat het sociale gedrag en het sociale inzicht van kinderen met autisme via een training te verbeteren is. De onderzochte groep is erg klein, maar het gaat wel om ‘gewone’ autistische kinderen. Opmerkelijk resultaat is dat het niet uitmaakt welke training gegeven wordt: met de nadruk op sociale vaardigheden of met nadruk op sociaal inzicht. Net als bij de trainingsprogramma’s voor de angst- en stemmingsstoornissen roept dit de vraag op waardoor de effecten nu precies bewerkstelligd worden. Al met al kan geconcludeerd worden dat er weinig bekend is over programma’s voor autistische kinderen in Nederland. Zeker de laatste 10 jaar is er geen onderzoek uitgevoerd naar interventies voor deze doelgroep.

5 Jeugdigen met ADHD

Er zijn tot 2006 zeven studies in Nederland uitgevoerd naar de effecten van interventies op het gedrag van jeugdigen met ADHD. In twee onderzoeken werd enkel gekeken naar de effecten van medicatie, meestal Ritaline. In één onderzoek werd de toegevoegde waarde van gedragstherapie bij een optimale dosis medicijnen bekeken en er werd vier keer gekeken naar andere interventies dan medicijnen. Deze interventies waren videohometraining, groepsmediatietherapie, twee oudercursussen en de begeleiding in een dagcentrum.

Tabel 9. Samenvatting onderzoeken interventies jeugdigen met ADHD.

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Wels, Jansen en Pelders, 1994	Videohometraining	VO	6 gezinnen met kind met hyperactiviteit, voor- en nameting	Beleving van opvoeding door ouders is verbeterd en ouders hebben meer grip op situatie +
Overtoom, 1998	Toedienen van Methylfenidaat (Ritaline), desipramine (DMI), L-dopa of placebo	Exp.	Vijf experimenten met de toediening van medicatie bij vijf verschillende kleine groepjes van rond de 15 kinderen met ADHD. Double blind.	L-dopa en placebo geen invloed. Ritaline invloed op aandacht, DMI op controle en impulsiviteit. Combi van beide werkt niet beter. ++
Bandsma, 1997	Groepsmediatietherapie	VO	Ouders van 24 kinderen met ADHD, voor- en nameting	17 van de 24 kinderen geen hulp meer nodig, voor de rest (multiple problem) was interventie tel licht en was nog intensieve vervolghulp nodig. +/***
Steketee, 2000	Oudercurssussen 'Doerakken' en 'Boefjes'	VO	Aantal deelnemende ouders niet in gevonden publicatie genoemd	Ouders tevreden, meer inzicht in leefwereld kind en afname gedragsproblemen volgens ouders. Bij doerakgroep wél vermindering ervaren belasting van opvoeden, bij boefjesgroep niet. (+)
Van der Ploeg en Scholte, 2001	Begeleiding in dagcentrum (Boddaert of MKD)	VO	150 jeugdigen tussen 1-16 jaar met ADHD worden a.h.v. drie meetmomenten gevolgd	Volgens groepsleiding vooruitgang bij 70% jeugdigen, gemeten met gedragsvragenlijsten gemiddeld over hele groep geen vooruitgang, gedetailleerd bekeken wel +
Scheres, Oosterlaan, Swanson, Morein-Zamir, Meiran, Schut, Vlasveld en Sergeant, 2003	Toedienen van Methylphenidaat in 3 verschillende doses en placebo, 4 weken interventie, iedereen kreeg alle dosis afwisselend	Quasi-exp.	23 jongens, 6-12 jaar	Er is een algemeen effect is van de behandeling op controle over remmend gedrag van de jongens met ADHD. Dit effect was zichtbaar bij de remming van dominante reactie (een snellere adequate reactie van kind) en de continue reactie maar niet voor het afremmen van reacties op irrelevante informatie. ***
Van der Oord, Prins, Oosterlaan en Emmelkamp, 2005	Medicatie met Ritaline/placebo of medicatie én multimodale gedragstherapie in gezin en op school (training docent, ouders en kind)	Exp.	50 jeugdigen: 23 medicatie en 27 medicatie én gedragstherapie. 5 uitvallers. 8-12 jaar	Medicijnen verbeterden de ADHD symptomen, sociale vaardigheden, angst, oppositioneel en gedragproblemen, zelfvertrouwen en stress bij de opvoeding. Er is geen bewijs voor toegevoegde waarde van multimodale therapie bij optimale medicijnendosis. ***

Wat weten we hiermee?

In het Nederlandse onderzoek is gekeken naar twee soorten interventies zijn om jeugdigen met ADHD te helpen. De eerste is het verstrekken van medicatie (zoals Ritaline)¹³ en het tweede een combinatie van

¹³ Merknaam in Nederland voor het psychostimulantium methylfenidaat.

gedragstherapeutische interventies (gedragstherapie door de ouders en een straf en beloningssysteem door de leerkracht in de klas – dit heet mediatietherapie-).

Op basis van het Nederlandse onderzoek tot nu toe, is het lastig om te concluderen welke methode beter werkt: medicijnen, therapie of een combinatie van de twee.

Bandsma (1997) geeft aan dat in zijn onderzoek 17 van de 24 kinderen (71%) geen hulp meer nodig heeft na de groepsmediatietherapie, de rest heeft een zwaardere interventie nodig. Van der Ploeg en Scholte (2001) vinden dat volgens de groepsleiding 70% van 150 jeugdigen die begeleiding krijgen in een dagcentrum, verbeterd. Er bleek echter gemiddeld genomen géén vooruitgang te zijn op de gedragsvragenlijsten.

Wels, Jansen en Pelders (1994) en Steketee (2000) geven aan dat de problemen in de beleving van de ouders zijn afgenomen. Helaas hebben deze onderzoeken een klein respondentenaantal. Er is geen observatieonderzoek of onderzoek met voor-, na- en follow-up meting dat de effecten die ouders aangeven, onafhankelijk kan bevestigen. Uit het meest recente onderzoek van Oord e.a. (2005) blijkt dat wanneer kinderen de optimale dosis medicijnen krijgen toegediend, een multimodale therapie voor ouders en kind geen toegevoegde waarde heeft. Verder waren de onderzoeken naar medicijnen onverdeeld positief over het effect van Ritaline, deze effecten werden zelfs waargenomen bij kleine respondenten aantallen. Toch moet worden opgemerkt dat door de omvang van de onderzoeksgroepen de mate van generalisatie naar de praktijk klein is.

De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor ADHD (Trimbos, 2005) geeft aan dat er verschillende medicijnen goed werken voor kinderen met ADHD. Volgens de richtlijn heeft naast medicatie, ook gedragstherapeutische oudertraining (individueel of in een groep) een positief effect op de kernsymptomen van ADHD, evenals op de bijkomende gedragsproblemen en op het functioneren van de ouders. Daarbij wordt opgemerkt dat de oudertraining niet de medicatie kan vervangen. Deze positieve beoordeling van oudertrainingen lijkt in tegenspraak met de uitkomsten van het recente onderzoek van Oord e.a. waaruit blijkt dat wanneer het kind een optimale dosis medicijnen krijgt, multimodale therapie geen toegevoegde waarde heeft. Binnen de voor deze programmeringsstudie gestelde tijd was het voor ons niet mogelijk deze tegenstrijdigheid nader uit te zoeken. We volstaan met te concluderen dat op basis van Nederlands onderzoek tot nu toe blijkt dat medicatie goed werkt bij ADHD. Voor het beoordelen van de effecten van niet-medicinale interventies in ons land is er meer onderzoek nodig.

6 Jeugdigen met problemen in de anger-control

Tussen 2003 en 2006 zijn er geen nieuwe onderzoeken gepubliceerd over interventies voor jeugdigen met problemen in de anger-control. De drie Nederlandse studies die bekend zijn, onderzochten de uitkomsten van drie gedragstherapeutische interventies voor deze doelgroep. In tabel 10 staan de kenmerken en uitkomsten van deze onderzoeken.

Tabel 10. Samenvatting onderzoeken interventies jeugdigen problemen anger controle

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Wigboldus en Wolsink, 1999	De 'training emotionele en cognitieve vaardigheden' (TECV), denken en voelen, rationeel emotieve therapie voor groepjes van 4 of 5 jongeren tussen 12 en 18 jaar.	Exp.	18 jongeren in een residentiële setting random verdeeld over twee condities: TECV en een controlegroep die geen training krijgt	Tendens: jongeren die TECV volgden zijn vooruit gegaan in rationeel denken en achteruit in welbevinden ++(+) ^{14/°}
Van Manen, 2001	Programma 'zelfcontrole', cognitief gedragstherapeutische training in groepjes van 4-6 kinderen van 9-13 jaar	Exp.	63 kinderen random verdeeld drie condities: de training zelf-controle, socvar training en wachtlijst groep	Positief resultaat programma zelfcontrole én socvar training (kleine groepen). Wel bij follow-up tendens betere resultaten zelfcontrole +++
Van de Wiel, 2002	Het 'Utrecht Coping Power Programma' (UCPP), cognitief gedrags-therapeutische training in groepjes van 4 kinderen van 8-12 jaar en aparte groep voor hun ouders	Exp.	77 kinderen random verdeeld twee condities: UCCP en 'care as usual'	Van kinderen in beide condities neemt het prosociale gedrag toe. UPPC kinderen grotere afname openlijk agressief gedrag en sign meer kinderen waarbij antisociale en oppositionele gedrag weer in 'normale range' valt. +++ /***

Wat weten we hiermee?

Op basis van internationaal onderzoek is bekend dat bij jongeren met ernstige en minder ernstige gedragsproblemen het trainen van sociaal cognitieve en probleemoplossende vaardigheden vermindering van probleemgedrag tot gevolg heeft (zie o.a. Lipsey & Wilson, 1998).

De drie Nederlandse onderzoeken laten zien dat dit ook voor Nederlandse jongeren met gedragsstoornissen geldt. Alle drie de onderzoeken kennen een sterke mate van interne én externe validiteit. Het zijn goed opgezette experimenten waarbij gewerkt wordt met jongeren die aangemeld zijn bij de hulpverlening. Het onderzoek van Van der Wiel (2002) naar het UCPP is verreweg het meest grondig en heeft de grootste experimentele groep. In de studie van Wigboldus en Wolsink (1999) is de onderzoeksgroep klein, maar bijzonder aan deze studie is dat het een training in een residentiële setting betreft; daarover is ook in het buitenland nog maar erg weinig informatie beschikbaar. Het lijkt erop dat de jongeren die de training emotionele en cognitieve vaardigheden volgden vooruit gegaan in rationeel denken en achteruit in welbevinden. Er is echter onderzoek nodig onder een grotere onderzoeksgroep om dit statistisch te kunnen bewijzen. Bij alle drie de onderzoeken wijzen de uitkomsten in dezelfde richting: heel gericht trainen van cognitieve, probleemoplossende vaardigheden in kleine groepjes helpt zowel voor kinderen als jongeren. Van de drie programma's kent alleen het UCPP een ouder-variant. Het onderzoek naar UCPP laat zien dat de sociaal cognitieve en rationele vaardigheden vooral toenemen als ook de ouders nieuwe vaardigheden leren.

¹⁴ De derde + staat tussen haakjes: het gaat om jongeren in de dagelijkse praktijk, maar wel maar een klein aantal. Vanwege dat kleine aantal krijgt deze studie in het sterrensysteem een °. Gezien de kleine onderzoeksgroep kan er alleen van tendensen gesproken worden.

7 Jeugdigen met gebrekkige sociale en probleemoplossende vaardigheden

Onderzoek naar interventies in de jeugdzorg voor jeugdigen met gebrekkige sociale en probleemoplossende vaardigheden is mager: drie in de afgelopen 25 jaar. De kenmerken van de drie onderzoeken staan vermeld in tabel 11.

Tabel 11. Samenvatting onderzoeken interventies jeugdigen met gebrekkige sociale vaardigheden

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Bleeker, 1990	Sociaal redzaamheidsprogramma voor zwakbegaafde jongeren	Quasi-exp.	Experimentele groep: training in tehuis (N=11) en training op school (N=18). Controlegroep: N=27 resp. N=13.	Verbetering kennis in beide trainingsgroepen. Gedragsverandering alleen bij tehuistraining (intensiever en meer aandacht voor generalisatie). ++
Witzel, 1997	Sociale vaardigheidstraining voor kleuters	VO	Bij kleuters, groepsleiding en leerkracht is voor en na de training info verzameld	Kleuters zijn na de training socialer en meer assertief. Agressieve kinderen minder agressief. (+)
Bors, Mulder, en Scholten 2000	Sociale redzaamheidstraining Residentieel in Woldyne	VO	16 jongeren, 11 meisjes, 5 jongens, 18-23 jaar met een licht verstandelijke handicap	Voor bijna iedereen verbetering in zelfredzaamheid, maar niet op significantie gecontroleerd dus geen conclusies te trekken

Wat weten we hiermee?

Voorzieningen binnen de jeugdzorg hebben regelmatig te maken met jongeren met een licht verstandelijke handicap. Ervaringen uit de praktijk leren dat het bij deze groep van belang is om vaardigheden in kleine stapjes aan te leren en nadrukkelijk aandacht te besteden aan het toepassen van het geleerde buiten de specifieke trainingssituaties. Het onderzoek van Bleeker (1990) toont dit aan. Het is een onderzoek met een redelijke mate van controle over de onderzochte variabelen (interne validiteit) en een grote mate van generalisatie naar de praktijk. Aan de hand van dergelijk onderzoek zou meer kennis over het werken met jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap beschikbaar kunnen komen binnen de jeugdzorg. Het onderzoek van Witzen (1997) is interessant omdat het één van de weinige onderzochte interventies voor jonge kinderen betreft. Het is jammer dat er weinig informatie is gevonden over het onderzoek. Het lijkt te gaan over een onderzoek met een lage interne validiteit (geen controlegroep), maar met een redelijke mate van generalisatie naar de praktijk: het gaat immers over een 'gewone' klinische groep. Al met al gaat het om een interessante interventie, maar kan er weinig gezegd worden over de 'hardheid' van de gegevens.

Bors, Mulder en Scholten (2000) hebben het meest recente onderzoek naar deze doelgroep uitgevoerd. Ze vinden dat het residentiële verblijf en het algemene programma van de Woldyne de zelfredzaamheid van de meeste bewoners verbeterd. Helaas is het onderzoek grotendeels uitgevoerd met vragenlijsten die zelf ontwikkeld zijn en zodoende niet zijn onderworpen aan een betrouwbaarheidsonderzoek. Daarnaast zijn de uitkomsten niet op significantie gecontroleerd en kan de gevonden positieve trend niet worden onderbouwd met statistisch bewijs.

Er kan worden geconcludeerd dat er weinig onderzoek is uitgevoerd naar interventies voor jeugdigen met gebrekkige sociale en probleemoplossende vaardigheden. Het onderzoek is gedateerd of heeft niet de (statistische) kwaliteit dat er harde conclusies of aanbevelingen met de gevonden resultaten kunnen worden gedaan.

8 Jeugdigen met milde gedragsproblemen

In tabel 12 staan vijf Nederlandse studies gepresenteerd over interventies voor kinderen en adolescenten met milde gedragsproblemen.

Tabel 12. Samenvatting onderzoeken interventies jeugdigen met milde gedragsproblemen

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
De Jong en Koster, 1991	Gordon cursus	VO	19 ouders, 18 leerkrachten en 13 leidsters PET en TET training. Infoverzameling over communicatie op drie momenten	Ouders en leidsters na de cursus en na 6 mnd. meer ik-boodschappen en actief luisteren dan voor cursus. Leerkrachten minder verandering. +
Vroom, 1997	Max. 20 sessies beeldcommunicatie aan kinderen in basisschooleeftijd	Exp.	97 kinderen verdeeld over experimentele en wachtlijst groep	Op korte termijn verbetering internaliserende problematiek, op wat langere termijn ook vermindering externaliserende problematiek. ****
Boom, 1997	Cursus 'omgaan met pubers'	Exp.	8 ouderparen exp.groep en 13 wachtlijst-controle groep. Twee metingen met gedragsvragenlijsten en observatie	Experimentele groep kan beter omgaan met probleemgedrag en communiceert beter, hun kinderen minder gedragsproblemen na de cursus ++
Van As en Janssens, 1999	Cursus 'praten met kinderen'	Quasi-exp	Experimentele en controlegroep van ouders die de cursus wel en niet volgen ¹⁵	Vooral moeders blijken na de cursus positiever te communiceren. +(+)
Van Zeijl, 2006	Video Feedback interventie voor positief opvoeden met extra module sensitieve discipline (VIPP-sd).	Exp.	Screening van 2408 ouders op externaliserende problemen kind, bij 237 kinderen pre en posttest met kinderen in 3 leeftijdscohorten: kinderen waren 1 (87kk), 2 (75kk) of 3 (75kk) jaar bij start interventie, vergelijking met controlegroep en elkaar.	Moeders disciplineerden sensitiever en positiever, maar hadden evenveel negatief disciplineringsgedrag als controlemoeders. Kinderen hadden minder overactief gedrag dan controlekinderen. ****

Wat weten we hiermee?

We weten uit buitenlands en Nederlands onderzoek (o.a. Lilienfeld, 2003) dat de externaliserende gedragsproblemen van jongeren vaak samengaan met internaliserende problematiek. In de dagelijkse hulpverleningspraktijk is daar doorgaans weinig oog voor. Het aantrekkelijke van Vrooms onderzoek (1997) is dat zij een therapievorm onderzoekt waar heel weinig over bekend is. Zij besteedt expliciet aandacht aan internaliserende problemen en laat bovendien zien dat een non-verbale aanpak werkt en ook nog gevolg heeft voor gedragsproblemen. Ook hier moet echter weer de vraag gesteld worden in welke mate het onderzoek, dat een hoge mate van interne validiteit kent, generaliseerbaar is naar de dagelijkse hulpverleningspraktijk. De onderzoeksgroep is niet klein, maar wel specifiek geworven. Ook is het de vraag of de problemen niet met een andere (wellicht kortere) interventie te bereiken is. Het vergelijken van de uitkomsten met die van een andere interventie zou meer inzicht kunnen verschaffen.

Voor wat betreft de oudercursussen, zagen we al bij de bespreking van mediatietherapie bij ADHD, dat het helpt om ouders beter te leren omgaan met het probleemgedrag van hun kinderen. Bij de ouders die deelnemen aan de cursussen 'omgaan met pubers' of 'praten met kinderen' zijn de problemen die zij thuis ervaren minder ernstig (Boom, 1997; Van As & Janssens, 1999). Uit het onderzoek van Boom blijkt dat door verbeterde communicatie tussen ouders en kind ook het probleemgedrag vermindert. Het gaat echter maar om acht ouderparen. De andere onderzoeken (As, van & Janssens, 1999; Jong, de & Koster, 1991)

¹⁵ Er is geen informatie over de omvang van de onderzoeksgroepen beschikbaar.

bevestigen het beeld dat ouders en andere opvoeders hun gedrag kunnen veranderen na een dergelijke cursus. In deze onderzoeken wordt echter geen informatie verzameld over het gedrag van de kinderen in kwestie en daardoor blijft onduidelijk hoe de andere aanpak door de ouders uitwerkt op het gedrag van hun kinderen.

Het meest recente onderzoek is een promotieonderzoek van Van Zeijl (2006). Zij heeft een groep van 2408 ouders verschillende vragenlijsten waaronder de CBCL toegestuurd. De geretourneerde vragenlijsten zijn gecodeerd en de ouders van de kinderen die hoog scoorden op externaliserend probleemgedrag op de CBCL zijn uitgenodigd mee te doen aan een interventieonderzoek. Deze kinderen zaten in 3 leeftijdscohorten: er waren 87 kinderen van 1 jaar oud, 75 kinderen van 2 jaar oud en 75 kinderen van 3 jaar oud. Deze groepen zijn per leeftijdscohort gerandomiseerd naar interventie of controlegroep. De ouders kregen een Video Feedback interventie voor positief opvoeden met extra module gericht op sensitief disciplineren (VIPP-sd). In deze studie hebben moeders en kinderen samen taakjes uitgevoerd in een spelkamer van de universiteit, daarbij zijn video-opnames gemaakt aan de hand waarvan het gedrag van moeder en kind is gecodeerd. Na 6 huisbezoeken in 8 maanden waarin moeders aan de hand van de video-feedback getraind werden in sensitiviteit, bleken zij sensitiever en positiever te disciplineren. Wel vertoonden de 'interventiemoeders' nog evenveel negatief disciplineringsgedrag als 'controlemoeders', blijkbaar was 'oud gedrag' moeilijker af te leren dan nieuw gedrag aan te leren. Kinderen van 'interventiemoeders' lieten tijdens de observatietaakjes minder overactief gedrag zien dan controlekinderen.

Al met al zijn er vier onderzoeken waarin diverse vormen van oudertraining of oudercursussen onderzocht zijn. Op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken lijkt het erop dat interventies die zich richten op gedragsverandering bij de ouders, veranderingen te weeg brengen in de milde gedragsproblemen van het kind. Om dit goed vast te kunnen stellen is er echter meer en beter onderzoek noodzakelijk. Het is van belang op een systematische manier informatie te gaan verzamelen over de uitkomsten van de vele typen oudercursussen in ons land. Daarbij dient dan niet alleen de verandering bij de opvoeders, maar ook die bij de jeugdigen in kaart gebracht te worden.

In één onderzoek is een interventie (een vorm van speltherapie) voor kinderen onderzocht. Ook bij verder onderzoek naar interventies voor kinderen is vergelijking met andere interventies dan speltherapie van belang.

9 Jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen

In dit hoofdstuk zullen verschillende onderzoeken worden besproken over interventies voor kinderen en adolescenten met emotionele en gedragsproblemen. Dit zijn jeugdigen met internaliserende en externaliserende problemen die (nog) niet gepaard gaan met delinquent gedrag. De interventies zijn ingedeeld in thuishulp, therapeutische pleegzorg, semi-residentiële hulp en residentiële hulp. Er zijn in totaal 24 onderzoeken en twee overzichtstudies gevonden over deze interventies.

9.1 Thuishulp

Tabel 13 geeft een overzicht van twee onderzoeken naar video home training voor ouders van jeugdigen met internaliserend en externaliserend probleemgedrag.

Tabel 13. Samenvatting onderzoeken interventies thuishulp

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Muris e.a., 1994	Videohometraining	VO	Dossierinformatie vergeleken van 135 resp. 38 gezinnen waarbij VHT wel en niet met succes is afgerond.	Eén jaar na afsluiting VHT is de situatie bij 80% van de gezinnen waar VHT met succes werd afgerond, verbeterd. (+)
Janssens en Kemper, 1996	Videohometraining	Quasi-exp.	20 gezinnen VHT, verdeeld over experimentele en controle groep.	Na VHT in vergelijking controle groep significant meer positieve communicatie tussen ouders en kind, en meer aankijken kind. Tevens sign. minder gedragsproblemen ++

Wat weten we hiermee?

Het quasi-experimentele onderzoek (Janssens & Kemper, 1996) naar de effecten van VHT maakt duidelijk dat VHT de communicatie tussen ouders en hun kind verbetert en dat de gedragsproblemen daarmee afnemen. Het onderzoek kent een voldoende mate van interne validiteit. Een nadelig punt voor de externe validiteit is dat het om een kleine onderzoeksgroep gaat. Het zou goed zijn om deze opzet te herhalen voor een grotere groep. Het onderzoek van Muris e.a. (1994) geeft wel enige steun voor de generaliseerbaarheid van de resultaten, omdat daaruit voor een veel grotere groep blijkt dat VHT tot verbetering van de situatie leidt. In dit onderzoek wordt echter veel globaler naar de uitkomsten gekeken.

Het lijkt erop dat VHT werkzaam is voor deze doelgroep want beide onderzoeken rapporteren positieve resultaten. Een pluspunt van deze interventie is dat de kinderen bij de ouders blijven en het gezin in de thuissituatie geholpen wordt. Een kanttekening bij deze positieve conclusie is dat deze gebaseerd is op relatief oud onderzoek is, wat bovendien kwalitatief te wensen over laat. Het is aan te bevelen om naar het veelbelovende VHT een kwalitatief goed onderzoek uit te voeren, met experimentele en controlegroep en onder een grote groep ouders.

9.2 Pleegzorg

Er zijn vijf Nederlandse primaire studies uitgevoerd naar de uitkomsten van pleegzorg. Deze staan samengevat weergegeven in tabel 14. Meer gegevens over de Nederlandse effectstudies zijn te vinden in bijlage 1.3.

Tabel 14. Samenvatting onderzoeken interventies pleegzorg

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Koot, Jellema en Molderink, 1994	Therapeutisch pleeggezin	Evaluatie-onderzoek (alleen nameting)	Na max. 3 jaar therapeutisch pleeggezin terugkijken hoe dit verliep, 72 kinderen bij aanvang gemiddeld 7,6 jaar oud	Helpt van kinderen woonde bij afsluiting bij adoptie- of pleegouders, 20% zelfstandig, 13% thuis en 5% bij biologische ouders. Na afloop nog steeds gedrags- en emotionele problemen. Totale probleemscore twee keer zo hoog als kinderen in Boddaertcentrum. Veel sociale problemen.
Matthys en Rietveld, 1995	Therapeutisch pleeggezin	VO	Na 7 jaar vulden 45 ex-cliënten twee vragenlijsten in	Geen problemen meer in sociale omgang, nog wel psychopathologie (wantrouwen en depressie) maar minder dan psychiatrische populatie. Op langere termijn 'doet de groep het redelijk'.
Damen en Veerman, 2005	Reguliere en intensieve pleegzorg plaatsingen	VO	88 jeugdigen gevolgd op 2 momenten met 8 maanden ertussen	Bij 26% is de gedragsproblematiek verminderd, bij 25% is de ervaren opvoedbelasting door de pleegouder verminderd en bij 22% is de ouder-kind interactie verbeterd. *
Strijker en Zandberg, 2005	Langdurige pleegzorg	VO	136 jeugdigen gevolgd bij plaatsing en follow-up	Er is bij 45% sprake van een voortijdig vertrek en 43% van die 61 jeugdigen keert terug naar het gezin van herkomst. *
Strijker, Zandberg en Van der Meulen, 2005	Langdurige pleegzorg	VO	91 jeugdigen gevolgd bij plaatsing en 1,5 jaar na plaatsing	In totaal valt 32% voortijdig uit het pleeggezin. *

Wat weten we hiermee?

Er zijn relatief weinig studies uitgevoerd in Nederland naar de resultaten van (therapeutische) pleegzorg. Uit de studies blijkt dat er een verbetering optreedt bij de jeugdigen wat betreft de aanwezige problematiek. De groep waarbij een verandering in gedragsproblematiek optreedt, lijkt niet zo groot te zijn: iets meer dan een kwart van de jeugdigen in de studie van Damen en Veerman (2005) toont hierin een verbetering.

Twee studies richten zich op de voortijdige uitval van jeugdigen uit een pleeggezin, ook wel 'breakdown' genoemd. Bij een derde tot bijna de helft van de jeugdigen is hier in de betreffende studies sprake van en dat komt overeen met het aantal jeugdigen dat voortijdig uitvalt in de residentiële zorg (zie paragraaf 9.4). Uit de studie van Strijker en Zandberg (2005) komt naar voren dat de kans op een voortijdige uitval groter wordt naarmate de jeugdigen ouder worden. Verder is er bij jeugdigen met probleemgedrag twee keer zoveel kans op een voortijdig vertrek dan bij jeugdigen zonder probleemgedrag. Jeugdigen die teruggetrokken of agressief-delinquent gedrag vertonen hebben ook een grotere kans op een voortijdig vertrek.

Uit de studie van Damen en Veerman (2005) komt naar voren dat er in de interacties tussen pleegouders en pleegkind en in de opvoedingsbelasting bij de pleegouders sprake is van een verbetering bij respectievelijk 22% en 25% van de plaatsingen. Naar tevredenheid van betrokkenen over de behandeling of de mate van doelrealisatie is in de pleegzorgstudies geen onderzoek gedaan.

Bij vier van de vijf studies is er sprake van een vooruitgangsonderzoek zonder een controle- of vergelijkingsgroep. In twee studies wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde instrumenten, zodat een vergelijking mogelijk is met normgroepen van 'normale' jeugdigen of met groepen jeugdigen met vergelijkbare problematiek. Damen en Veerman (2005) maken in vooral gebruik van gestandaardiseerde instrumenten hun studie. Daarnaast is hun studie de enige die de hulpverlening in kaart probeert te

brengen door middel van verrichtingen- en contactregistratie. In de studies is weinig informatie aanwezig over de interventies.

Het is lastig een conclusie te trekken op basis van de gevonden uitkomsten. Het kan zijn dat de plaatsing in (therapeutische) pleeggezinnen onvoldoende werkt. Ook kan de problematiek bij de jeugdigen (die ontstaan is door vroege verwaarlozing en/of mishandeling) erg hardnekkig en moeilijk op te lossen zijn. Ook een combinatie van beiden kan aan de orde zijn. De combinatie van het onderzoeksdesign (niet (quasi-)experimenteel) en het ontbreken van informatie over de interventie zelf maakt het niet mogelijk om op een 'harde' manier een relatie te leggen tussen de (kleine) afname van de emotionele en gedragsproblemen én de (therapeutische) pleegzorg.

9.3 Semi-residentiële hulp

Er zijn in Nederland vijf onderzoeken gedaan naar interventies die semi-residentiële hulp bieden aan kinderen en jongeren met emotionele en gedragsproblemen. Deze zijn samengevat in tabel 15.

Tabel 15. Samenvatting onderzoeken interventies semi-residentiële hulp

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Riemersma, Derricks en De Vries, 1991	Bijzondere Jeugdzorg (BJ) (daghulp niet schoolgaande jeugd)	Evaluatie-onderzoek (alleen nameting)	Alleen nameting bij 92 jongeren	Meeste jongeren vinden werk of langdurige stage. Verdere informatie ontbreekt. (+)
Kloosterman en Veerman, 1999	Daghulp Boddaert	VO	197 jongeren op 5 meetmomenten gevolgd met diverse instrumenten	Volgens ouders bij 75% minder problemen na vertrek, 2 jaar later toch 57% nog ernstige problemen. Percentages volgens leerkrachten resp. 45% en 66%. Groepsleiding ziet weinig verandering +
Van den Bogaart en Van Muijen, 2001	Beter met Thuis	Quasi-exp.	29 jongeren in leergroepen vergeleken met eerder verzamelde gegevens van ongeveer gelijk aantal jongeren uit leefgroepen	Volgens groepsleiding geen verschil ene of andere interventie, evenveel gedragsproblemen bij vertrek. Ouders rapporteren verbetering internaliserende problematiek kind en henzelf ***
Scholte en Van der Ploeg, 2002	Ambulante hulpverlening (licht en intensief), dagbehandeling, residentieel, pleegzorg	VO	230 jeugdigen aangemeld, 137 in onderzoek meegenomen gem. 12 jaar bij aanvang 14,4 jaar bij follow-up Jongeren met psychosociale problematiek die jeugdhulpverlening krijgen bij gezinsvoogdij en/of de vrijwillig ambulante hulpverlening	Lichte ambulant: minst werkzaam voor deze problemen. Intensief ambulant: meest werkzaam voor jongeren met 'overall' psychosociale problemen. Pleegzorg: werkzaam voor lichte problemen in sociale sfeer en sociaal teruggetrokken gedrag. Licht residentieel: werkt beste voor middelzware agressieve en delinquente gedragsproblemen, minder goed voor sociale problemen, bij angstig en depressief gedrag een toename van klachten. Intensief residentieel: vooral effectief bij ernstige specifieke psychosociale problemen. 9/10 jongeren en ouders tevreden *
Groenendijk en Van Egten, 2003	Forza, een naschoolse opvang met interessante activiteiten en huiswerkbegeleiding voor Marokkaanse kinderen die risico lopen het criminele pad op te gaan	Evaluatie-onderzoek	8 Marokkaanse jongens uit 5 gezinnen 8-12 jaar, merendeel 11-12 jaar	Forza heeft positieve effecten op sociale vaardigheden en gedrag van de jongens, slechts 1 politieregistratie. De invloed van Forza op schoolprestaties zijn onduidelijk/niet aan te tonen. Effecten van koffieochtenden voor moeders niet duidelijk. °

Wat weten we hiermee?

We hebben hier diverse onderzoeken samengenomen onder het kopje 'semi-residentieel'. Dit klopt niet helemaal. Het onderzoek naar Beter met Thuis betreft in feite residentiële zorg in deeltijd. Er wordt wel 24-uurs zorg geboden, maar niet zeven dagen per week. Kinderen wonen dus deels thuis. Daarnaast betreft het onderzoek van Van der Ploeg en Scholte diverse soorten hulpverlening en is toch hier onder 'semi-residentieel' geschaard, omdat er óók daghulp in onderzocht is.

Het onderzoek naar Beter met Thuis (Van den Bogaart & Van Muijen, 2001) heeft een veelbelovende opzet. Doordat er materiaal beschikbaar is dat eerder, met hetzelfde instrument in de reguliere leefgroepen (24-uurs zorg) is verzameld, is het mogelijk te vergelijken tussen kinderen in reguliere leefgroepen en kinderen in de 'leergroepen' van Beter met Thuis. Hierdoor zijn in principe 'harde' uitspraken te doen over de uitkomsten (grote mate van interne validiteit) én er is sprake van een onderzoeksgroep waarmee generalisatie mogelijk is naar de praktijk van de jeugdzorg. Er is een instrument gebruikt waarbij de groepsleiding de leverancier is van informatie. Zij zien weinig vooruitgang. Bij de jeugdigen in de leefgroepen is ook informatie gevraagd aan ouders. Die zien wel degelijk een vooruitgang. Het feit dat ouders wél vooruitgang rapporteren, maakt het de moeite waard om de uitkomsten van de radicaal anders ingerichte residentiële hulp nogmaals te bekijken, met een breder instrumentarium en een duidelijker operationalisatie van effect.

Het onderzoek van Riemersma e.a. (1991) is een voorbeeld van een onderzoek met een geringe mate van interne validiteit. Op basis van alleen een nameting bij één groep zijn geen conclusies te trekken.

Op basis van de resultaten van het onderzoek van Kloosterman en Veerman (1999) is dat beter te doen. Ook hier is geen sprake van een controlegroep en daarmee is de interne validiteit niet zo groot. De mate van generaliseerbaarheid is echter wel groot. Van belang is daarbij dat de onderzoekers informatie verzamelden over de inhoud van de verleende hulp: hulpverleners registreren hun verrichtingen en de bestede tijd en er werd bijgehouden welke combinaties van hulp verleend werden. Daarmee wordt het al makkelijker om de vooruitgang al dan niet toe te schrijven aan de verleende hulp. Zo bleek bijvoorbeeld dat als de aanpak van het kind in kwestie gecombineerd werd met hulp aan de ouders en de rest van het gezin, er meer verbetering gerapporteerd werd door leerkrachten, ouders en groepsleiding dan in de gevallen waarin er alleen aan het kind hulp werd verleend.

Het onderzoek van Groenendijk en Van Egten (2003) lijkt aan te geven dat naschoolse opvang en toezicht op kinderen die dreigen te ontsporen, zou kunnen helpen bij de preventie van delinquent gedrag op latere leeftijd. Helaas is dit onderzoek niet van goede kwaliteit en kunnen er geen goed onderbouwde conclusies worden getrokken maar het geeft een richting aan waarin toekomstig onderzoek en beleid zou kunnen ontwikkelen.

Scholte en Van der Ploeg (2002) hebben een zeer uitgebreid onderzoek gedaan. Omdat ze veel verschillende interventiemethodes en doelgroepen in één keer hebben onderzocht geven we hier een aanvulling op de resultaten die in de tabel staan. Van alle jongeren die in aanmerking kwamen voor ambulante hulp, was 56% hier ook echt mee geholpen. Semi-residentiële hulpverlening bleek voor 20% van de geadviseerde jongeren te volstaan, maar in de meeste gevallen werd uiteindelijk toch residentiële hulpverlening geadviseerd en aangeboden. Bij een pleegzorgindicatie bleek 78% in een pleeggezin terecht te zijn gekomen. Van de kinderen voor wie residentiële hulp geschikt werd geacht, kreeg 72% ook daadwerkelijk dat type hulp. Bij 25% kon er toch hulp worden geboden in thuissituatie. Daarnaast vinden Scholte en Van der Ploeg vooral positieve veranderingen in agressief gedrag en aandachtsproblemen van de kinderen. Een deel van de kinderen is verbeterd maar anderen zijn in de klinische range van problemen terecht gekomen. Er is daarom geen eenduidig antwoord te geven of de hulpverlening succesvol was. De conclusie die uit deze uitgebreide studie kan worden getrokken is dat voor deze jongeren lichte ambulante hulpverlening niet voldoende helpt. Bij ernstige problemen lijkt intensieve residentiële hulpverlening de beste optie.

Voor de semi-residentiële hulpverleningssector is niet een eenduidige conclusie te geven welke Nederlandse interventies effectief zijn. Dit komt door een gebrek aan kwalitatief goed onderzoek.

Veelbelovende programma's zijn de daghulp van het Boddaertcentrum en de 'residentiële zorg in deeltijd' van 'Beter met Thuis'. De semi-residentiële hulpverlening lijkt niet geschikt voor kinderen en adolescenten met (zeer) ernstige emotionele en gedragsproblemen. Het lijkt beter hen te verwijzen naar de instellingen voor (intensieve) residentiële zorg.

9.4 Residentiële zorg

De studies naar de uitkomsten van de residentiële zorg voor jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen zijn samengevat in tabel 16. Een uitgebreidere weergave van de studies is te vinden in bijlage 1.3.

Tabel 16. Interventies jeugdigen emotionele en gedragsproblemen: residentiële hulp¹⁶

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Veerman, 1990	Verblijf in Paedologisch Instituut	VO	104 kinderen op 5 momenten gevolgd a.d.h.v. diverse instrumenten	20% na vertrek geen ernstige emotionele en gedragsproblemen, cognitieve achterstand en opvoedingsproblemen meer. 80% nog beduidende problemen. +
Bruil en Mesman Schultz, 1991	Drie hulpvormen van de Stichting Kleinschalige Hulpverlening: een therapeutisch gezinshuis, een normalisatiehuis en een adolescentenproject	VO	Info over 25 jeugdigen op 3 momenten	Van de jeugdigen in de therapeutische gezinshuizen gaan er meer vooruit en ze weten zich na vertrek beter aan te passen dan jeugdigen uit andere projecten. +
Kok, Menkehorst Naayer en Zandberg, 1991	Residentiële gedragstherapeutisch behandelingsprogramma (RGB)	Quasi-exp.	2 leefgroepen RGB vergeleken met 5 leefgroepen andere typen hulp	Gemiddeld grotere afname probleemgedrag, grotere toename sociale vaardigheden en minder drank en drugsgebruik dan bij controlegroepen. ****
Mesman Schultz en Herfs, 1992	Projecten voor individuele behandeling en zelfstandigheidstraining voor adolescenten	VO	Info over 95 jeugdigen op 3 momenten	Geen verschil in gemiddelde problematiek bij voor- en nametingen. Individueel bekeken gaat 55% vooruit. Aanpassing na vertrek goed bij 40%. +
Van Dijk en Hilhorst, 1993	Projecten ervaringsleren in tehuizen	VO	Voor- en nameting bij 52 jeugdigen	Jeugdigen positiever zelfbeeld, meer probleemoplossende vaardigheden. +
Jansen en Oud, 1993	Residentiële hulp in 10 tehuizen en 2 kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken	VO	141 jeugdigen gedurende twee jaar na opname gevolgd a.d.h.v. diverse instrumenten	68% van de ouders ziet minder gedragsproblemen, 40% hulp afgesloten volgens plan en jeugdigen minder beïnvloedbaar en wantrouwig, meer doorzetten e.d. +
Smit, 1993	13 behandelingstehuizen, 24 tehuizen voor normale jeugd, 5 vakinternaten en 11 bij-internaten	Evaluatie-onderzoek	149 jeugdigen met follow-up gemiddeld 217 dagen na vertrek	Na uitplaatsing is 54% teruggekeerd naar huis en is 46% zelfstandig gaan wonen. o
Ten Brink, 1998	Verblijf in Paedologisch Instituut	VO	195 kinderen op 5 momenten gevolgd a.d.h.v. diverse instrumenten	30% na vertrek geen ernstige emotionele en gedragsproblemen meer. 70% nog beduidende problemen. +

¹⁶ De studies van Veerman (1990) en Ten Brink (1998) betreffen naast opname in het Paedologisch instituut ook dagbehandeling door het Paedologisch instituut. Omdat veel kinderen 24-uurs zorg ontvingen zijn de studies onder de noemen 'residentiële zorg' meegenomen.

Boon en Colijn, 2001	Verblijf in psychiatrische kliniek	VO	230 jeugdigen gevolgd bij opname, ontslag en follow-up 3 tot 12 maanden na vertrek a.d.h.v. diverse instrumenten	Bij de jeugdigen is een statistisch significante symptoomreductie, 75% toont verbetering op de behandoelen en 64% is tevreden met de behandeling. *
Jansen en Feltzer, 2002	Residentiële centrum voor jeugdhulpverlening (6 leefgroepen)	Evaluatie-onderzoek	82 jeugdigen met retrospectieve follow-up	61% woont een tijd na vertrek in een gezin met één of twee biologische ouders, 24% verblijft in een residentiële instelling, 13% woont zelfstandig en 2% in een pleeggezin. o
Scholte en Van der Ploeg, 2003B	15 instellingen voor residentiële behandeling	VO	200 jeugdigen gevolgd bij opname, 6 maanden en 2 jaar na opname a.d.h.v. diverse instrumenten	Twee jaar na opname heeft 42% het behandelcentrum volgens plan verlaten, bevindt 7% zich nog in het centrum en is 51% voortijdig vertrokken. *
Scholte en Van der Ploeg, 2003C	9 residentiële programma's in Nederland	VO	115 jeugdigen gevolgd bij opname, 6 en 12 maanden na opname a.d.h.v. diverse instrumenten	Volgens de groepsleiding is er bij 50% een duidelijke vooruitgang en bij 37% enige vooruitgang. Bij 45% is sprake van afronding volgens plan, 24% is overgeplaatst, 13% weggelopen en 18% voortijdig uitgevallen. *

Naast deze primaire studies zijn er twee Nederlandse overzichtsstudies gevonden naar de uitkomsten van residentiële zorg aan jeugdigen met emotionele en gedragsproblematiek. In de tabel hieronder worden deze studies samengevat weergegeven. In bijlage 1.4 zijn deze studies uitgebreider weergegeven.

Tabel 17. Nederlandse overzichtsstudies emotionele en gedragsproblemen: residentiële jeugdzorg

Studie	Meta-analyse (M) of review (R)	Aantal studies in de meta-analyse of review	Onderzochte interventie(s)	Uitkomst
Smit, 1994	R	10 primaire studies	Tehuizen	Tussen de 17% en 47% van de jeugdigen heeft na vertrek uit een tehuis geen dagelijkse bezigheden op het gebied van school of werk. Tussen de 50% en bijna 90% van de jeugdigen functioneert redelijk tot vrij goed na vertrek.
Boendermaker en Van den Berg, 2005	R	2 overzichtsstudies 1 meta-analyse 1 primaire studie	Residentiële behandeling	Bij jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende problematiek is een intensieve, (cognitief-) gedragtherapeutische aanpak, gecombineerd met gezinsinterventies effectief.

Wat weten we hiermee?

De 12 primaire en 2 overzichtsstudies laten zien dat een deel van de jeugdigen opgenomen in een residentiële instelling er tijdens de hulpverlening op vooruit gaat en dat de emotionele en gedragsproblemen afnemen. Van de jeugdigen vertoont 32% tot 87% een verbetering in het functioneren (Bruil & Mesman Schultz, 1991; Van der Ploeg & Scholte, 2003B, 2003C). Smit (1994) concludeert dat tussen 50% en bijna 90% van de jeugdigen na vertrek redelijk tot vrij goed functioneert. Een meerderheid van de jeugdigen keert na vertrek uit een residentiële instelling weer terug naar huis.

Uit de zes studies waarin er gegevens zijn over de wijze van vertrek komt naar voren dat er bij ongeveer de helft tot twee derde van de jeugdigen sprake is van een gepland vertrek. Jeugdigen die voortijdig uit de behandeling vertrekken laten minder gunstige resultaten zien dan jeugdigen die volgens plan vertrekken.

Naar het functioneren van het gezin wordt in de studies nauwelijks gekeken. De enige twee studies die hier wel naar hebben gekeken (Ten Brink, 1998 ; Jansen & Oud, 1993) laten zien dat er weinig verandering optreedt in het gezin van herkomst tijdens het residentiële verblijf van hun kind. Bruil en Mesman Schultz (1991) geven aan dat voor ongeveer de helft van de jeugdigen de relaties in het gezin gunstig zijn na vertrek. In de studie van Jansen en Feltzer (2002) oordelen de meeste jeugdigen na hun vertrek positief over de relatie met hun vader of moeder.

In één studie waarbij behandeling in een psychiatrische kliniek centraal staat, is gekeken naar de tevredenheid van betrokkenen over de behandeling en de mate van doelrealisatie (Boon & Colijn, 2001). Een ruime meerderheid toont verbetering op de behandeldoelen en meer dan de helft van de jeugdigen is tevreden met de behandeling. Dit resultaat is echter niet gebaseerd op alle jeugdigen in de aanvankelijke steekproef in verband met een voortijdig vertrek bij 35% van de jeugdigen. De auteurs concluderen dat tevredenheid over behandeling vooral beïnvloed lijkt te worden door de manier waarop de behandeling beëindigd wordt.

Wat de interventie in de diverse typen tehuizen precies inhoudt is soms niet of slechts heel globaal beschreven. In de studie van Kok e.a. (1991) wordt het residentiële gedragstherapeutische programma wel nader toegelicht. Uit de studie komt naar voren dat de gedragstherapeutische aanpak voor een sneller en beter resultaat zorgt dan de reguliere aanpak in leefgroepen. Bij jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen lijkt een intensieve, (cognitief-) gedragstherapeutische aanpak die gecombineerd wordt met gezinsinterventies effectief te zijn.

Van de twaalf primaire studies is er bij negen studies sprake van veranderingsonderzoek (VO). Twee studies zijn niet-experimentele evaluatieonderzoeken en bij één studie is sprake van een quasi-experimenteel onderzoek. In een aantal studies wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde instrumenten, zodat een vergelijking mogelijk is met normgroepen van 'normale' jeugdigen of jeugdigen die zijn opgenomen in tehuizen. In de enige quasi-experimentele studie die we zijn tegengekomen (Kok e.a., 1991) wordt geen vergelijking gemaakt met eenzelfde doelgroep die niet in een residentiële setting is opgenomen.

Dit maakt het, in combinatie met het feit dat de interventies zelf nauwelijks beschreven zijn, moeilijk om een relatie te leggen tussen de afname van de emotionele en gedragsproblemen én de residentiële interventies. In hun meta-analyse naar de effectiviteit van residentiële jeugdzorg komen Harder e.a. (2006) op basis van een veel groter aantal studies tot eenzelfde conclusie.

In verschillende primaire studies wordt gebruik gemaakt van hulpverleners als informanten. Uit het onderzoek van Harder e.a. blijkt dat zij vaak weinig verbetering constateren en kritischer aankijken tegen gedragsvorderingen dan cliënten (jeugdigen en ouders) zelf. Eerder wees Slot (1988) hier al op. Het is voor groepsleiding blijkbaar lastig om gericht te letten op zaken die verbeterd zijn, ook als er daarnaast nog een aantal dingen niet goed gaat.

Al met al kunnen we concluderen dat het gedrag van de kinderen en adolescenten deels verbetert, maar ná de residentiële opname niet opgelost is. Het is niet duidelijk hoe het met de jeugdigen verder gaat wanneer ze de instelling verlaten. Er is geen onderzoek dat de terugkeer van deze kinderen in hun gezin bekijkt en ziet of het verblijf in de residentiële inrichting een positieve invloed heeft gehad op de gezinssituatie. In de onderzoeken wordt in beperkte mate ingegaan op de inhoud van de interventies die de jongeren ontvangen. Er zijn geen interventies die werken voor alle jeugdigen, in iedere studie is er 30-70% die geen tot weinig gedragverandering laat zien. Het is van belang dat er kwalitatief goed onderzoek wordt uitgevoerd waarin het hulpaanbod in kaart wordt gebracht, een grote doelgroep wordt betrokken en er een lange nameting is, zodat de lange-termijn effecten van verschillende soorten residentiële zorg bekend worden.

9.5 Conclusie jongeren met emotionele en gedragsproblemen

Voor de groep met emotionele en gedragsproblemen kwamen vijf typen interventies aan de orde: thuishulp, (therapeutische) pleegzorg, semi-residentiële hulp en residentiële hulp. Op basis van het beschikbare onderzoek trekken we de volgende conclusies.

Videohometraining zorgt bij een kleine experimentele groep voor betere communicatie tussen ouders en hun kind en daardoor zijn er minder gedragsproblemen. Het onderzoek vergt navolging voor een grotere groep. Naast effectmeting moet er ook worden gekeken voor welke doelgroep deze interventie het meest geschikt is.

Een plaatsing in een (*therapeutisch*) *pleeggezin* lijkt voor sommige kinderen/adolescenten beter te werken dan voor andere. Helaas is op basis van het beschikbare onderzoek geen beschrijving te geven van de doelgroep waarvoor deze interventie het meest effectief is. Ook is de relatie tussen de pleegzorg en het bereikte effect niet aan te tonen. Het onderzoek sluit niet uit dat de kleine groep waarvan het gedrag significant verbeterde, deze verbetering niet spontaan doormaakte. Toekomstig onderzoek zal hier uitsluitsel over moeten geven.

Voor *semi-residentiële hulp* is het moeilijk om aan te geven welke interventies effectief zijn. Boddaert daghulp en de 'deeltijd-residentiële zorg' van Beter met Thuis lijken veelbelovende interventies, maar door het gebruik van de groepsleiding als belangrijkste informatiebron, blijft het zicht op de effecten beperkt. Dit fenomeen is niet nieuw en heeft alles te maken met het feit dat het voor groepsleiding en andere hulpverleners nog niet gebruikelijk is om heldere doelen te stellen en de realisatie van deze doelen in kaart te brengen. Zeker bij jongeren die opgenomen zijn in een leefgroep ziet groepsleiding natuurlijk erg veel en dus ook gedrag dat nog niet veranderd is en nog te verbeteren valt. Het is van belang, ook voor de motivatie van de jongeren in kwestie en hun ouders, om ook de kleine vooruitgang die geboekt wordt goed te benoemen.

Er kan geconcludeerd worden dat de semi-residentiële hulpverlening niet geschikt is voor kinderen en adolescenten met (zeer) ernstige emotionele en gedragsproblemen. Deze kunnen beter worden doorverwezen naar de (intensieve) residentiële instellingen. Tot slot is ook hier meer en beter onderzoek geboden om aan te geven welke doelgroep het meest gebaat is bij dit type interventie en hoe goed deze interventie is in verhouding tot géén of andere soorten hulp.

Bij de *residentiële interventies* blijkt het lastig om effectonderzoek te doen. Het is doorgaans niet goed mogelijk om een vergelijkbare controlegroep te vormen en er is weinig bekend over de inhoud van de interventie. Het onderzoek naar het residentieel gedragstherapeutisch programma uit 1991 is het enige onderzoek waarin vergelijking met andere groepen plaatsvindt. Uit het onderzoek blijkt dat jongeren er met het gedragstherapeutische programma op vooruit gaan. Zij gaan vooral sneller en meer vooruit dan jongeren in andere leefgroepen zonder het gedragstherapeutische trainingsprogramma. Vooral de conclusie dat mét het programma de resultaten sneller én beter zijn, is belangrijk voor het inrichten van de hulp in tehuizen. Het RGB onderzoek is al vrij 'oud'. De andere onderzoeken laten zien dat er door de inspanningen van behandelaars in tehuizen sprake is van vooruitgang. Of dit beter of sneller is dan zonder die hulp kan niet geconcludeerd worden.

Wat alle onderzoeken wel suggereren is dat emotionele en gedragsproblemen moeilijk te veranderen zijn. Ook na vertrek uit de tehuizen en pleeggezinnen zijn er nog steeds behoorlijke problemen.

10 Jeugdigen met (ernstig) antisociaal en delinquent gedrag

In dit hoofdstuk zullen interventies voor kinderen en adolescenten met ernstige gedragsproblemen en delinquent gedrag aan bod komen. Het hoofdstuk is opgedeeld in twee delen: de ambulante begeleiding en de residentiële zorg voor deze jeugdigen.

10.1 Ambulante begeleiding

Tabel 18. Samenvatting onderzoeken ambulante begeleiding

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Spaans en Doornhein, 1991	Jeugdreclassering	Quasi-exp.	Van 464 jongeren informatie 3 meetmomenten en vergelijkingsgroep gematchte jongeren zonder reclassering	60% recidive tegen 66% vergelijkingsgroep. Doelen van begeleiding doorgaans gehaald en situatie volgens hulpverleners verbeterd ++
Noorda en Veenbaas, 1997	Nieuwe Perspectieven	VO	300 jongeren begin, eind en follow-up meting rond vijf leefgebieden	83% vooruitgegaan, 78% minder delicten, 62% weer naar school, 60% situatie in gezin verbeterd en 56% vrijetijdsbesteding +
Kleiman en Terlouw, 1997	Harde Kern projecten /ITB	VO	199 jongeren, begin, eind en follow-up meting, o.a. justitiële documentatie en politie administratie	60% recidive +
Slump, Van Dijk, Klooster en Rietveld, 2000	Stop-reactie	Evaluatie-onderzoek	1717 kinderen onder 12 jaar doorliepen Stop, hiervan zijn 23 kinderen en 27 ouders geïnterviewd	Ouders zien positieve effecten op gedrag kind. Kinderen geven groter moreel besef aan en willen recidive voorkomen. Of dit lukt, is onbekend. o
Kruissink en Verwers, 2002	Jeugdreclassering	Evaluatie-onderzoek (alleen nameting)	68 werkers zijn geïnterviewd over doelrealisatie bij 123 cliënten	Doelrealisatie loopt uiteen van 79% van de doelen rond werk tot 42% van de gestelde doelen rond het gebruik van alcohol en drugs (+)
Jakobs, en Van Wijk, 2002	Youth at Risk (YAR) Met hulpverleners en inzet van vrijwilligers jongeren op rechte pad krijgen/houden.	VO	38 jongeren 16-24 jaar geïnterviewd, vragenlijsten en politiegegevens, 1 jaar follow-up	Toename zelfkennis, meer verantwoordelijkheid voor daden nemen. Daling van politiecontacten in jaar na jaar in vergelijking tot jaar voor YAR, ernst misdrijven zelfde. Jongeren laten geen verergering zien, vergelijkbare groepen zonder YAR toename misdrijven. *
Terlouw, en Kamphorst, 2002	Elektronisch huisarrest Alleen bij stabiele thuissituatie, nuttige dagbesteding en het hebben van discipline en vermogen tot structureren.	Evaluatie-onderzoek	22 jongeren, gemiddeld 15.5 jaar kregen tussen 4 dagen en 11 weken elektronisch huisarrest. Het gemiddelde was 42 dagen (6 weken)	Tijdens het dragen van de enkelband zijn er geen delicten gepleegd. Het houdt de jongere in contact met zijn sociale omgeving. Kan voor verschil in straffen zorgen omdat mede-dader niet aan voorwaarden voldoet. Voor meisjes ideaal want die kunnen niet in nachtdetentie o
Spoor en Kemp, 2004	Nijmeegs Gezinsproject	VO	29 jeugdigen tussen 6-17 jaar, 22 ouders geïnterviewd en politiedossiers bekeken. 6 en 12 maanden follow-up	Eerste 6 maanden van gezinsproject daling van politiecontacten, daling blijft tot jaar na afsluiting doorzetten. Bij nameting verbetering gedrag thuis, opvoedingssituatie en schoolprestatie, vermindering aantal delicten. *

Ferwerda, Van Leiden, Arts, en Hauber, 2006	HALT 5, 10 of 20 uur halt- taakstraf	Exp.	824 jongeren: 450 controlegroep en 374 exp. Groep Recidiveonderzoek en vragenlijsten voor jongeren en hun ouders.	76,7 % pleegt binnen half jaar na halt weer een strafbaar feit. Halt jongeren plegen meer vernielingen dan de controlegroep. Halt leidt niet tot een afname van de frequentie en ernst van gepleegde strafbare feiten. Controlegroep (geen Halt) geen toename van delinquent gedrag. Er is geen verschil in recidive en politiecontact 6 maanden na interventie. ****
Dekkers en Kriek, 2006	Tegendraadse Jeugd Opvoedingsonder- steuning voor ouders van delinquent jeugdigen	Evaluatie- onderzoek	Aantal onduidelijk, kinderen tussen 8-16 jaar. De methode is geëvalueerd met ouders en trainers.	Geen effectconclusies. De methodiek is aangepast naar aanleiding van deze studie. o

Wat weten we hiermee?

Bij de onderzoeken voor deze probleemgroep is de mate van recidive de belangrijkste variabele om de uitkomst van de hulpverlening te beoordelen. Op basis van het onderzoek van Spaans en Doornhein wordt duidelijk dat de recidive, na ambulante begeleiding, nog vrij hoog is. Het geringe verschil tussen wel en niet begeleide jongeren wijten de onderzoekers aan de geringe intensiteit van de begeleiding, hetgeen op basis van de verzamelde informatie een aannemelijke verklaring is. In een recente studie naar de effectiviteit van de Halt-afdoening rapporteren Ferwerda e.a. (2006) een hoge recidive. Daarnaast vinden de onderzoekers geen verschil tussen Halt en controle-jongeren in hun politiecontacten zes maanden na de interventie. De andere onderzoeken kennen een te geringe interne validiteit om harde uitspraken te doen over de effectiviteit van de begeleiding. De tendens is dat bij de deelnemers aan de projecten de gedragsproblemen minder worden, en begeleidingsdoelen gehaald worden, maar dat er ook ná afsluiting van de begeleiding nog steeds problemen zijn. Het recidive onderzoek in Slump's onderzoek (2000) naar de Stop reactie voor kinderen jonger dan 12 was op moment van publicatie nog niet afgerond. Ook in latere publicaties komen deze niet aan bod.

Er is de laatste jaren redelijk veel onderzoek uitgevoerd naar ambulante programma's voor delinquent kinderen en adolescenten. Van de tien studies zijn er twee van kwalitatief goed genoeg om harde uitspraken uit af te leiden, dit zijn Spaans en Doornhein uit 1991 en Ferwerda e.a. uit 2006. Beide studies geven aan dat er geen grote verschillen zijn tussen interventie en controlegroepen. De acht minder goede onderzoeken vinden wel veranderingen in gedrag op basis van ouderrapportages, of een vermindering van het aantal gepleegde delicten, maar in deze onderzoeken is er niet vergeleken met een controlegroep. Het lijkt erop dat ambulante hulpverlening voor het gros van de delinquent kinderen en jongeren niet het gewenste effect heeft. In de volgende paragraaf zal worden bekeken of residentiële interventies misschien betere uitkomsten laat zien voor deze doelgroep.

10.2 Residentiële interventies

Er zijn diverse Nederlandse studies naar de uitkomsten van residentiële zorg voor jeugdigen met antisociaal en delinquent gedrag uitgevoerd. De primaire studies worden hieronder samengevat weergegeven in een tabel. In bijlage 1.3 worden de Nederlandse studies uitgebreid weergegeven.

Tabel 19. Samenvatting onderzoeken interventies jongeren met ernstig antisociaal en delinquent gedrag: residentiële hulp

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Boon en Colijn, 1995	Verblijf in psychiatrische kliniek	VO	122 jeugdigen, diverse metingen tot jaar na vertrek	Bij follow-up 85% reductie van klachten, 75% doelen gehaald en 65% tevreden. +
Boendermaker, 1998	Justitiële jeugdinstellingen	VO	161 jeugdigen verschil nagegaan tussen follow-up 1 jaar na vertrek en opname	46% sign. reductie gedragsproblemen en 40% geen recidive na vertrek. 34% niet-regulier vertrek. +
Van den Bogaart en Van Muijen, 2000	Residentiële behandeling in justitiële jeugdinstelling Het Keerpunt	VO	Opname en exitinformatie over 33 jongens, plus tevredenheids-onderzoek	Bij 47% positieve reden vertrek en 28% gunstige prognose. Vermindering probleemgedrag op 9 van de 20 probleemgebieden en 76% is tevreden over geboden hulp +
Van der Heiden-Attema en Wartna, 2000a	11 justitiële behandelinstellingen	VO	383 jeugdigen gevolgd met follow-up gemiddeld 42 maanden gevolgd na vertrek	Bij 47% is sprake van een regulier vertrek. Na 4 jaar is er sprake van 63% recidive. o
Bruinsma en Boon, 2001	Verblijf in jeugdforensische psychiatrische kliniek	VO	34 jeugdigen van opname tot jaar na vertrek gevolgd, diverse instrumenten	Er is sprake van een klachtenreductie en een reductie in probleemgedrag. Voortijdig vertrek bij 34%. Bij 74% is sprake van doelrealisatie, 54% van de jeugdigen en 82% van de ouders is min of meer tot zeer tevreden over de behandeling. +
Beenker en Bijl, 2003	competentiemodel geïmplementeerd in 6 justitiële jeugd instellingen	VO	102 1 ^e cohort, 71 2 ^e cohort, twee cohorten vertrekkers vergeleken (vertrek na behandeling zonder én met competentie-model)	Er is geen verschil tussen de cohorten, wel of geen competentie-model maakt niet uit. *
Scholte en Van der Ploeg, 2003a	4 residentiële programma's voor jeugdige delinquenten	VO	105 jeugdigen gevolgd bij opname, gedurende de opname en 1 jaar na opname	Na een jaar is 21% voortijdig vertrokken. Bij 80% van de jeugdigen sprake is sprake van een positieve psychosociale ontwikkeling. *
Van den Bogaart, Mesman Schultz en Van Muijen, 2003	Glen Mills	VO	Van 69 jeugdigen vooruitgang tijdens verblijf bekeken op 2 momenten	Twee derde voltooit het programma, een derde vertrekt voortijdig. Coaches oordelen dat jeugdigen zich redelijk aanpassen. Meer dan de helft van de jeugdigen behaalt tijdens het verblijf een schooldiploma. o
Hendriks en Bijleveld, 2004	Behandeling in een jeugdinstelling op een gesloten en besloten afdeling	VO	112 jeugdigen retrospectief dossieronderzoek en follow-up van 1 jaar en 8 maanden tot ruim 15 jaar en 8 maanden	Bij 59% is er sprake van recidive naar enig delict. Binnen één jaar na ontslag recidiveert meer dan 50%. o
Van Dam, 2005	1 justitiële behandelinstelling	VO	126 jeugdigen gevolgd bij opname en follow-up na vertrek	Na vertrek komt 64% van de 95 jeugdigen die uit de instelling vertrokken is door een arrestatie met justitie in aanraking. o

Nas, 2005	3 gesloten justitiële jeugdinstellingen met en zonder EQUIP programma	Quasi-exp.	108 jeugdigen EQUIP groep (N=61) uit 1 instelling en 2 niet-EQUIP groepen (N=47) uit 2 instellingen gevolgd voor- en na behandeling	Geen verschillen tussen de groepen in moreel redeneren, sociale vaardigheden en sociale informatieverwerking. EQUIP groep minder denkfouten en negatievere houding ten aanzien van delinquentie dan andere groep. ***
-----------	---	------------	---	--

Naast de bovenstaande onderzoeken zijn er drie overzichtsstudies gevonden waarin Nederlandse studies naar residentiële interventies bij antisociaal en delinquent gedrag besproken worden. Deze staan in tabel 20 weergegeven. In bijlage 1.3 staan de studies uitgebreider beschreven.

Tabel 20. Nederlandse overzichtsstudies antisociaal en delinquent gedrag: residentiële jeugdzorg

Studie	Meta-analyse of review	Aantal studies in de meta-analyse of review	Onderzochte interventie(s)	Uitkomst
Van Gageldonk en Bartels, 1990	Review	56	Residentiële hulpverlening, ervaringsleren en ambulante hulpverlening	Twee vormen van residentiële behandeling komen als effectief naar voren: Projectmatig werken met een gestructureerde leefomgeving en het werken aan de vergroting van sociale competentie via een gefaseerd, stapsgewijs programma en een leerroute.
Van der Laan, 2001	Review	28	Politiële en justitiële interventies (divers)	De voorzichtige conclusie die soms kan worden getrokken is dat hulpverlening aan jeugdigen met politiecontacten delinquent gedrag en nieuwe politiecontacten enigszins kan beperken. Taakstraffen hebben een beter resultaat dan traditionele sancties.
Bartels, Schuurmsma en Slot, 2001	Review	2	Diverse programma's	De meeste resultaten bieden programma's waarin vaardigheden worden aangeleerd en gebruikgemaakt wordt van gedragstherapeutische en cognitief-gedragstherapeutische principes, waarin het gezin en de sociale omgeving bij het programma worden betrokken, die goed georganiseerd zijn, intensief zijn en theoretisch goed gefundeerd zijn.

Wat weten we hiermee?

Op basis van de helft van de primaire studies naar uitkomsten van residentiële interventies voor jeugdigen met ernstig antisociaal en delinquent gedrag wordt duidelijk dat bij een deel van de jeugdigen sprake is van een afname van problemen of klachten. Zo komt uit de studie van Boendermaker (1998) naar voren dat jeugdigen gemiddeld vooruit gegaan zijn vanaf plaatsing tot een jaar na vertrek. Een deel van de jeugdigen blijkt echter geen vooruitgang te vertonen. Drie van de gevonden studies richten zich alleen op de periode na vertrek en geven op die manier geen zicht op de mate van verandering bij jeugdigen van voor tot na opname of tijdens de opname.

Uit de studies waarin is gekeken naar de reden van het vertrek uit de residentiële instelling blijkt dat er in een vijfde tot ongeveer helft van de gevallen sprake is van een voortijdig vertrek. Hierbij is soms sprake van overplaatsingen, maar vaker is er sprake van het weglopen door de jeugdige of het wegsturen van de jeugdige door de instelling. Net als we in hoofdstuk 9 concludeerden voor jongeren met emotionele en gedragsproblemen, kunnen we hier concluderen dat de situatie van jeugdigen die voortijdig vertrekken uit een tehuis, minder gunstig is dan die van jeugdigen die volgens plan vertrekken.

Er zijn vier studies die zich richten op de mate van recidive na residentiële zorg. De recidive van jeugdige delinquenten blijkt vaak groot te zijn. Recidivepercentages¹⁷ bij jeugdige delinquenten in residentiële behandeling en detentie liggen, een jaar na vertrek, tussen de 30% en 64% (Van Dam, 2005; Van der Heiden-Attema & Wartna, 2000; Van der Laan, 2001).

Uit de studies waarin gekeken is naar tevredenheid blijkt dat de meeste jeugdigen tevreden zijn over de behandeling. Uit één studie waarin de tevredenheid van ouders is onderzocht blijkt dat een meerderheid van de ouders tevreden is over de behandeling die hun kind krijgt of heeft gekregen. De twee studies die gekeken hebben naar doelrealisatie laten zien dat een meerderheid van de jeugdigen verbetering vertoont op de gestelde behandeldoelen. De behandelaars geven overigens zelden aan dat de doelen die ze hebben opgesteld helemaal gerealiseerd worden. De mate van doelrealisatie is voor jeugdigen die voortijdig vertrekken kleiner dan voor jeugdigen die de behandeling voltooien (Bruinsma & Boon, 2001).

Net als bij de residentiële interventies voor jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen wordt de interventie vaak niet of heel globaal beschreven. Van de tien studies is er bij negen studies sprake van veranderingsonderzoek. Eén studie kan getypeerd worden als quasi-experimenteel onderzoek. In een aantal studies wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde instrumenten, zodat een vergelijking mogelijk is met normgroepen van 'normale' jeugdigen of jeugdigen die zijn opgenomen in tehuizen. Ook hier maakt de combinatie van het design en het feit dat de interventies zelf niet altijd goed beschreven zijn, het niet goed mogelijk om een relatie te leggen tussen de afname van de problematiek én de residentiële interventies.

De drie overzichtsstudies geven enigszins richting aan een antwoord op de vraag welke interventies effectief zijn voor jeugdigen met ernstig antisociaal en delinquent gedrag. De meeste resultaten worden bereikt met programma's waarin vaardigheden worden aangeleerd en (cognitief-) gedragstherapeutische principes worden gebruikt en waar het gezin en de sociale omgeving bij worden betrokken. Bovendien moeten de programma's goed georganiseerd zijn, intensief zijn en theoretisch goed gefundeerd zijn. Projectmatig werken met een gestructureerde leefomgeving en het werken aan de vergroting van sociale competentie via een gefaseerd, stapsgewijs programma en een leerroute kunnen ook positieve resultaten opleveren. Programma's die gericht zijn op afschrikking werken niet of negatief. Overlevingstochten hebben gemiddeld noch een positief noch een negatief effect. Verder lijken taakstraffen een beter resultaat te hebben dan traditionele sancties.

10.3 Conclusie jongeren met ernstig antisociaal en delinquent gedrag

Uit onderzoek naar ambulante hulpverlening voor (ernstig) antisociale en delinquente jongeren blijkt dat deze interventies weinig effect hebben. Het lijkt erop dat de ingezette programma's te kort en te licht zijn om deze doelgroep met ernstige gedragsproblemen te helpen.

Het onderzoek naar de residentiële interventies laat zien dat een deel van de jongeren er beter aan toe is na afronding van de hulp. Echter: lang niet alle jongeren gaan vooruit en de problemen (inclusief de delicten) zijn na afsluiting van de hulp niet verdwenen. Dit hoeft geen verbazing te wekken: het gaat hier om jongeren met ernstige problematiek en op basis van onderzoek naar de ontwikkeling van antisociaal en delinquent gedrag weten we dat zonder ingrijpen de problemen bij bepaalde risicogroepen alleen maar erger worden. De beschrijving van de onderzoeksgroepen in de behandelde onderzoeken maakt duidelijk dat die risicogroepen juist hier - bij deze interventies- aan de orde zijn. Ook weten we uit onderzoek naar 'wat werkt' bij jongeren met deze problematiek dat er wel degelijk interventies zijn die effectief zijn (zie o.a. Konijn, Cavelaars en Boendermaker, 2003; Lipsey en Wilson, 1998).

Kort samengevat zijn dit: cognitief gedragstherapeutische interventies, een op het leren van vaardigheden (probleemoplossende vaardigheden) gerichte aanpak en een intensieve multisysteem aanpak (MST). De

¹⁷ De mate van recidive is afhankelijk van de tijdsperiode na vertrek waarover gemeten is: hoe langer die periode, hoe groter de mate van recidive.

interventies die hier onderzocht zijn bevatten elementen van deze aanpakken, maar alleen in het onderzoek van Van de Bogaart en Van Muijden over het Keerpunt is er sprake van onderzoek naar een uitgewerkt gedragstherapeutisch programma. Onderzoek laat overigens ook zien dat een residentiële interventie kan werken; dat is het geval als de bovengenoemde elementen worden gecombineerd met scholing en intensieve nazorg. Over de hier onderzochte interventies is over het geheel genomen, te weinig bekend om dergelijke al dan niet werkzame factoren aan te kunnen wijzen.

11 Jongeren die thuisloos zijn of dat dreigen te worden

In de afgelopen tien jaar zijn er geen artikelen gepubliceerd over onderzoek naar interventies voor jongeren die thuisloos zijn of dit dreigen te worden. In tabel 21 worden twee onderzoeken beschreven.

Tabel 21. Samenvatting onderzoeken interventies thuisloze jongeren

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Geijtenbeek, 1996	Aanpak Thuisloze Jongeren via T-teams	VO	3,6,9, en 12 maanden na afsluiting hulp gegevens verzameld bij 169 jongeren over financiën, strafzaken, sociaal netwerk en dagbesteding	73% heeft financiën op orde, 32% justitiezaken afgehandeld, 71% relaties hersteld. 40% heeft geen dagbesteding. Na 12 maanden 10 terugval en 32% gaat goed. Overige info ontbreekt. (+)
Van Haaster, Van der Veldt en Van den Bogaart, 1997	Vertrektraining	Quasi-exp.	67 VT jongeren worden vergeleken met 244 jongeren die zonder VT tehuis verlaten	Van VT groep heeft 32% bij afsluiting alle 5 succescriteria van VT bereikt. Na half jaar is dit resp. 46%. Vergelijking tussen de twee groepen levert geen informatie op ten gunste van VT +

Wat weten we hiermee?

Op basis van deze twee onderzoeken lijkt het erop dat de intensieve en individuele begeleiding er bij grofweg één derde van de begeleide groep voor zorgt dat zij kunnen wonen, werken en een sociaal netwerk hebben. Hoe jongeren zonder de begeleiding zich ontwikkelen blijft helaas onduidelijk. Het is wel bekend dat ernstig antisociaal gedrag, waaronder ook wegllopen en zwerven wordt begrepen, moeilijk te veranderen is. Het is daarom niet vreemd dat maar bij een deel van de jongeren de begeleiding tot dusdanige veranderingen leiden, dat deze bij follow-up nog meetbaar zijn.

Helaas zijn beiden onderzoeken al bijna 10 jaar oud en niet van optimale kwaliteit. De conclusie dat deze interventies voor 1/3 van de jongeren werken is dan ook te kort door de bocht. Om goede uitspraken over interventies voor deze doelgroep te kunnen doen, is het noodzakelijk om een kwalitatief goed onderzoek uit te voeren dat verschillende interventies en een controlegroep vergelijkt op verschillende meetmomenten. Ook voor deze doelgroep en interventies geldt dus: meer onderzoek is essentieel voordat er harde uitspraken over eventuele effectiviteit kunnen worden gedaan.

12 Gezinnen met meervoudige problematiek

Er zijn in de periode 1994 – 2006 13 studies verschenen over interventies voor gezinnen met meervoudige problematiek. In tabel 22 zijn deze studies kort op een rij gezet. In bijlage 1.3 is aanvullende informatie over deze studies te vinden.

Tabel 22. Samenvatting onderzoeken interventies gezinnen met meervoudige problematiek

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Vogelvang, 1993	Video hometraining 'plus' en project aan huis (PaH)	VO	34 gezinnen, 16 PaH en 18 VHT+ in totaal 49 kinderen 0-15 jaar, duur interventie 1-1,5 jaar. Er zijn voor en nameting vragenlijsten afgenomen.	PaH Positief effect op opvoeding, huishouding en probleemgedrag kind, geen effect op locus of control en copingstrategie. VHT+ geen sign verbeteringen, bereidheid tot accepteren hulp is verslechterd, 15 kinderen: 2 kinderen verbetering, 4 verslechtering en 9 stabiel. *
De Kemp, Veerman en Ten Brink, 1998	Families First	VO	234 gezinnen en 320 kinderen worden op vijf meetmomenten tot één jaar na afsluiting van de hulp	Bij afsluiting FF woont 92% nog thuis. Een jaar later is dat 76% tegenover 26% bij de groep die binnen een week na de start van FF afhaakt. Na afsluiten FF minder problemen en minder stress. Men is tevreden over de hulp bij ouder en kinderen. +/*
Monshouwer, Ten Brink en Veerman, 2000	Families First voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en hun gezinnen	Quasi-exp.	52 kinderen uit 47 gezinnen met FF LVG en 23 jeugdigen die reguliere hulp ontvangen. Verder zie opzet FF	Bij afsluiting FF LVG wonen alle jeugdigen nog thuis, na een half jaar is dit 76%. Verder afname probleemgedrag en ervaren stress. Er is tevredenheid over de hulp. Afname van probleemgedrag bij reguliere hulp gelijk. +++
Monschouwer, Van der Haar, Ten Brink en Veerman, 2001	De Versterking	VO	Over 20 jeugdigen informatie bij de start en afsluiting van de hulp en bij 10 jeugdigen follow-up informatie	Afname problemen bij afsluiten hulp en meeste jongeren wonen nog thuis Afname stress. Tevredenheid over de hulp bij ouders en kinderen. +/*
Ten Brink, Flipse en Veerman, 2001	Diverse vormen van intensieve ambulante gezinsbehandeling	VO	Informatie 682 jeugdigen uit 519 gezinnen. Zie verder opzet FF.	Meeste jongeren wonen bij afsluiting hulp nog thuis, % bij FF het laagst: 82% Bij follow-up varieert dit tussen 73% bij FF tot 85% bij VG. Verder afname problemen en stress. Er is tevredenheid over hulp bij ouders en kinderen. +
Van Lokven, 2001	Orthopedagogische thuishulp	Evaluatie-onderzoek	34 gezinnen met 77 kinderen waarvan 63 onder toezicht zijn gesteld. Retrospectief afnemen van vragenlijsten, minstens 6 maanden na afsluiting hulp	Programma heeft positieve invloed op voorkoming uithuisplaatsing Na interventie 97 % van OTS en high-risk kinderen thuiswonend, nameting 6 mnd OTS 71% thuiswonend, High Risk kinderen 65% thuis °

Damen, Veerman en Janssen, 2002	Multifunctioneel aanbod MFA, Hulp in Eigen Omgeving HEO is intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling, Gezinsbehandeling GHB, en Gezinsdagbehandeling GDB	VO en tevredenheid onderzoek	315 kinderen in 4 projecten, 169 heeft binnen onderzoek hulp afgerond, voor en nameting.	Volgens gezinswerkers hulp bij 62% effectief, ouders 50% effectief, 60% tevreden. Verbetering opvoedingsvaardigheden en -stress, externaliserende problemen minder, kinstress daalde, meer sociale steun. Geen sign. verschillen in programma's gerapporteerd ° tevredenheidsond. * VO
Orobio de Castro, 2002	Intensieve ambulante gezinsbegeleiding	VO	68 gezinnen met 112 kinderen, 35 hebben hulp afgerond, voor en nameting bij ouders en hulpverleners	Significante verbetering gedrags- en gezinsproblemen zowel volgens ouders als hulpverleners, sign afname aantal risicofactoren *
Janssens en Kemper 2003	Families First FF, Intensieve gezinsbegeleiding IGB, Video home training VHT.	VO	59 gezinnen, FF 20, IGB 19, VHT 20. Voor en nameting, vergelijking met klinische groep	IGB en FF moeders rapporteren sign afname gedragproblemen, opvoedbelasting en toename gezinsfunctioneren. VHT werkt bij ernstige opvoedproblemen, geen toekomstige problematiek. Na afloop nog steeds problemen. Doelgroepen interventies anders. *
Veerman, 2003	Families First (FF)	VO	1073 gezinnen met 1305 jeugdigen, standaard in hulpverleningsproces afgenomen vragenlijsten onderzocht, uitkomsten vergeleken met 1994 meting	77% thuiswonend op nameting, afname externaliserend gedrag gelijk, problemen gelijk, na afloop hulp nog ernstige problemen. Over algemeen minder goede resultaten dan in 1994 maar wel hogere werkdruk hulpverleners dus FF nog steeds werkzaam *
Kemper, 2004	Families First, Video Home Training, Intensieve Gezinsbehandeling	Quasi-exp.	59 gezinnen met kinderen 6-17 jaar oud. Voor- en nameting en 3 maanden follow-up	Vrijwel alle gezinnen na afloop nog vervolghulp. Thuiswonend na 3 mnd: VHT 95%, FF 75% en IGB 63%. Problemen bij IGB en FF vermindert maar nog steeds ernstig, bij VHT kleinere afname, minder grote startproblemen. Follow-up FF grotendeels weer in klinische range problemen *
De Meyer en Veerman, 2004	Hulp aan Huis programma: Families First, Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling of Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling	VO	207 gezinnen: FF 72, IOG 74 en OVG 61. Voor- na- en 6 maanden follow up meting met vragenlijsten.	Probleemgedrag kinderen: FF 58.1% is betrouwbaar veranderd, 41.9% niet IOG 48.5% betrouwbaar, 51.5% niet OVG 54.3% betrouwbaar, 45.7% niet Maar problemen zijn niet geheel weg *
Veerman en De Meyer, 2006	Hulp aan huis	VO	565 gezinnen met voor- en nameting, 6 maanden follow-up vragenlijsten	Ongeveer 60% opvoed- en opgroei problemen verbeteren significant HaH werkt voor deze doelgroep, wel vaak nog ernstige problemen na afsluiting van hulp *

Naast al deze primaire studies is er ook één meta-analyse uitgevoerd die de resultaten van primaire studies op een statistische manier 'bij elkaar optelt'. Het voordeel hiervan is dat de onderzoeksgroep groter wordt en er sterkere uitspraken over het effect van interventies kan worden gedaan.

Tabel 23. Nederlandse overzichtsstudies gezinnen met meervoudige problematiek

Studie	Meta-analyse of review	Aantal studies in de meta-analyse of review	Onderzochte interventie(s)	Uitkomst
Veerman, Janssens en Delicat, 2004	MA	17 studies	Methodieken voor intensieve gezinsbehandeling	Gedragsproblemen 1259 kinderen: $d = 0.52$ middelgroot effect Opvoedingsbelasting 1186 kinderen $d = 0.55$ middelgroot effect Maar problemen nog niet over

Wat weten we hiermee?

Er is de laatste jaren relatief veel onderzoek uitgevoerd naar interventies voor multi-problem gezinnen. De resultaten zijn bemoedigend, maar helaas is er geen controlegroep gebruikt. Daardoor is niet uit te sluiten dat er bij de ouders geen spontane verbetering optreedt. Hoewel een spontane verbetering bij deze multi-problem gezinnen niet is te verwachten, is de vergelijking toch een voorwaarde om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van de interventie.

Intensieve ambulante gezinsbehandeling, met name Families First, Video Home Training en Intensieve (orthopedagogische) Gezinsbegeleiding blijken goed te werken. Bij afsluiting van de hulp zijn de problemen afgenomen en woont na zes maanden ongeveer 2/3 van de jeugdigen nog thuis. De problemen zijn nog niet 'over': ruim driekwart van de jeugdigen heeft nog beduidende gedragsproblemen, maar die problemen zijn minder dan bij de groep die is afgehaakt. Deze multi-problemgezinnen hebben zoveel (verschillende) problemen dat alleen het aanpakken van opvoedingsproblemen er niet voor kan zorgen dat het gezin na de hulpverlening zonder enige vorm van hulp zelfstandig door kan gaan. Ouders én jeugdigen zijn redelijk tevreden over de geboden hulp.

Door in verschillende onderzoeken consequent een gelijke opzet te hanteren, is vergelijkingsmateriaal ontstaan en kunnen uitkomsten van de diverse hulpvormen naast elkaar gezet worden, waarbij aangetekend moet worden dat het soms hulpvormen zijn voor verschillende doelgroepen. Zo worden door Veerman, Janssens, De Meyer en Kemper gegevens over Hulp aan Huis uit verschillende provincies verzameld. Binnen het Hulp aan Huis programma krijgen ouders FF, IOG of VHT en bij deze gezinnen wordt bij aanvang van de hulp standaard een set vragenlijsten afgenomen die ze na afloop weer moeten invullen. Door deze standaardmeting binnen de hulpverlening wordt een beeld verkregen over het effect van de interventie in de verschillende provincies en door de tijd heen. De onderzoekers geven aan dat de werkdruk van FF-gezinswerkers veel groter is geworden dan in 1994, hierdoor wordt het effect van de interventie iets kleiner dan in 1994. Toch woont na afloop van de hulp 77% van de kinderen nog thuis. Uit het onderzoek naar FF LVG (Monshouwer, Ten Brink & Veerman, 2000) blijkt hoe belangrijk het is de uitkomsten te kunnen vergelijken met die van *eenzelfde* doelgroep die *andere* hulp ontvangt (*benchmarkstudie*). Dan blijkt namelijk dat de afname van de problemen bij de reguliere hulp even groot is. Op basis van deze informatie worden dan andere vragen van belang: namelijk welke interventie het meest *kosteneffectief* is of over welke interventie de cliënten het meest tevreden zijn. Omdat FF LVG beperkt blijft tot een ambulante interventie en reguliere hulp bij deze groep vaak veel intensiever is, ligt het voor de hand aan te nemen dat FF LVG een goedkoop alternatief is om tot dezelfde resultaten te komen. Replicatie van de studies is wenselijk om deze conclusie verder te kunnen onderbouwen.

13 Jeugdigen met overige problemen

Tot slot een hoofdstuk met alle onderzoeken naar interventies die niet onder de voorgaande thema's te plaatsen zijn. Deze interventies zijn in tabel 24 weergegeven en zullen kort besproken worden.

Tabel 24. Samenvatting onderzoeken interventies bij overige problemen

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Hirasing, Reus, Van der Most van Spijk e.a., 1994	Droog-bed training	VO	36 kinderen zijn 4 tot 6 jaar na behandeling weer bevraagd over bedplassen.	75% na de training droog en 83% na enkele jaren nog steeds. (+)
Van Ooyen-Houben, 1991	Uithuisplaatsing en plaatsing in tehuis of pleeggezin	VO	Van 124 jonge kinderen (0-11 jaar) is de ontwikkeling na uithuisplaatsing 2 jaar gevolgd. Vier meetmomenten en grote hoeveelheid instrumenten	Ontwikkeling van kinderen verschilt niet in tehuis of pleeggezin. Hoe jonger kind bij plaatsing en hoe normaler op dat moment, hoe beter/normale de ontwikkeling verloopt +(+)
Van Burik en Hilhorst, 1992	Vier scholings- en vormingsprojecten voor meisjes in de hulpverlening	VO	Bij vier vormingsprojecten zijn deelnemers bevraagd over o.a. zelfstandigheid, zelfredzaamheid, deelname werk en opleiding	Deels resultaten zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Resp. 80% en 40% van deelnemers twee projecten heeft werk of opleiding na vertrek. (+)
Bijl, 1996	Uiteenlopende interventies	VO	Over 1701 jongeren op 3 meetmomenten informatie verzameld bij hulpverleners	Gemiddeld gaan jongeren er door hulp op vooruit. Ambulante hulp werkt beter dan residentieel. De projecten hebben moeilijke probleemgroep buiten de deur gehouden. +
Bolier en Bohlmeijer, 2001	Match, Nederlandse Big Brother, Big Sister	Evaluatie-onderzoek	36 kinderen gem 11 jaar, 27 ouders en 42 vrijwilligers vragenlijsten en geïnterviewd	Kinderen (>12) geven aan meer effect te ervaren dan jongeren. Ouders en vrijwilligers geven klein effect aan. o
Strijker, Boersma, Zandberg en Rink, 2001	Zorgprogramma van verslavingsinstelling Bauhuus	VO	33 jongeren gem 16 jaar, 9 jongeren follow-up data, vragenlijsten	Tevreden over verleende hulp. Toename medische problemen door afname alcohol en drugsgebruik, de 9 jongeren met fu data zijn geen representatieve weergave van 33 instromers. *
De Kraker, 2003	Let op de Kleintjes, interventie voor kinderen die in gezin geweld meemaken	VO	76 kinderen waarvan 46 met complete dataset vragenlijsten voor en nameting	Sign afname groot deel internaliserende en externaliserende problemen gerapporteerd door moeder, deel uit klinische range *
Terpstra en Van Dijke, 2003	Pretty Woman, voor meisjes met (kans op) prostitutie door loverboys	Evaluatie-onderzoek	27 meisjes 12-25 jaar, 5 ouders werden geïnterviewd, retrospectief.	Meisjes positief over interventie. Geen uitspraak over preventie-effect mogelijk. o

Damen en Delicat, 2004	Foyer de Jeunesse, begeleid wonen project	Evaluatie-onderzoek	16 jongeren 17-23 jaar met vragenlijst en interview om mening gevraagd	(redelijk) tevreden over tijd in Foyer, manier van begeleiding cruciaal voor positieve beoordeling. Hoe meer vraaggericht en tipsgevend coach werkt, hoe meer verbetering in leven (-shouding).
Klein Velderman, 2005	Video Feedback Training voor moeders van jonge baby's.	Exp.	81 moeders van baby's, 27 controlegroep, 28 video en 28 video en discussiegroep, observatie en vragenlijsten, 2 jaar follow-up	Verbetering sensitiviteit moeder, geen verandering gehechtheid baby. Wel voorkomen van externaliserend en algemeen probleemgedrag op 3 jaar. ****

Alle in de tabel genoemde onderzoeken zullen kort op een rijtje gezet worden in volgorde waarin ze in de tabel voorkwamen.

De Droog-bed training (Hirasing, Reus, Van der Most van Spijk, 1994) lijkt goed te werken voor driekwart van de kinderen. Na zes jaar was 83% nog steeds droog en bij de overige 17% was het bedplassen sterk verminderd.

Het tweede onderzoek (Van Ooyen-Houben, 1991) bekijkt de ontwikkeling van kinderen die in een tehuis of pleeggezin zijn geplaatst. Het onderzoek volgt de kinderen vanaf het moment van uithuisplaatsing, en heeft meetmomenten 9 maanden later, 18 maanden later en twee jaar later. Er zijn op het moment van uithuisplaatsing verschillen in de achtergronden en ontwikkeling. Wanneer hier rekening mee wordt gehouden in de interpretatie van de onderzoeksgegevens, blijkt dat in de periode van 2 jaar nauwelijks verschillen bestaan en ontstaan tussen kinderen die in een tehuis of in pleeggezin geplaatst zijn. Hoewel er soms vanuit wordt gegaan dat tehuisplaatsingen slechter zijn, toont dit onderzoek aan dat die niet per definitie het geval hoeft te zijn.

In 1992 verscheen een publicatie van Van Burik en Hilhorst over hun onderzoek naar vier scholings- en vormingsprojecten voor meisjes. Twee van deze projecten vinden plaats binnen een residentiële instelling, en twee binnen de daghulpverlening. De overeenkomst tussen de vier trainingen is de doelstelling om de (economische) zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de meisjes te vergroten. De resultaten verschillen per project.

Voor een uitgebreide bespreking van het onderzoek van Bijl (1996) verwijzen we naar de overzichtsstudie uit 2003. We volstaan hier met de conclusies van de auteurs dat ambulante hulpverlening beter lijkt te werken dan residentiële projecten. De kanttekening moet echter geplaatst worden dat residentiële zorg voor zeer ernstige gedragsproblemen wordt ingezet en deze niet zomaar verdwijnen.

Het Amerikaanse programma *Big Brother, Big Sister* is in Nederland geïntroduceerd onder de naam *Match* en biedt kinderen een (jong)volwassene die extra steun biedt ter uitbreiding van de sociale steun en het sociaal netwerk. Kinderen worden gekoppeld aan vrijwilligers en samen gaan ze leuke dingen doen in hun vrije tijd. Uit het onderzoek (Bolier en Bohlmeijer, 2001) blijkt dat vooral jonge kinderen er plezier van hebben en vinden dat ze er baat bij hebben.

Het onderzoek naar de verslavingsinstelling 'Bauhuus' (Strijker, e.a., 2001) geeft aan dat de jongeren tevreden waren over de ontvangen zorg. Er is een toename van medische klachten onder de jongeren te meten, deze is te wijten aan de afname van alcohol en drugsgebruik. Er zijn te weinig gegevens op de follow-up meting en daardoor is over de effectiviteit van het Bauhuus programma geen uitspraak te doen.

De Kraker (2003) heeft gekeken naar een interventie voor kinderen die getuige zijn van geweld binnen het gezin waarin ze leven. Hiermee wordt geweld tussen de ouders bedoeld, maar ook het zien van mishandeling van een broertje of zusje. Door middel van een voor en nameting is vastgesteld dat de interventie voor een significante afname zorgt voor de internaliserende en externaliserende problemen bij het kind. Dit is een bemoedigend resultaat maar meer en kwalitatief goed onderzoek is nodig om zeker te weten dat deze verbetering in gedrag aan de interventie te danken is.

Pretty woman is een project voor meisjes met (kans op) prostitutie door loverboys. Het onderzoek (Terpstra en Van Dijke, 2003) is retrospectief uitgevoerd en de geïnterviewde meisjes waren positief over de begeleiding van Pretty woman. Over het effect van de hulpverlening is niets te zeggen.

Damen en Delicat (2004) voerden een retrospectief evaluatieonderzoek uit naar Foyer de Jeunesse, een begeleidde woonvorm waarbij jongeren voorbereid worden op zelfstandigheid. Over het algemeen zijn de vroegere bewoners tevreden over de hulp. Diegene die meer vraaggericht waren begeleid, waren positiever over hun verblijf in de Foyer dan andere jongeren.

Tot slot, de Video Feedback Training. Deze training is voor wat betreft het doel en doelgroep niet te vergelijken is met andere besproken vormen van videohome training. Klein Velderman (2005) heeft haar promotieonderzoek gewijd aan de evaluatie van de video feedback training die speciaal ontwikkeld is voor moeders met een onveilige gehechtheidsrepresentatie. De kinderen van onveilig gehechte moeders lopen meer kans op een onveilige hechting. Via een vragenlijst werden de gevoelens van de moeder over haar gehechtheid aan haar eigen moeder gemeten. Wanneer deze onveilig bleken, werd de interventie aangeboden. Onveilig gehechte moeder hebben een grote kans om deze onveilige gehechtheid door te geven aan hun eigen kinderen. De interventie, waarbij acht maanden lang maandelijks een video feedback interventie plaats had, veranderde de gehechtheid van de baby's niet. Wel verbeterde de sensitiviteit van de moeder en heeft de interventie een preventieve werking voor het ontstaan externaliserend en algemeen probleemgedrag van het kind.

14 Conclusie en Discussie

We hebben in dit rapport 103 Nederlandse onderzoeken op een rij gezet (97 primaire studies, vijf reviews en één meta-analyse). Er is eerst aandacht besteed aan de onderzochte probleemgroepen en interventies en aan de diverse typen onderzoek. Vervolgens is de inhoud van de onderzoeken aan de orde geweest. In dit laatste hoofdstuk vatten we de uitkomsten van onze inventarisatie samen en bespreken deze. Daarbij besteden we op enkele plaatsen ook aandacht aan de onderzoeksinstrumenten die in de onderzoeken gehanteerd zijn. We sluiten het hoofdstuk af met acht punten die van belang zijn voor verder onderzoek naar de effectiviteit van de Nederlandse jeugdzorg.

14.1 Doelgroepen en interventies

Van de in Nederland onderzochte *probleemgroepen* krijgen jongeren met ernstige gedragsstoornissen verreweg de meeste aandacht van onderzoekers. Dit is begrijpelijk gezien de maatschappelijke overlast die deze problemen veroorzaken en de prevalentie van deze problemen onder de jeugd in Nederland. Ook angst- en stemmingsstoornissen komen echter relatief veel voor onder Nederlandse jeugdigen en komen vaak samen met gedragsstoornissen voor. Het is daarom opmerkelijk dat de onderzoeks-aandacht voor deze (combinatie van) problemen veel minder is. Verder is er weinig onderzoek gedaan naar interventies voor milde gedragsproblemen, voor autistische jeugdigen en voor jonge kinderen. Diverse problemen zijn de afgelopen vijftien jaar niet aan bod gekomen in het effectonderzoek naar interventies: middelengebruik en verslaving, kindermishandeling, seksueel misbruik en eetstoornissen. Wellicht dat interventies bij deze problematiek gedefinieerd worden als preventie en naar voren komen in de deelstudie (van de programmeringsstudie) op dat terrein.

Op de eerste vraag van de programmeringsstudie: welke *interventies* er ‘in beeld’ zijn, kunnen we antwoorden dat er over het hele palet aan interventies informatie beschikbaar is: ambulante, residentiële, daghulp en pleegzorg en zowel interventies gericht op de jeugdige als op de ouders. In tabel 25 zijn de onderzochte interventies geordend naar leeftijdsgroep (horizontaal) en probleemgroep (verticaal). Duidelijk wordt dat er, als het gaat om interventies binnen de jeugdzorg, vooral informatie beschikbaar is over interventies voor basisschoolkinderen of pubers (en hun ouders) met ADHD, emotionele en gedragsproblemen of antisociaal en delinquent gedrag. Ook is er behoorlijk wat informatie over intensieve interventies in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd. Er is veel minder informatie over interventies op het terrein van de jeugdzorg voor baby’s, peuters en kleuters of juist jong-volwassenen. Als we kijken naar het type interventies waarover informatie beschikbaar is, dan blijkt dat er vooral onderzoek gedaan is naar residentiële interventies en interventies in het gezin. Er is minder onderzoek naar ambulante begeleiding en cognitieve gedragstherapie en het valt op dat naar een veelgebruikte interventie als pleegzorg maar weinig onderzoek gedaan wordt. Ook naar ‘lichte’ interventievormen, zoals een training in sociale of probleemoplossende vaardigheden, speltherapie, daghulp of cursussen voor ouders wordt minder onderzoek uitgevoerd.

14.2 Kwaliteit van het onderzoek

De kwaliteit van de gevonden onderzoeken loopt sterk uiteen. Er is maar weinig onderzoek gedaan op basis waarvan ‘harde’ uitspraken gedaan kunnen worden over de werkzaamheid van een interventie. Van de 97 primaire studies zijn er 16 die voldoen aan de eisen van goed effectonderzoek (drie of vier sterren volgens de classificatie van de Databank effectieve jeugdinterventies dan wel drie plusjes in de beoordeling in de studie van 2003). In tabel 25 zijn de interventies waar deze 16 studies op gericht zijn vetgedrukt opgenomen, met een verwijzing naar het nummer van het onderzoek in de literatuurlijst.

Het gaat om studies naar:

1. gedragstherapie bij dwanghandelingen
2. de cursus 'stemmingmakerij' voor het behandelen van depressie,
3. een trainingsprogramma voor autistische kinderen voor het verbeteren van contact,
4. het gebruik van medicatie bij ADHD,
5. mediatietherapie voor kinderen met ADHD (gedragstherapie voor kinderen dóór de ouders),
6. multimodale gedragstherapie bij kinderen met ADHD,
7. het Utrechtse Coping Power Programma voor kinderen met problemen met boosheid en woede,
8. het programma zelfcontrole, ook voor kinderen met problemen met boosheid en woede,
9. de video feedback interventie voor (jonge) kinderen met milde gedragsproblemen,
10. beeldcommunicatie bij milde gedragsproblemen,
11. 'Beter met thuis', een vorm van residentiële behandeling in deeltijd voor pubers met emotionele en gedragsproblemen,
12. het Residentieel Gedragstherapeutisch Programma voor pubers met emotionele en gedragsproblemen of met antisociaal en delinquent gedrag,
13. begeleiding door HALT bij politiecontacten,
14. toepassing van het Equip programma binnen een justitiële jeugdinstelling,
15. Families First in gezinnen met een licht verstandelijk gehandicapt kind,
16. de video-feedback training voor ouders van jonge kinderen met (kans op) hechtingsproblemen.

Van de 97 onderzochte studie heeft bijna éénderde een (quasi)experimentele opzet, 56% is veranderingsonderzoek en 13% betreft een evaluatieonderzoek. Hieruit kunnen we afleiden dat er slechts in beperkte mate kennis beschikbaar is over de effectiviteit van interventies, de tweede onderzoeksvraag in deze programmeringsstudie. De kosteneffectiviteit is in studies naar jeugdzorginterventies niet aan de orde gekomen.

De 97 gevonden onderzoeken leveren een tamelijk versnipperd beeld op van de Nederlandse jeugdzorg. Soms zien we studies die zorgvuldig voortbouwen op eerdere onderzoeken. Er kan meer kennis over effectieve interventies tot stand komen als dit in de toekomst meer systematisch gebeurt. Voorbeelden van onderzoek waarin dit wel gebeurt, is dat van Muris e.a. (1998) (hoofdstuk 3) naar de behandeling van spinfobie. Uit buitenlands onderzoek is bekend dat 'exposure' goed werkt bij specifieke fobieën en in de twee gevonden Nederlandse studies wordt getest wat het beste werkt: 'exposure' of een andere interventie. Ook aan de hand van de studie van Van de Wiel (2002) (hoofdstuk 6), naar het Utrechtse Coping Power Programma, is goed te zien hoe de zorgvuldige planning van onderzoek er uit zou kunnen zien. Op basis van internationale meta-analyses is bekend dat cognitief gedragstherapeutische trainingsprogramma's goed werken bij jeugdigen met gedragsstoornissen en dat het trainen van probleemoplossende vaardigheden een effectieve interventie is voor een onderdeel van de gedragsproblemen: het hanteren van boosheid en agressie. In het binnen- en buitenland zijn diverse programma's ontwikkeld. Het Coping Power Programma is in het buitenland goed onderzocht, de effectiviteit is aangetoond en veel trainingsprogramma's zijn erop gebaseerd. In het onderzoek van Van de Wiel (2002) wordt uitgetest of het programma ook werkt voor een Nederlandse klinische populatie, hetgeen het geval blijkt te zijn. Vervolgonderzoek zou dan moeten kijken naar de resultaten van het programma als het breder verspreid wordt en door anderen gegeven wordt dan de oorspronkelijke vertalers en bewerkers van het programma. De uitkomsten zouden daarnaast vergeleken moeten worden met andere trainingsprogramma's voor dezelfde doelgroep (zoals het programma 'zelfcontrole'). Pas op basis van dergelijke vergelijkingen kunnen zorgaanbieders én financiers van de zorg een keuze maken voor de toepassing van een bepaald programma.

Tabel 25. In Nederland beschikbare en onderzochte interventies per leeftijdsgroep en probleemgroep.

Over de vetgedrukte interventies is onderzoek van voldoende kwaliteit beschikbaar. Hier zijn positieve (pos), negatieve (neg) of wisselende (±) uitkomsten te melden.

De cijfers tussen de haakjes verwijzen naar het nummer van het onderzoek in de literatuurlijst op pag. 77.

Probleem groepen	Zwangerschap & babytijd	(Ouders van) Peuters	(Ouders van) Kleuters	(Ouders van) Basisschool kinderen	(Ouders van) Pubers	(Ouders van) Jong volwassenen
Internaliserende problemen				- EMDR - Gedragstherapie pos (32) - Coping Koala programma - Gezinscognitieve gedragstherapie	- EMDR - Gedragstherapie pos (32) - Cursus stemmingmakerij pos (72)	
Autisme				- Medicatie - Trainingsprogramma pos (51)		
ADHD				- Videohometraining - Medicatie pos (66+73) - Gedragstherapie door ouders mediatietherapie) pos (2) - Oudercursus - Multimodale gedragstherapie neg (66) - Begeleiding in dagcentrum	- Begeleiding in dagcentrum	
Anger control/ Problem solving skills			- Sociale vaardigheidstraining	- Zelfcontrole pos (55) - Utrecht Coping Power Programma (UCPP) pos (94)	- Training emotionele en cognitieve vaardigheden (TECV) - Zelfredzaamheidsprogramma lvg	- Zelfredzaamheidsprogramma lvg residentieel
Milde gedragsproblemen	- Videofeedback interventie pos. (97)	- Gordon cursus - Videofeedback interventie pos. (97)	- Gordon cursus - Videofeedback interventie pos. (97)	- Beeldcommunicatie pos (92).	- Omgaan met Pubers	
Emotionele en gedragsproblemen				- Videohome training therapeutisch pleeggezin - Verblijf in pleeggezin - Forza - Verblijf in pedologisch instituut - Projecten ervaringsleren in tehuizen - Verblijf in KJP klinieken - Verblijf in diverse typen tehuizen	- Video home training - Therapeutisch pleeggezin - Verblijf in pleeggezin - BJ daghulp - Boddaert daghulp - Licht ambulante hulp - Intensieve ambulante hulp - Beter met thuis ± (9) - Residentieel gedragstherapeutisch programma pos (48) - Verblijf in pedologisch instituut - Projecten ervaringsleren in tehuizen - Verblijf in KJP klinieken - Verblijf in diverse typen tehuizen	

Probleem groepen vervolg	Zwangerschap & babytijd	(Ouders van) Peuters	(Ouders van) Kleuters	(Ouders van) Basisschool kinderen	(Ouders van) Pubers	(Ouders van) Jong volwassenen
Antisociaal en delinquent gedrag				<ul style="list-style-type: none"> - STOP reactie - Nijmeegs gezinsproject - Ouders van Tegendraadse Jeugd 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeugdreclassering - Nieuwe perspectieven - ITB/harde kern - Youth At Risk (YAR) - Electronisch huisarrest - Nijmeegs gezinsproject - HALT neg (28) - Ouders van Tegendraadse Jeugd - Psychiatrische kliniek - Residentieel gedragtherapeutisch programma pos (48) - JJT's - Jeugdforenische kliniek - Glenn Mills - JJI met Equip programma, ± (64) - JJI met competentie model 	
Thuisloos					<ul style="list-style-type: none"> - T-teams - Vertrektraining 	
Gezinnen met meervoudige problematiek		<ul style="list-style-type: none"> - Video Home training plus (VHT+) - Project aan huis 	<ul style="list-style-type: none"> - Video Home training plus (VHT+) - Project aan huis 	<ul style="list-style-type: none"> - Video Home training plus (VHT+) - Project aan huis - Families First (FF) - FF Ivg, pos (60) - De Versterking - Orthopedagogische thuishulp - Orthopedagogische video gezinsbegeleiding - Multifunctioneel aanbod (MFA) - Hulp in eigen omgeving (HEO) - Gezinsbehandeling (GBH) + gezinsdagbehandeling (GDB) - Intensief (ambulante) gezinsbegeleiding - Hulp aan Huis 	<ul style="list-style-type: none"> - Video Home training plus (VHT+) - Project aan huis - De Versterking - Hulp aan Huis - Orthopedagogische video gezinsbegeleiding 	
Overige Problemen	<ul style="list-style-type: none"> - Video feedback training gehechtheid pos. (46) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verblijf in tehuis - Verblijf in pleeggezin 	<ul style="list-style-type: none"> - Droog bed training - Verblijf in tehuis - Verblijf in pleeggezin - Let op de Kleintjes 	<ul style="list-style-type: none"> - Verblijf in tehuis - Verblijf in pleeggezin - Match (Big brother, big sister) - Let op de Kleintjes 	<ul style="list-style-type: none"> - Scholings- en vormingsprojecten - Verslavingsprogramma - Pretty Woman - Foyer de Jeunesse 	

Veranderingsonderzoek en vergelijkingsmateriaal

Ook op een ander terrein is sprake van zorgvuldige aansluiting van onderzoek op eerder opgebouwde kennis. In de gevonden onderzoeken van Veerman c.s. is telkens een opzet gekozen volgens hetzelfde stramien. Zo wordt in de onderzoeken naar intensieve gezinsbehandeling bewust gewerkt met dezelfde instrumenten (hoofdstuk 12). Op die manier ontstaat er vanzelf vergelijkingsmateriaal over de uitkomsten van gezinsinterventies en kon vervolgens een meta-analyse uitgevoerd worden. Het stramien is tot nu toe vooral gebruikt voor verschillende interventies voor *verschillende* probleemgroepen. In één onderzoek is een vergelijking gemaakt van verschillende interventies voor *dezelfde* probleemgroep. In het onderzoek naar Families First (FF) voor jongeren met een lichte verstandelijke handicap (lvg) is de hulp door FF vergeleken met de reguliere hulp aan deze jongeren. Daaruit blijkt dat FF voor afname van de problemen zorgt, maar de reguliere hulp ook. Bij de vraag welke interventie een instelling moet inzetten worden dan andere overwegingen van belang, zoals de kosten van de interventie of de mate van waarin cliënten tevreden zijn over de verleende hulp.

Deze vergelijking maakt duidelijk dat veranderingsonderzoek belangrijke informatie biedt, maar beslist niet voldoende is om te beoordelen of de ene interventie beter helpt dan de andere. Het hanteren van hetzelfde stramien in allerlei onderzoek draagt bij aan het opbouwen van vergelijkingsmateriaal, maar die informatie is nog steeds óók nodig van dezelfde probleemgroep die geen of een andere behandeling ondergaat. Overigens wordt in de onderzoeken naar intensieve gezinsbehandeling op een grondige manier in kaart gebracht wat de interventie precies inhoudt: de gezinswerkers houden hun verrichtingen bij. Daardoor wordt helder of de onderscheiden interventies ook daadwerkelijk van elkaar verschillen, hetgeen weer van belang is bij het vergelijken van de uitkomsten.

14.3 Wat weten we?

Wat is er bekend over de effectiviteit van de in Nederland onderzochte interventies? In tabel 26 zetten we de belangrijkste uitkomsten uit de studies op een rij. Duidelijk wordt voor welke probleemgroep er veel of weinig studies zijn uitgevoerd, wat de kwaliteit van het onderzoek is en wat - zeer kort samengevat - de uitkomsten zijn.

De tabel moet niet worden opgevat als een overzicht van welke interventies - gezien de resultaten - vooral moeten worden ingezet. Er is met het uitgevoerde onderzoek nog geen zicht op 'gevestigde' interventies. Analoog aan de eerder besproken normen van de American Psychological Association (APA, 1995) zou het mogelijk zijn van een 'gevestigde' interventie te spreken als er twee kwalitatief goede en onafhankelijk van elkaar uitgevoerde studies beschikbaar zijn die dezelfde uitkomsten laten zien. Als dergelijke studies in het buitenland zijn gedaan, zou ten minste één goed uitgevoerd onderzoek in eigen land dezelfde uitkomsten moeten laten zien. Daarin zou dan - zoals hierboven reeds aangegeven - niet alleen vergeleken moeten worden met 'care as usual', maar ook met andere soortgelijke interventies (*benchmark*). Het overzicht in tabel 26 laat zien dat er op dit moment nog geen interventies zijn, waarbij voldaan wordt aan deze eisen. Er is één interventie die dicht in de buurt komt van het label 'gevestigd', namelijk het *Utrechtse Coping Power Program* (UCPP). Hier ontbreekt echter nog de *benchmark*. Hieronder vatten we de uitkomsten per probleemgebied nog kort samen.

Angst- en stemmingsstoornissen

Er zijn verschillende typen interventies onderzocht, (cognitieve) gedragstherapie, EMDR en het gebruik van medicatie. De besproken interventies laten positieve uitkomsten zien en twee van de zes onderzoeken zijn van goede kwaliteit. In één van deze beide onderzoeken is de onderzoeksgroep van voldoende omvang om uitspraken te doen over de effectiviteit. Er zijn daardoor nog veel vragen over welke interventie in welk geval het beste is en wat de werkzame factoren van de gezins- / groeps- of individuele cognitieve gedragstherapie zijn.

Autisme

Er zijn drie onderzoeken gevonden naar interventies bij autisme: het gaat om het gebruik van medicatie en twee trainingsprogramma's. In de onderzoeken is een (quasi)experimentele opzet gebruikt en zijn de resultaten van de interventies bij kleine groepen kinderen onderzocht. Het lijkt mogelijk om sociaal inzicht d.m.v. training te veranderen, maar er is goed opgezet onderzoek onder grotere groepen nodig om hier harde uitspraken over te kunnen doen.

ADHD

Over interventies bij ADHD zijn 7 studies gevonden, het gaat om studies naar medicatie, videohometraining, twee cursussen voor ouders, dagbehandeling of medicatie in combinatie met multimodale gedragstherapie. Uit de uitgevoerde studies blijkt dat medicatie helpt. Het meeste recente onderzoek laat zien dat de training van ouder en kind niets toevoegt aan de effecten bovenop een optimale dosis medicijnen. Dit lijkt in tegenspraak met de onlangs uitgebrachte multidisciplinaire richtlijn ADHD, waar het inzetten van gedragstherapeutische training voor ouders en kind wordt aanbevolen.

Anger-control

Het gaat hier om drie onderzoeken naar vormen van cognitief gedragstherapeutische trainingen voor kinderen (twee onderzoeken) en jongeren (een onderzoek). De uitkomsten van alle drie de onderzoeken wijzen in dezelfde richting: heel gericht trainen van cognitieve, probleemoplossende vaardigheden in kleine groepjes vermindert het agressieve gedrag van deze kinderen en jongeren. Het gaat om drie goed opgezette onderzoeken. Bij één onderzoek is de onderzoeksgroep te klein om 'harde' uitspraken te kunnen doen. Op basis van de beide andere onderzoeken kan dat wel. Voor het Coping Power Programma betekent dit, dat in het buitenland aangetoonde effecten ook in ons land zijn behaald.

Gebrekkige sociale en probleemoplossende vaardigheden

Er zijn drie onderzoeken gevonden naar trainingen in sociale redzaamheid/sociale vaardigheden, voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren, voor normaal begaafde jongeren en voor kleuters. In de onderzoeken wordt vooruitgang gerapporteerd, maar het onderzoek heeft niet de (statistische) kwaliteit om harde conclusies te trekken.

Milde gedragsproblemen

Vijf studies gaan over interventies bij milde gedragsproblemen. Vier van de onderzochte interventies zijn gericht op het veranderen van het gedrag van de ouders. Het lijkt erop dat de gedragsverandering bij de ouders de gedragsproblemen bij het kind tot gevolg heeft. We kunnen dit echter niet met zekerheid concluderen, daarvoor is beter opgezet onderzoek nodig.

Het is daarom van belang op een systematische manier (behandelings-)informatie te gaan verzamelen over de vele typen oudercursussen in ons land, en daarbij niet alleen de verandering bij de opvoeders, maar ook die bij de jeugdigen in kaart te brengen.

Naast de oudertrainingen is ook een vorm van speltherapie onderzocht. Hieruit blijkt dat bij kinderen die deze therapie krijgen de problemen verminderen. Het gaat om een goed opgezet onderzoek, waardoor de volgende stap zou moeten zijn onderzoek te doen naar de uitkomsten van speltherapie in vergelijking met andere interventies bij milde gedragsproblemen.

Tabel 26. Alle onderzoeken op een rij

Angst- en stemmingsstoornissen (hoofdstuk 3)	
+++/**	Medicatie vermindert dwanghandelingen; met gedragstherapie is klachtenreductie groter (32)
*	
+++/ ****	Cursus 'stemmingmakerij' vermindert depressieve klachten, angst en sociaal disfunctioneren (72)
++/*	Exposure in vivo werkt bij spinfobie beter dan EMDR of exposure op computer (31, 63)
++	Coping Koala Programma helpt merendeel kinderen van angststoornis af. Geen verschil individueel of groepsaangepak (61)
*	Na cognitieve gedragstherapie 67% vrij van belangrijkste angststoornis (11)
Autisme (hoofdstuk 4)	
+++	Groepstrainingen verbeteren sociaal gedrag en sociaal inzicht (51)
++	Met medicatie meer contact. Bij hogere dosis ook vooruitgang in gedrag (20)
++	Training verbetert sociale competentie en sociaal gedrag (53)
Gedragstoornis: ADHD (hoofdstuk 5)	
***	Ritaline heeft een remmend effect op ADHD-symptomen (73)
***	Medicijnen helpen, geen bewijs voor toegevoegde waarde van multimodale therapie bij optimale dosis medicijnen (66)
+/**	Door groepsmediatietherapie 17 van de 24 kinderen geen hulp meer nodig, voor rest (multiple problem) hulpvorm te licht (2)
++	Medicatie met L-dopa geen effect, Ritaline wel (op aandacht), DMI ook (op controle en impulsiviteit), placebo niet (69)
+	Videohometraining verbetert beleving van opvoeding door ouders, ouders hebben meer grip op situatie (93)
+	Begeleiding Boddaert/MKD volgens gl bij 70% jeugdigen effectief, maar gedragsvragenlijst laat dat gemiddeld niet zien (70)
(+)	Ouders ervaren na cursussen meer inzicht wereld kind, afname gedragsproblemen, bij één cursus ook minder belasting (82)
Gedragstoornis: Agressief en oppositioneel gedrag / problemen met 'anger control' (hoofdstuk 6)	
+++	Cognitieve gedragstherapie en sociale vaardigheidstraining in groepjes effectief (55)
+++/**	Cognitieve gedragstherapie in groepjes (UCPP) en 'care as usual' werken beide, met UCPP gedrag meer in normale range (94)
++(+)/°	Groepstraining emotionele en cognitieve vaardigheden (TECV) geeft meer rationeel denken maar minder welbevinden (95)
Gedragstoornis: Gebrekkige sociale en probleemoplossende vaardigheden (hoofdstuk 7)	
++	Training in tehuis en op school geven meer kennis; gedragsverandering alleen bij tehuistraining (5)
+	Training maakt kleuters socialer, assertiever en agressieve kinderen minder agressief (96)
°	Sociale redzaamheidstraining in Woldyne zorgt voor verbetering, deze alleen niet op significantie getest (15)
Gedragstoornis: Milde gedragsproblemen (hoofdstuk 8)	
****	Video Feedback en Sensitieve Discipline: positiever opvoedgedrag moeder, kind minder overactief gedrag (97)
++/**	Beeldcommunicatie geeft minder internaliserende, op langere termijn ook minder externaliserende problematiek (92)
++	Cursus 'Omgaan met pubers': ouder hanteert probleemgedrag beter en communiceert beter; kind minder probleemgedrag (13)
+(+)	Door cursus 'Praten met kinderen' communiceren vooral moeders positiever (1)
+	Gordon cursus geeft bij ouders en leidsters meer ik-boodschappen en actief luisteren. Leerkrachten minder verandering (42)
Gedragstoornis: Jongeren met emotionele en gedragsproblemen (hoofdstuk 9)	
<i>Thuishulp</i>	
++	Na Videohometraining meer positieve communicatie ouders-kind, meer aankijken kind, minder gedragsproblemen (41)
(+)	Eén jaar na Videohometraining is situatie bij 80% van de gezinnen verbeterd (62)
<i>Pleegzorg</i>	
*	Reguliere en intensieve pleegzorg: Bij 26% vermindering gedragsproblematiek, bij 25% opvoedbelasting door de pleegouder verminderd, bij 22% is de ouder-kind interactie verbeterd (24)
*	Langdurige pleegzorg: bij 45% voortijdig vertrek, 43% terug naar het gezin van herkomst (84)
*	Langdurige pleegzorg: 32% voortijdig weg bij pleeggezin (85)
(+)	Therapeutisch pleeggezin geeft betere sociale omgang, nog wel psychopathologie. Op langere termijn 'redelijk' resultaat (56)
°	Therapeutisch pleeggezin: na afloop nog steeds heel veel problemen, over afname niets te zeggen (49)
<i>Semi-residentiële hulp / daghulp</i>	
+/**	Beter met Thuis (BMT) of andere aanpak. Groepsleiding: geen verschil. Ouders: met BMT minder problematiek (9)
+	Boddaert. Bij vertrek volgens ouders bij 75% minder problemen, na 2 jaar 57% ernstige problemen. Leerkrachten: bij vertrek 45% minder problemen, na 2 jaar 66% ernstige problemen. Groepsleiding: weinig verandering (47)
*	Vergelijking lichte-zware hulpverlening: licht minder effect dan zwaardere hulpverlening, verschillen doelgroep en type hulp (75)
(+)	Daghulp niet schoolgaande jeugd: meeste jongeren vinden werk of langdurige stage (71)
°	Forza, naschoolse opvang heeft positieve effecten op sociale vaardigheden, onduidelijk effect op schoolprestaties (30)
<i>Residentiële hulp</i>	
++/**	Gedragstherapeutisch programma: Afname probleemgedrag, toename sociale vaardigheden, minder middelengebruik (48)
+	Pedologisch Instituut: 20% na vertrek geen ernstige problemen meer. 80% nog beduidende problemen (90)
+	Pedologisch instituut: 30% na vertrek PI geen ernstige problemen meer. 70% nog beduidende problemen (16)
+	Tehuizen en klinieken: 68% ouders ziet minder gedragsproblemen, 40% hulp afgerond, jongeren functioneren beter (40)
+	Vergeleken met normalisatiehuis en adolescentenproject: jongeren door therapeutisch gezinshuis meer vooruit (18)
+	Individuele behandeling en zelfstandigheidstrainingen: Gemiddeld geen verschil problematiek bij voor- en nametingen (57)
+	Ervaringsleren in tehuizen: Jongeren positiever zelfbeeld, meer probleemoplossende vaardigheden (27)
*	Residentiële behandeling: twee jaar na opname 42% verlaten volgens plan, 7% gebleven, 51% voortijdig vertrokken (76)
*	Residentiële behandeling: na 12 maanden 45% verlaten vlgs plan, 24% overgeplaatst, 13% weggelopen 18% uitgevallen (74)

- * Psychiatrische kliniek: significante symptoomreductie, 64% tevreden met behandeling (98)
- o Behandeltehuizen en internaten evaluatie: 54% naar huis, 46% zelfstandig wonend (79)
- o Residentiële jeugdhulpverlening: 61% na vertrek bij bio ouders, 24% residentieel, 13% zelfstandig en 2% pleeggezin (38)

Gedragstoornis: Jongeren met ernstig antisociaal en delinquent gedrag (hoofdstuk 10)

Ambulante begeleiding

- **** HALT: 76,6% recidive binnen 6 maanden, halt jongeren meer vernielingen dan controlegroep, Halt leidt niet tot afname van delinquent gedrag, geen verschil met controle/geen interventie groep (28)
- ++ Jeugdreclassering: 60% recidive (vergelijkingsgroep: 66%). Doelen vaak gehaald, hulpverleners zien verbetering (80)
- + Nieuwe Perspectieven: bij 83% vooruitganggedrag, 78% minder delicten, 62% weer naar school, 60% gezin verbeterd en 56% vrijetijdsbesteding (65)
- + Harde Kern projecten / Individuele Traject Begeleiding: 60% recidive (45)
- * Youth at Risk: toename zelfkennis en verantwoordelijkheidsgevoel, daling politiecontacten (37)
- * Nijmeegs gezinsproject: daling politiecontacten, verbetering gedrag thuis, opvoedingssituatie en schoolprestaties (81)
- (+) Jeugdreclassering: 79% van doelen rond werk gerealiseerd, 42% rond gebruik van alcohol en drugs (52)
- o Elektronisch huisarrest: Tijdens dragen enkelband geen recidive, aanbeveling voor meisjes i.p.v. nachtopvang (86)
- o Stop-reactie: ouders zien positieve effecten op gedrag kind, kind zegt meer moreel besef te hebben, wil niet recidiveren (78)
- o Tegendraadse Jeugd: ontwikkelingsonderzoek van methode voor ouders van delinquente kinderen (26)

Residentiële behandeling

- *** Gesloten jeugdinstellingen met EQUIP: na interventie minder denkfouten en negatiever tov delinquentie, geen verschil in moreel redeneren, sociale vaardigheden, sociale informatieverwerking (64)
- +/* JJI's: 46% significante reductie gedragsproblemen en 40% geen recidive na vertrek (6)
- + JJI Keerpunt: 47% positief vertrek; 28% gunstige prognose. Verbetering 9 van 20 probleemgebieden, 76% is tevreden. (8)
- + Psychiatrische kliniek: Bij follow-up 85% reductie van klachten, 75% doelen gehaald en 65% tevreden (14)
- + Psychiatrische kliniek: Bij follow-up ongeveer 30% maatschappelijk functioneren positief (19)
- * Competentiemodel in JJI's: geen verschil tussen wel of een competentiemodel gebruik bij interventie (3)
- * Residentiële programma's: 21% voortijdig weg, 80% positieve psychologische ontwikkeling (77)
- (+) Glenn Mills: Voorlopige resultaten: schoolresultaten goed, aanpassing bij meeste goed (10)
- o Glenn Mills: volgens coaches verbetering van aanpassingsvermogen, 70% haalt diploma, 6-12 maanden 70% geen recidive (7)
- o Justitiële behandelinstellingen: 47% regulier vertrek, na 4 jaar 63% recidive (34)
- o Behandeling besloten en gesloten afdeling: dossieronderzoek na 1 jaar meer van 50% recidiveert (35)
- o Justitiële behandelinstelling: recidive 64% (22)

Gedragstoornis: Thuisloosheid / zwerven (hoofdstuk 11)

- + Vertrek Training: 32% bereikt de 5 succescriteria, na half jaar resp. 46% (33)
- (+) T-teams: bij 73% financiën, 32% justitiezaken, 71% relatie, 60% dagbesteding op orde. Na 1 jaar gaat 32% goed (29)

Gezinnen met meervoudige problematiek (hoofdstuk 12)

- +++ Families First (FF) bij licht verstandelijk gehandicapten: Bij afsluiting wonen alle jeugdigen thuis, na 1/2 jaar 76%.
- /* Afname ervaren stress. Afname probleemgedrag bij reguliere hulp gelijk (60)
- +/* FF: Bij afsluiting woont 92% thuis. Na 1 jaar 76% (is 26% bij afhakers). Minder problemen en minder stress (43)
- * FF: 77% thuiswonend op 6 maanden nameting (88)
- * FF, Video Home Training (VHT) en Intensieve Gezinsbehandeling (IGB): na alle interventies vervolghulp gewenst, Thuiswonend na 3 mnd; VHT 95%, FF 75% en IGB 63%, Afname problemen grootst bij IGB en FF (44)
- * Hulp aan Huis= FF, Intensieve Orthopedagogische Thuisbehandeling en Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling: betrouwbaar verandert: FF 58,1%, IOG 48,5%, OVG 54,3% maar problemen niet volledig weg (58)
- * Hulp aan Huis: 60% van de problemen significant verbeterd, na afsluiting nog ernstige problemen
- * FF, IGB en VHT: IGB en FF moeders rapporteren sign afname gedragproblemen, opvoedingsbelasting en gezinsfunctioneren. VHT werkt bij ernstige gezinsproblematiek zonder bijkomende problemen, doelgroepen interventies anders, na afloop nog problemen (39)
- * Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding: sign verbetering gedrags- en gezinsproblemen volgens ouders en hulpverleners, sign afname risicofactoren (68)
- +/* De Versterking (Intensieve ambulante hulp): Meeste jongeren wonen thuis. Afname problemen en stress (59)
- + Diverse vormen van Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling: Meeste jongeren wonen thuis, bij FF het minst: 82%. Bij follow-up varieert dit tussen 73% (FF) tot 85% (Video Gezinsbehandeling). Afname problemen en stress (17)
- * Video Home Training geen significante verbeteringen, Project aan Huis heeft effect op opvoeding, huishouding en probleemgedrag kind, geen effect op copingsstrategie en locus of control (91)
- o/* Tevredenheids én VO onderzoek: Multifunctioneel aanbod, Hulp in Eigen omgeving: verbetering sociale steun, opvoedingsvaardigheden, -stress, minder externaliserende problemen, kindstress. Hulp effectief 62% gezinswerkers, 50% ouders vindt hulp effectief, 60% tevreden (25)
- o Orthopedagogische thuishulp: positieve invloed op voorkomen uithuisplaatsing: 97% OTS en High Risk kinderen wonen thuis, na 6 maanden OTS 71% en High Risk 65% (54)

Overige en niet-gespecificeerde problemen

- **** Video Feedback Training: Verbetering sensitiviteit moeder, geen verandering gehechtheid baby, voorkomen externaliserend en algemeen probleemgedrag op 3 jarige leeftijd (46)
- (+) Uithuisplaatsing en plaatsing in tehuis of pleeggezin: ontwikkeling kinderen hetzelfde. Hoe jonger en normaler bij plaatsing, hoe normaler ontwikkelingsverloop (67)
- + Proefpolders (Uiteenlopende interventies bij diverse, maar niet de zwaarste, problemen): Gemiddeld gaan jongeren vooruit. Ambulant beter dan residentieel (4)
- * Bauhuus, verslavingszorg: Tevreden over verleende hulp, meer medische problemen door afname alcohol en drugsgebruik (83)
- * Let op de Kleintjes: sign afname van internaliserende en externaliserende problemen gerapporteerd door moeder (50)
- (+) Vier scholings- en vormingsprojecten voor meisjes. Deels resultaten zelfstandigheid en zelfredzaamheid. 40-80% heeft werk of opleiding (21)

(+)	Droog-bed training. 75% na de training droog en 83% na enkele jaren nog steeds (36)
o	Match big brother, big sister: kinderen ervaren meer effect dan jongeren, ouders en vrijwilligers geven klein effect aan (12)
o	Pretty Woman, tegen prostitutie door loverboys: meisjes positief over hulp, geen effectdata (87)
o	Foyer de Jeunesse, begeleid wonen: jongeren zijn redelijk tevreden (23)

Emotionele en gedragsproblemen

Thuishulp

De onderzochte hulpvorm is Videohometraining. Het lijkt erop dat deze trainingsvorm werkzaam is voor deze doelgroep want beide gevonden onderzoeken rapporteren positieve resultaten. Er is beter opgezet onderzoek nodig om hier 'harde' uitspraken over te kunnen doen.

Pleegzorg

Er zijn vijf onderzoeken gevonden naar (therapeutische) pleegzorg. De combinatie van het onderzoeksdesign (veranderingsonderzoek en ander evaluatieonderzoek) en het ontbreken van informatie over de interventie zelf maakt het niet mogelijk om uitspraken te doen over de relatie tussen de (kleine) afname van de emotionele en gedragsproblemen én de therapeutische pleegzorg.

Semi-residentiële hulp

Hier zijn vijf onderzoeken gevonden, waarvan er één een quasi-experimentele opzet kent. Op basis daarvan lijkt de 'residentiële hulp in deeltijd' van 'Beter met Thuis' een veelbelovende interventie, maar er is meer en beter opgezet onderzoek nodig om iets te kunnen zeggen over de overige onderzochte vormen van daghulp.

Residentieel

Twaalf studies richten zich op de uitkomsten van het verblijf in een tehuis. Bij een deel van de jeugdigen is het gedrag verbeterd, een deel verandert niet blijvend en voor het overgrote deel blijft nazorg gewenst. Deze ernstige problemen lijken moeilijk op te lossen met tehuisverblijf. Er is maar één onderzoek dat een quasi-experimentele opzet kent. Op basis daarvan kunnen we concluderen dat degenen die in het tehuis aan een gedragstherapeutisch programma deelnamen er sneller op vooruit gingen dan jeugdigen die in een 'regulier' tehuis verbleven.

(Ernstig) antisociaal en delinquent gedrag

Ambulante hulpverlening

Er zijn tien onderzoeken gevonden naar ambulante interventies bij ernstig antisociaal en delinquent gedrag. Twee van de begeleidingsvormen zijn gericht op de ouders of het gezin, de overigen zijn interventies waarin (intensieve) begeleiding geboden wordt aan de jongere. De onderzoeken laten allemaal zien dat een deel van de jongeren vooruitgaat op diverse gedragsmaten en dat een groot deel nog problemen heeft. Slechts één van de tien onderzoeken kent een dusdanige opzet dat er conclusies te trekken zijn over de relatie tussen de begeleiding en de uitkomsten. Uit dit onderzoek (naar begeleiding door HALT) blijkt dat de begeleiding niet leidt tot een afname van delinquent gedrag.

Residentieel

Er zijn twaalf onderzoeken gevonden naar residentiële interventies voor jongeren met ernstige antisociaal en delinquent gedrag. De opzet van deze onderzoeken is zodanig dat het moeilijk is om de deels positieve vooruitgang van jeugdigen toe te schrijven aan de residentiële zorg.

Thuisloos

Er zijn twee studies gevonden naar interventies voor thuisloze jongeren. Op basis van deze studies kunnen geen conclusies over de werkzaamheid van interventies voor thuisloze jongeren geformuleerd worden.

Gezinnen met meervoudige problematiek

Er zijn dertien onderzoeken gevonden naar verschillende interventies voor gezinnen met meervoudige problemen. Het gaat in alle gevallen om intensieve begeleiding in gezinnen. Duidelijk wordt dat dit type interventies zorgt voor verandering in gezinnen. Doordat er op dit terrein sprake is van een zorgvuldige opbouw van verschillende onderzoeken die op elkaar aansluiten en gebruik maken van dezelfde instrumenten is onderlinge vergelijking mogelijk.

Jeugdigen met overige problemen

Onder deze noemer hebben we tien onderzoeken naar uiteenlopende interventies gerangschikt. Eén van deze onderzoeken kent een dusdanig opzet dat er conclusies getrokken kunnen worden over de werkzaamheid van een interventie voor moeders van jonge kinderen met een verhoogde kans op hechtingsproblemen. De interventie blijkt de sensitiviteit van de moeder te verhogen en vermindert probleemgedrag op 3 jarige leeftijd.

14.4 Wat is er nodig?

We kunnen concluderen dat er een hoop bekend is, maar dat we daar tegelijkertijd nog maar weinig mee weten. Er is onvoldoende informatie uit onderzoek beschikbaar om te spreken over bewezen effectieve interventies. Voor het onderzoek dat nodig is naar interventies in de Nederlandse jeugdzorg betekent dit dat, willen we conclusies kunnen trekken over *well-established treatments*, er geïnvesteerd moet worden in goed opgezet, (quasi) experimenteel onderzoek of herhaalde n=1 studies. Alleen op die manier is kennis over de uitkomsten van interventies te verkrijgen. Er zijn een paar interventies waar al goed onderzoek naar is gedaan. Hier is het dan een logische vervolgstap om te investeren in onderzoek onder grotere groepen cliënten en/of te vergelijken met reguliere zorg (*care as usual*) en andere interventies voor dezelfde problemen bij dezelfde doelgroep (*benchmark*).

Verder blijkt uit dit overzicht dat er in ons land veel onderzoek gedaan wordt naar interventies voor jeugdigen met gedragsproblemen. Op dat terrein is het tijd om te kiezen voor ander onderzoek dan veranderingsonderzoek. Het meeste veranderingsonderzoek wordt gedaan naar residentiële interventies. Binnen dit onderzoek is het noodzakelijk om onderzoek op te zetten waarin de effecten van afzonderlijke onderdelen van het tehuisverblijf worden onderzocht. Residentiële interventies zijn complexe interventies die uit veel verschillende onderdelen bestaan. Wat nodig is, is een duidelijke beschrijving van die onderdelen om vervolgens in een experimentele of een herhaalde n=1 opzet, onderzoek te doen naar het al dan niet toevoegen van onderdelen aan het 'behandelpakket' wat jeugdigen ontvangen. Verder valt op dat in het onderzoek naar residentiële interventies en pleegzorg een vrij beperkte follow-up periode gehanteerd wordt. Er is meestal sprake van een meting direct na beëindiging van de interventie en een follow-up meting een half jaar tot maximaal een jaar later. Er is daarmee alleen zicht op de korte termijn uitkomsten. Er is meer inzicht nodig in de uitkomsten op de langere termijn. Daarnaast is er aandacht nodig voor andere probleemgroepen dan jeugdigen met (ernstige) gedragsproblemen en is er onderzoek nodig naar de kosteneffectiviteit van interventies.

Op basis van het bovenstaande komen we tot de volgende acht aanbevelingen:

1. Investeren in het uitvoeren van goed opgezette (quasi)experimentele of herhaalde n=1 studies naar interventies.
2. Indien er al buitenlands bewijs bestaat: investeren in onderzoek waarin vergeleken wordt met reguliere zorg of *benchmark* onderzoek wordt gedaan
3. Investeren in onderzoek naar andere probleemgroepen dan jeugdigen met (ernstige) gedragsproblemen,
4. In onderzoek naar residentiële interventies werken met een experimentele opzet of herhaalde n=1 opzet, waarin de werkzaamheid van bepaalde modules, 'bovenop' een standaard aanpak in de leefgroep wordt onderzocht.

5. Investeren in onderzoek waarin jongeren enkele jaren na het beëindigen van (residentiële en pleegzorg)interventies gevolgd worden, zodat de effecten op langere termijn onderzocht kunnen worden.
6. Meer werken met een zorgvuldig geplande opbouw van gegevensbestanden op basis van individuele hulpverleningstrajecten. Als deze gegevens over behandelingstrajecten op een vergelijkbare manier worden verzameld en opgeslagen, komt er materiaal beschikbaar om de uitkomsten van interventies met elkaar te vergelijken.
7. Meer benchmark of multi-centre studies: meer studies waar verschillende interventies voor dezelfde probleemgroep vergeleken worden met onbehandelde groepen én met groepen die de 'reguliere zorg' krijgen. Alleen zo wordt duidelijk welke interventie het beste ingezet kan worden.
8. Onderzoek naar kosteneffectiviteit van interventies.

Literatuurlijst¹⁸

1. As, N. van, & Janssens, J. (1999). Praten met kinderen: een cursus voor ouders en pubers. *TIAZ*, 1, 33-40.
2. Bandsma L. G. (1997). Groepsmediatietherapie op maat voor ouder ouders van ADHD-kinderen: evaluatie van een therapeutische interventie: effecten en efficiëntie. *Kind en adolescent*, 18 (2), 73-84.
3. Beenker, L. G. M., & Bijl, B. (2003). *Van invoering naar uitvoering, een eerste evaluatie van de implementatie van het competentiemodel in vier justitiële jeugdinrichtingen*. Duivendrecht: PI Research.
4. Bijl, B. (1996). *Innovaties in de jeugdhulpverlening: over het rendement en de soliditeit van nieuwe hulpprogramma's*. Leiden: DSWO Press.
5. Bleeker, J. K. (1990). *Effecten van een sociaal-redzaamheidsprogramma voor zwakbegaafde jongeren*. Amsterdam, Lisse: Swets & Zeitlinger.
6. Boendermaker, L. (1998). *Eind goed, al goed? De leefsituatie van jongeren een jaar na vertrek uit een justitiële behandelrichting*. Den Haag: Ministerie van Justitie / WODC. Reeks onderzoek en beleid, nr. 167.
7. Bogaart, P. H. M. van den, Mesman Schultz, K., & Muijen, H. van (2003). *De Glen Mills school. Onderzoeksresultaten betreffende de achtergronden van de studenten en de behandelingsresultaten*. Leiden: Syntax en Universiteit Leiden.
8. Bogaart, P. H. M. van den, & Muijen, H. van (2000). *Residentiële gedragstherapeutische behandeling in Het Keerpunt. Onderzoek naar doelgroep, behandeling en resultaten van Het Keerpunt*. Groningen: E&M Syntax bv.
9. Bogaart, P. H. M. van den, & Muijen, H. van (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 (COJ).
10. Bogaart, P. H. M van den, Muijen, H. van & Mesman Schultz, K. (2001). *De Glen Mills School: onderzoek naar twee jaar implementatie, ontwikkeling en uitvoering van het programma en de effecten ervan*. Leiden: Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening (COJ).
11. Bögel, S. M., & Boer, F. (2002). Systeemtherapeutische interventies bij kinderen met angststoornissen. *Kind en Adolescent*, 23, 337-352.
12. Bolier, L., & Bohlmeijer, E. (2001). *Een groot hart. Een evaluatieonderzoek naar Stichting Match*. Utrecht: Trimbos Instituut.
13. Boom, M. (1997). *"Omgaan met pubers"; evaluatie-onderzoek naar een cursus voor ouders van adolescenten*. Scriptie voor doctoraalexamen. KUN Enschede: RIAGG.
14. Boon, A., & Colijn, S. (1995). *De relatie tussen patiëntkenmerken en resultaten van behandeling in een jeugdpsychiatrische kliniek. Eindverslag Laanzicht-onderzoek*. Bloemendaal: Psychiatrisch centrum Bloemendaal.
15. Bors, J., Mulder, M., & Scholten, G. (2000). *Rapportage van trainingsresultaten*. Epe: Woldyne.
16. Brink, L. T. ten (1998). *De ontwikkeling van kinderen tijdens een periode van klinische jeugdzorg. Status, beloop en prognose*. Amsterdam / Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
17. Brink, T. ten, Flipse, M., & Veerman, J. W. (2001). *Het onderzoek intensieve ambulante gezinsbehandeling (IAG). Deel 1: Doelgroep, resultaten en werkwijze*. Assen: Uitgeverij Hulp aan Huis.

¹⁸ In deze literatuurlijst staan 98 studies vermeld. Studie nr. 10 betreft een tussenrapport over de Glen Mills school en is daarom niet meegenomen in de overzichten van deze studie. Het eindrapport (nr. 7) is wel opgenomen. Omdat op diverse plaatsen in het rapport naar de nummers in deze literatuurlijst verwezen wordt en de vermelding van rapport nummer 10 pas op een laat moment ontdekt werd, is ervoor gekozen de lijst intact te houden.

18. Bruil, J., & Mesman Schultz, K. (1991). *Residentiële jeugdhulpverlening in de Stichting Kleinschalige hulpverlening aan jongeren: het hulpaanbod, de bereikte probleemgroep en de effecten van behandeling*. Leiden: Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.
19. Bruinsma, M., & Boon, A. E. (2001). *Orthopsychiatrie, (be)behandelbare jongeren? Eindrapport van vier jaar onderzoek in De Fjord*. Capelle aan de IJssel: Bavo RNO Groep / De Fjord, centrum voor orthopsychiatrie.
20. Buitelaar, J. K. (1991). *Psychopharmacology of autism: clinical and ethological studies on the behavioral effects of a synthetic adrenocorticotrophic hormone (4-9) analog*. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht.
21. Burik, A. E. van, & Hilhorst, N. C. (1992). *Eindrapport Evaluatie-onderzoek scholings- en vormingsprojecten voor meisjes in de jeugdhulpverlening*. Amsterdam: Van Dijk, Van Soomen en Partners.
22. Dam, C. van (2005). *Juvenile criminal recidivism: Relations with personality and post release environmental risk and protective factors*. Nijmegen: Trioprint Nijmegen (dissertatie).
23. Damen, H., & Delicat, J. W. (2004). *Samen leven, samen leren: Kansen voor jongeren op een zelfstandig bestaan. Een evaluatieonderzoek naar de Foyer de Jeunesse Walcheren*. Nijmegen: Praktikon.
24. Damen, H. & Veerman, J. W., (2005). *Meer indien nodig, minder als het kan: Een evaluatieonderzoek naar de Integrale Pleegzorg Gelderland*. Nijmegen: Praktikon.
25. Damen, H. R., Veerman, J. W., & Janssen, J. (2002). *Evaluatieonderzoek Innovatieprogramma Jeugdzorg Limburg. Deel I: Achtergronden, opzet en resultaten*. Nijmegen: Praktikon/AC KUN Nijmegen.
26. Dekkers, S., & Kriek, F. (2006). *Ontwikkelonderzoek interventies 'Ouders van Tegendraadse Jeugd'*. Amsterdam: Regioplan.
27. Dijk, A. G., & Hilhorst, N. C. (1993). *Leren door ervaring. Evaluatie van vier experimenten ervaringsleren in de jeugdhulpverlening*. Amsterdam: Van Dijk, Van Soomen en Partners (samenvatting).
28. Ferwerda, H., Leiden, I. van, Arts, N., & Hauber, A. (2006). *Halt; het alternatief?* WODC; Ministerie van Justitie; Beke onderzoeksgroep.
29. Gijtenbeek, J. (1996). *Thuisloze jongeren op weg. Eindrapport van het evaluatie-onderzoek van een nieuwe methodiek van hulpverlening aan thuisloze jongeren in Den Haag, Rotterdam en Utrecht*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut voor onderzoek van opvoeding en onderwijs.
30. Groenendijk, J. J., & Egten, C. van (2003). *Betere kansen voor Marokkaanse jongens? Evaluatie van het Utrechtse jeugd en veiligheidsproject Forza*. Den Haag: Sector Document Processing, VNG.
31. Haaften, H. van, Muris, P., & Mayer, B. (1996). EMDR versus exposure-in-vivo bij kinderen met een spinfobie. *De Psycholoog*, 31 (7/8), 280-285.
32. Haan, E. de (1997). *Dwangstoornis bij kinderen en volwassenen. Effectiviteit behandeling & predictie van het resultaat*. Meppel: Krips Repro.
33. Haaster, A. G. J. van, Veldt, M. C. A. E. van der, & Bogaart, P. H. M. van den (1997). *Vertrek Training ter voorkoming van thuisloosheid bij jongeren. De empirische evaluatie van de ontwikkeling van een nieuw trainingsprogramma*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden (COJ)
34. Heiden-Attema, N. van der, & Wartna, B. S. J. (2000a). *Recidive na verblijf in een JBI. Een vervolgstudie naar de geregistreerde criminaliteit onder jeugdigen uit een justitiële behandel-inrichting*. Den Haag: WODC (onderzoeksnotities 2000/6).
35. Hendriks, J., & Bijleveld, C. (2004). *Recidive van jeugdige zedendelinquenten: Een onderzoek naar de algemene-, zeden-, en geweldsrecidive van in JJI Harreveld behandelde jeugdige zedendelinquenten*. Leiden: NSCR.
36. Hirasings, R. A., Reus, H., & Most van Spijk, M. W. van der (1994). Enuresis nocturna. *Nederlands tijdschrift geneeskunde*, 138 (27), 1360-1373
37. Jakobs, J. P., & Wijk, A. Ph. Van (2002). *Youth at risk. Een verslag van de effecten*. Arnhem: Advies en Onderzoeksgroep Beke.

38. Jansen, M. G., & Feltzer, M. J. A. (2002). Follow-up en belevingsonderzoek bij jeugdigen uit een behandelingsstehuis. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 41, 332-345.
39. Janssens, J. M. A. M., & Kemper, A. A. M. (2003). Intensieve ambulante gezinsbehandeling: een alternatief voor uithuisplaatsing? *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 42, 37-45.
40. Jansen, M. G., & Oud, J. H. L. (1993). *Residentiële hulpverlening geëvalueerd, een onderzoek naar de ontwikkeling en het behandelingsverloop van residentieel opgenomen jeugdigen in Noord-Brabant*. Nijmegen: KUN/instituut voor orthopedagogiek
41. Janssens, J. M. A. M., & Kemper, A. A. M. (1996). *Uitgangspunten en effecten van videohometraining*. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 35 (4), 178-193.
42. Jong, R. de, & Koster, D. (1991). *Effecten van Gordon-cursussen*. Een onderzoek naar gerapporteerde cursuseffecten. Eindrapport. Groningen: RION Instituut voor Onderwijsonderzoek, Rijksuniversiteit Groningen.
43. Kemp, R. A. T. de, Veerman, J. W., & Brink, L. T., ten (1998). *Evaluatie-onderzoek Families First in Nederland, een bundeling van deel 1 tot en met 5*. Utrecht: NIZW, 1998
44. Kemper, A. (2004). *Intensieve vormen van thuisbehandeling: doegroep, werkwijze en uitkomsten*. Nijmegen (proefschrift).
45. Kleiman, W. M., & Terlouw, G. J. (1997). *Kiezen voor een kans: evaluatie van harde-kernprojecten*. Den Haag: WODC.
46. Klein Velderman, M. (2005). *The Leiden VIPP and VIPP-R Study. Evaluation of a short-term preventive attachment-based intervention in infancy*. Leiden: Mostert & Van Onderen!.
47. Kloosterman, M., & Veerman, J. W. (1999). *Boddaert Belicht. Overzicht van de resultaten van het Interventie-evaluatie Onderzoek Boddaert*. Utrecht: VOG.
48. Kok, J. M., Menkehorst, G. A. B. M., Naayer, P. M. H., & Zandberg, Tj. (1991). *Residentieel gedragstherapeutisch behandelingsprogramma: ontwikkeling, invoering en effectmeting*. Assen: Dekker & van de Vegt.
49. Koot, H., Jellema, M., & Molderink, A. (1994). *De ontwikkeling van kinderen na hun verblijf in een therapeutisch pleeggezin*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
50. Kraker, P. de (Red.) (2003). *Een huilend huis. Effectmeting 'Let op de kleintjes'*. Middelburg: Scoop.
51. Kroes, G. (1997). Doen of denken: het effect van twee typen sociale vaardigheidstraining. In: H. M. Pijnenburg, C. M. van Rijswijk, A. J. J. M. Ruijssenaars, & J. W. Veerman. *Pedologisch Jaarboek 1997*, pp. 113-129. Delft: Eburon.
52. Kruissink, M., & Verwers, C. (2002). *Jeugdreclassering in de praktijk*. Meppel/Den Haag: Boom juridische uitgevers/WODC.
53. Logher, E., Steerneman, P., & Buitelaar, J. K. (1994). Emotieherkenning en theorie of mind. De resultaten van een specifieke groepstraining bij autistische kinderen. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 19 (1), 26-35.
54. Lokven, H. M. van (2001). *Orthopedagogische thuishulp in een justitieel kader: methode en resultaatbepaling*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
55. Manen, T. van (2001). *Zelfcontrole. Een sociaal-cognitief interventieprogramma voor kinderen met agressief en oppositioneel gedrag*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
56. Matthys, W., & Rietvelt, R. (1995). Kinderen uit therapeutische pleeggezinnen. Follow-up in de late adolescentie en vroege volwassenheid. *Kind en adolescent*, 16 (4), 254-260.
57. Mesman Schultz, K., & Herfs, H. (1992). Zelfstandigheidstraining voor adolescenten. Een onderzoek naar de effecten van residentiële behandeling. *Kind en adolescent*, 13 (3), 133-143.
58. Meyer, R. de, & Veerman, J. W. (2004). Intensieve pedagogische thuishulp onder de loep. In M. Loeffen, & I. Pasveer, (Red.). *Babel voorbij. Krachten en kansen van intensieve pedagogische thuishulp* (pp. 137-148). Amsterdam: SPW.
59. Monshouwer, H., Haar, A. van der, Brink, Tj. ten, & Veerman, J. W. (2001). *Evaluatieonderzoek De Versterking, eindrapport*. Duivendrecht: PI-research, 2001
60. Monshouwer, H., Brink, Tj. ten, & Veerman, J. W. (2000). *Families First voor licht verstandelijk gehandicapten. Eindverslag. Deel 2: Evaluatieonderzoek*. Utrecht: NIZW/PI-research.

61. Muris, P., & Mayer, B. (2000). Vroegtijdige behandeling van angststoornissen bij kinderen. *Gedrag en gezondheid*, 28 (4), 235-242.
62. Muris, P., Vernaas, A., Hooren, M. van, Merckelbach, H., Heldens, H., Hochstenbach, P., Smeets, M., & Postema, C. (1994). Effecten van video-hometraining: een pilotonderzoek. *Gedragstherapie*, 27 (1), 51-62.
63. Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I., & Sijsenaar, M. (1998). Treating phobic children: effects of EMDR versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 193-198.
64. Nas, C. N. (2005). *EQUIPPing' delinquent male adolescents to think pro-socially*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
65. Noorda, J. J., & Veenbaas, R. H. (1997). *Eindevaluatie Nieuwe Perspectieven Amsterdam West / Nieuw-West*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Instituut Jeugd en Welzijn.
66. Oord, S. van der, Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2005). *Does brief, clinically based, intensive multimodal behavior therapy enhance the effects of methylphenidate in children with ADHD?* Manuscript submitted for publication.
67. Ooyen-Houben, M. van (1991). *De ontwikkeling van jonge kinderen na een uithuisplaatsing*. Proefschrift RU Leiden, 1991.
68. Orobio de Castro, B., Veerman, J. W., Bons, E., & Beer, L. de (2002). *Kansen Gekeerd? Criminaliteitspreventie door gezinsondersteuning*. Duivendrecht / Utrecht: PI Research BV en Capaciteitsgroep ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht
69. Overtom, K. (1998). *Pharmacological effects on attention and inhibition in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. Wageningen: Ponsen & Looijen BV.
70. Ploeg, J. D. van der, & Scholte, E. M. (2001). *ADHD-kinderen in ontwikkeling. Diagnostiek en effectieve pedagogische aanpak in de jeugdzorg*. Utrecht: Uitgeverij de Graaff.
71. Riemersma, F. S. J., Derriks, M., & Vries, J. de (1991). *Daghulp in beeld: een studie naar de educatieve aspecten en effecten van het daghulpprogramma van het bijzonder jeugdwerk verkorte versie*. Amsterdam: Stichting Centrum voor Onderwijsonderzoek van de Universiteit van Amsterdam
72. Ruiter, M. (1997). *Preventie van depressie bij jongeren: probleemanalyse, ontwikkeling en evaluatie van de cursus 'Stemmingmakerij'*. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen
73. Scheres, A., Oosterlaan, J., Swanson, J., Morein-Zamir, S., Meiran, N., Schut, H., Vlasveld, L., & Sergeant, J. A. (2003). The effect of methylphenidate on three forms of response inhibition in boys with AD/HD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 105-120.
74. Scholte, E. M., & Ploeg, van der J. D. (2003a). Effectiveness of residential treatment methods for youngsters with severe behavioural problems: findings from a one year follow-up study. *International Journal of Child and Family Welfare*, 6, 185-197.
75. Scholte, E. M., & Ploeg, J. D. van der, (2002). *Effectieve hulpverlening aan jeugdigen met meervoudige psychosociale problemen. Deel II Effecten van de hulp en werkzame bestanddelen in de hulpverlening*. Amsterdam: NIPPO.
76. Scholte, E. M., & Ploeg, van der J. D. (2003b). Exploring factors governing successful residential treatment of youngsters with serious behavioural difficulties: Findings from a longitudinal study in Holland. *Childhood*, 7, 129-153.
77. Ploeg, J. D. van der, & Scholte, E. M. (2003c). *Effecten van behandelingsprogramma's voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in residentiële settings*. Amsterdam: NIPPO.
78. Slump, G. J., Dijk, E. van, Klooster, E., & Rietveld, M. (2000). *Stop-reactie. Bereik, ervaringen en effecten tijdens het experimentele jaar*. Den Haag: Sdu Grafisch Bedrijf bv.
79. Smit, M. (1993). *Aan alles komt een eind. Een onderzoek naar beëindiging van tehuishulpverlening*. Leiden: Drukkerij Faculteit der Sociale Wetenschappen (dissertatie).
80. Spaans, E. C., & Doornhein, L. (1991). *Evaluatie-onderzoek jeugdreclassering: de effectmeting*. Arnhem: Gouda Quint.
81. Spoor, S. T. P., & Kemp, R. A. T. de. (2004). Jonge recidiverende delinquenten: de noodzaak van intensieve en multimethodische behandeling. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 43, 301-311.

82. Steketee, S. (2000). Van Doerak tot boefje? Oudercursus als interventiemethode. *Pedagogiek in praktijk – Magazine*, 6, nr. 3, pp. 16-18.
83. Strijker, J., Boersma, C. J., Zandberg, Tj., & Rink, J. E. (2001). *Jong en verslaafd, onderzoek naar nut en noodzaak van intersectorale behandeling voor verslaafde jongeren in het Bauhuus*. Groningen: Stichting Kinderstudies.
84. Strijker, J., & Zandberg, Tj. (2005). Breakdown in foster care. *International Journal of Child and Family Welfare*, 8 (2-3), 76-87.
85. Strijker, J., Zandberg, Tj., & Van der Meulen, B. F. (2005). Typologies and outcomes for foster children. *Child & Youth Care Forum*, 34, 43-55.
86. Terlouw, G. J., & Kamphorst, P. A. (2002). *Van vast naar mobiel. Een evaluatie van het experiment met elektronisch huisarrest voor minderjarigen als modaliteit voor de voorlopige hechtenis*. Den Haag: WODC.
87. Terpstra, L., & Dijke, A. van, (2003). *One of a kind. Evaluatieonderzoek Pretty Woman*. Utrecht: Bureau Terpstra & Van Dijke.
88. Veerman, J. W. (2003). Families First 1994-2000: Lessen uit onderzoek. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 42, 342-358.
89. Veerman, J. W., & Meyer, R. de, (2006). *Effectief omgaan met opgroei- en opvoedingsproblemen. Resultaten van Hulp aan Huis Overijssel over de periode 2004-2005*. Nijmegen: Praktikon.
90. Veerman, J. W. (1990). *De ontwikkeling van kinderen na een periode van klinische jeugdhulpverlening*. Amersfoort/Leuven : Acco, 1990
91. Vogelvang, B. O. (1993). *Video-hometraining 'plus' en het projekt aan huis : verheldering van twee methodieken voor intensieve pedagogische thuisbehandeling*. Amsterdam: Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, 1993.
92. Vroom, J. M. A. W. de (1997). *Effecten van kortdurende beeldcommunicatie. Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.
93. Wels, P. M. A., Jansen, R. J. A. H., & Pelders, G. E. J. M. (1994). Videohometraining bij hyperactiviteit van het kind. Een voorstudie naar specifieke trainingselementen en meervoudige casestudy naar belevingsverandering bij ouders. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 33, 363-379.
94. Wiel, N. van de (2002). *The effect of manualized behavior therapy with disruptive behavior disordered children in everyday clinical practice: a randomized clinical trial*. Proefschrift Universiteit Utrecht.
95. Wigboldus, M., & Wolsink, L. (1999). *Denken en voelen. Trainingsprogramma voor emotionele en cognitieve vaardigheden*. Utrecht: SWP.
96. Witzel, A. (1997). Sociale vaardigheidstraining voor kleuters. *Pedagogiek in praktijk*, 3 (2), 27-34
97. Zeijl, J. van (2006). *Externalizing problems in 1- to 3-year-old children. Screening, intervention, and the role of child temperament*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
98. Boon, A., & Colijn, S. (2001). *Adolescents in residential psychiatric care: treatment outcome, social support and cultural background*. Den Haag: Pasmaan (dissertatie).

Overige aangehaalde literatuur bij deel 1

- Bartels, A. A. J., Schuurisma, S., & Slot, N. W. (2001). Interventies. In: R. N. Loeber, W. Slot & J. A. Sergeant (Red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie: Omvang, oorzaken en interventies* (pag. 291-318). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bekhoven, C. van, Boelhouwers, K., Bothof, A., Konijn, C. & Yperen, T. van (2000). *Intersectorale registratie van problematiek en resultaat in de jeugdzorg II. Over de invoering van de ISIS-tabellen 'Aard van de problematiek van cliënten' en 'beëindiging van de zorg'*. Utrecht: Trimbos-instituut/NIZW.
- Blokland, G., Prinsen, B. & Riet, K. ter (2004). *Goed in je vel zitten. Een overzicht van interventies vanuit de GGd voor de preventie van psychologische problematiek bij jeugdigen*. Utrecht: NIZW.
- Boendermaker, L., & Berg, J. F., van den (2005). Een verblijfplaats voor langere tijd buiten het gezin. In: L. Boendermaker (Red.). *De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen* (pag. 19-38). Utrecht: NIZW.
- Boendermaker, L., Veldt, M. C. van der, & Booy, Y. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Boeting, M. A., Ferdinand, R. F., Barrett, P. M. & Dadds, M. R. (2002). Interventie- en preventieve programma's voor angst en depressie. *Kind en Adolescent*, 23, 301-312.
- Chorpita, B. F., Yim, L. M., Donkervoet, J. C., Arensdorf, A., Amundsen, M. J., McGee, C., Serrano, A., Yates, A., Burns, J. A., & Morelli, P. (2002). Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: a review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (2), 165-190.
- Demir, S., Methorst, G. J., Oudesluys-Murphy, A., Smit, F. J., Staring, A. B. P. & Versluis, H. J. M. (2006). Vroegtijdige interventie prematuren (VIP): effectmeting na vijf tot tien jaar op schoolresultaten en psychische gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 26, 202-213.
- Farrington, D. P. (2003). Methodological Quality Standards for evaluation research. *The annals of the American academy*, AAPSS, 587, 49-68.
- Gageldonk, A. van, & Bartels, A. (1990). *Evaluatieonderzoek in de jeugdhulpverlening. Deel 1: Resultaten van een overzichtsstudie*. Leiden: DSWO Press.
- Geddes, J. (1999). Asking structured and focussed clinical questions: essential first step of evidence based practice. *Evidence-based mental health*, 2, 35-36.
- Graaf, M. de, Schouten, R., & Konijn, C. (2005). *De Nederlandse Jeugdzorg in cijfers 1998-2002*. Utrecht: NIZW.
- Harder, A. T., Knorth, E. J. & Zandberg, Tj. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Konijn, C., Cavelaars, E., & Boendermaker, L. (2003). Effectieve interventies bij jongens met een gedragsstoornis. In: C. Konijn (Red.). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Laan, P. H. van der (2001). Politie en justitie interventies bij gewelddadig en ernstig delinquent jeugdigen. In: R. N. Loeber, W. Slot & J. A. Sergeant (Red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie: Omvang, oorzaken en interventies* (pag. 319-344). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lilienfeld, S. O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: reflections and directions. *Journal of abnormal child psychology*, 31 (3), 285-291.
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD: richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos instituut.

- Lipsey, M. W., & Wilson, D. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: a synthesis of research. In: R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.). *Serious & violent juvenile offenders, risk factors and successful interventions* (pp.313-345). Newbury Park, CA: Sage.
- Loeffen, M., Ooms, H., & Wijgergangs, H. (2004). *Effectieve jeugdzorg? Ordeningsmodel modulen een must*. Utrecht: Collegio.
- Scholing, A. (2002). Gedragstherapeutische en cognitieve interventies bij kinderen met angststoornissen. *Kind en Adolescent*, 23, 313-336.
- Sherman, L. W., Gottfredson, D, Mackenzie, D. L., Eck, J., Reuter, P. and Bushway, S. (1997). *Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising*. Report to the United States Congress, National Institute of Justice: Washington.
- Slot, N. W. (1988). *Residentiële hulp voor jongeren met anti-sociaal gedrag*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Smit, M. (1994). *Stand van zaken van follow-up onderzoek op het gebied van de (residentiële) jeugdhulpverlening*. Voorhout: Buro WESP.
- Spruijt, R., Bouwens, J., & Vrie, R. van der (2004). *Stoppen met roken als volwassen uitdaging. Een review van roken onder jongeren van 16 jaar en ouder*. Den Haag: Stivoro/IJsselstein: Plantijn Casparie.
- Steppe, A. O. P., & Ferdinand, R. F. (2002). Medicamenteuze behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten. *Kind en Adolescent*, 23, 285-299.
- Yperen, T. A. van, Konijn, C., & Berge, I. ten (1999). *Registratie van gewenste en uitgevoerde zorg. Verslag van een pilotstudie voor de jeugdzorg van Gelderland*. Utrecht: NIZW/Trimbos-Instituut.
- Veerman, J. W., Janssens, J. M. A. M., & Delicat, J. W. (2004). *Opvoeden in onmacht, of....? Een meta-analyse van 17 methodieken voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, ACSW / Praktikon.
- Veerman, J. W. (1997). *Metten en weten in de jeugdzorg (inaugurele rede)*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Verhulst, F. C. (1999). De psychiatrische zorgbehoefte van kinderen en jeugdigen. In: F. Verheij, Monasso, M. P. M., Eussen, M. L. J. M. & J. P. van Nuland (Red.). *Zorgbreedte van de kinder- en jeugdpsychiatrie*. (pag. 12-22). Assen: Van Gorcum.
- Wartna, B.S.J., Kalidien, S., & A.A.M. Essers (2006). *Replicatie recidivemeting JJI Den Engh, de uitkomsten van de SocioGroepsStrategie in termen van strafrechtelijke recidive*. 's Gravenhage: WODC (factsheet 2006-9).
- Weisz, J. R., & Weiss, B. (1993). *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. Newbury Park, CA.

Deel 2

Kennis over interventies op het terrein van de Jeugdzorg in het buitenland

Inhoud deel 2

1	<i>Informatie over interventies in het buitenland</i>	89
1.1	Verantwoording internationale literatuursearch	89
1.2	Uitkomsten van de internationale search	91
1.3	Opzet van dit tweede deelrapport	93
2	<i>Onderzochte interventies en probleemgroepen in internationale studies</i>	95
2.1	De onderzochte interventies	95
2.2	De onderzochte probleemgroepen	97
2.3	Conclusie	102
3	<i>Internationale studies naar de effectiviteit van creatieve therapie en speltherapie</i>	104
4	<i>Internationale studies naar de effectiviteit van residentiële zorg</i>	109
5	<i>Internationale studies naar de effectiviteit van pleegzorg</i>	115
6	<i>Conclusie</i>	119
	<i>Literatuur bij deel 2</i>	123

1 Informatie over interventies in het buitenland

In de inleiding op dit rapport hebben we beschreven dat er drie vragen centraal staan in de deelstudie jeugdzorg waaraan dit rapport gewijd is:

- Welke jeugdinterventies voor toepassing op het terrein van de jeugdzorg zijn in beeld?
- Welke kennis over de effectiviteit van interventies, inclusief de kosteneffectiviteit, is er beschikbaar?
- Welke lacunes en tegenstrijdigheden vertoont de kennis?

De opdracht was om een antwoord te geven op deze vragen op basis van een overzicht van de kennis over interventies in de Nederlandse situatie. Daar waar er over de Nederlandse situatie weinig – goede – informatie beschikbaar is, was een verkenning van de buitenlandse literatuur aangewezen. In het eerste deel van dit rapport is duidelijk geworden dat er in ons land veel onderzoek is gedaan naar de effecten van interventies, maar dat maar weinig onderzoek een dusdanig opzet kent dat er conclusies getrokken kunnen worden over de effectiviteit van de onderzochte interventies. Daarom is ter beantwoording van de centrale vragen overgegaan tot een verkenning van de internationale literatuur.

Daarbij zijn we, net als in het eerste deel van dit rapport, uitgegaan van twee al bestaande overzichten. Het betreft in dit geval een eerder gepubliceerd overzicht van internationaal onderzoek naar effectieve interventies in de jeugdzorg (Konijn, 2003) en de eerder genoemde studie van Harder, Knorth en Zandberg (2006) naar de residentiële jeugdzorg. Beide studies zijn gebaseerd op een uitgebreide zoektocht in de internationale literatuur naar meta-analyses en reviews over de effecten van interventies voor jeugdigen.

Een meta-analyse is een onderzoek waarin gegevens uit goed opgezette (experimentele, quasi-experimentele en herhaalde $n=1$) studies samengenomen en geanalyseerd worden. Op die manier wordt een berekening gemaakt van het gemiddelde effect van de onderzochte interventie. Dit is alleen mogelijk wanneer de onderzochte probleemgroep en interventies in de primaire studies gelijksoortig zijn en de effecten op eenzelfde manier gemeten worden.

Een review is een studie waarin een overzicht en bespreking gegeven wordt van eerder onderzoek. Er worden echter geen nieuwe statistische analyses en berekeningen uitgevoerd op het materiaal dat in de gevonden publicaties (primaire studies) wordt gerapporteerd.

Voor de programmeringsstudie is een update verricht van beide searches naar meta-analyses en reviews over interventies in de jeugdzorg.

In dit hoofdstuk gaan we in op de zoekprocedure (1.1), de gevonden literatuur en de keuzes die op basis daarvan gemaakt zijn (1.2). Daarna gaan we in op de opbouw van dit deel van het rapport (1.3).

1.1 Verantwoording internationale literatuursearch

Ten behoeve van de studie van Konijn uit 2003 is een search verricht naar meta-analyses en reviews in diverse literatuurbestanden met specifieke zoektermen. De search besloeg de periode 1990-2001. Voor deze programmeringsstudie is een update gemaakt van die search door in dezelfde bestanden en met dezelfde zoektermen te zoeken, nu voor de periode 2002-heden (zie box 1).

Ook aan de studie van Harder e.a. (2006) ligt een uitgebreide zoektocht in de internationale literatuur ten grondslag over de periode 1990-medio 2005. Ten behoeve van deze programmeringsstudie is een update van de search verricht over de periode medio 2005-2006. Daarnaast is voor de volledige periode (1990-2006) gezocht naar literatuur op het terrein van de pleegzorg (zie box 2).

Het literatuuronderzoek is uitgevoerd in de databestanden PsycINFO, ERIC en Medline. PsycINFO richt zich vooral op psychologische studies; ERIC op opvoedkundige en onderwijskundige literatuur; Medline bevat medische publicaties.

Daarnaast zijn de bestanden geraadpleegd van de Campbell Collaboration en het Cochrane Centrum. Beide zijn samenwerkingsverbanden tussen onderzoeksgroepen over de hele wereld, die meta-analyses voorbereiden, uitvoeren en toegankelijk maken. De Campbell collaboration richt zich vooral op de sociale wetenschappen, het Cochrane Centrum op de medische sector.

Box 1: Bronnen en zoektermen studie effecten *jeugdzorg* internationaal

De volgende literatuurbestanden zijn geraadpleegd:

- PsycINFO
- ERIC
- Medline
- Campbell collaboration (C2)
- Cochrane

Gehanteerde zoektermen:

- Child*, adolescent*¹⁹
- Efficacy, effectiveness, eff*, evaluation
- Intervention*, treatment, treatment outcome
- Meta-analysis, review

Selectiecriteria:

- 1995-2001/2002-2006
- journal articles, book chapters
- youth care, mental health care

Box 2: bronnen en zoektermen studie effecten *residentiële jeugdzorg* internationaal

De volgende literatuurbestanden zijn geraadpleegd:

- PsycINFO
- ERIC
- Medline
- Campbell collaboration
- Cochrane
- DARE (database of abstracts of reviews of effects)

Gehanteerde zoektermen:

- residential; inpatient; in-patient; institutional; incarcerat*; out-of-home; hospitalized; children's home; secure units; detention center
- child*; youth; juvenile; adolescent*;
- peer; interact*, staff-client; social; custodial; group*; milieu therapy; psychiatric; treatment; care;
- behavioural problems; psychosocial problems; delinquent you*;
- outcome*; effect*, eff*; evaluat*; follow-up; result*; output; product; *success*; cost-effect*; drop?-out; quality of care;
- foster care; treatment foster care; breakdown;

selectiecriteria:

- 1990-2005/2005-2006

¹⁹ Indien de database de mogelijkheid biedt (zoals bij PsycINFO en Medline het geval is), is bij "age group" 'Childhood (0-12 year)' en 'Adolescents (12-18 year)' aangevinkt.

1.2 *Uitkomsten van de internationale search*

De update van de search van Konijn (2003) leverde ruim 400 referenties op. Van alle referenties is op grond van de titel en samenvatting nagegaan of het relevante literatuur betrof. In een deel van de gevallen bleek het te gaan om studies naar interventies voor een probleemgroep die buiten het bereik van de jeugdzorg valt (bijvoorbeeld leerstoornissen, ernstige retardatie en medische problemen, zoals kanker bij kinderen). Dergelijke studies zijn niet meegenomen. Dit geldt ook voor studies naar medische ingrepen anders dan het toedienen van medicatie, studies naar interventies die uitsluitend op school plaatsvinden en studies naar preventieve interventies. Anders dan in de studie van Konijn uit 2003, zijn in de update wél studies meegenomen naar interventies bij risicovol gedrag (bijvoorbeeld middelenmisbruik) en eetstoornissen /overgewicht. Dit is gedaan vanwege de toegenomen aandacht voor dergelijk gedrag in de maatschappij en binnen de jeugdzorg.

Op grond van deze uitsluitingen bleven 182 meta-analyses en reviews over waarin interventies op het terrein van de jeugdzorg behandeld werden. De 182 studies betreffen 132 (73%) reviews en 50 (27%) meta-analyses. In sommige studies bleken de onderzoekers de term meta-analyse ten onrechte te gebruiken voor een review. In die gevallen gaven zij namelijk wel een nauwkeurig overzicht van eerder onderzoek, maar vond er geen nieuwe statistische analyse van de gegevens uit de primaire studies plaats. Deze onderzoeken zijn gecategoriseerd als review.

De search van Harder e.a. (2006) leverde, in combinatie met de voor de programmeringsstudie uitgevoerde update, in totaal 26 publicaties op waarin buitenlandse primaire studies naar de effecten van residentiële zorg en pleegzorg werden besproken of nader geanalyseerd.

Samen met de informatie uit de studie van Konijn uit 2003, waarin 190 studies werden gevonden²⁰, betekent dit dat er bijna 400 publicaties gevonden zijn waarin gerapporteerd wordt over effecten van interventies die in de Nederlandse jeugdzorg toegepast zouden kunnen worden.

Inhoudelijke uitwerking

Dit is een overweldigende hoeveelheid informatie. In het rapport van Konijn is er destijds voor gekozen om op drie terreinen de gevonden informatie nader te bestuderen en uit te werken. Er is toen een korte, Nederlandstalige bespreking geschreven over de kennis van de effectiviteit van interventies bij depressie, ADHD en bij ernstige gedragsproblemen. Deze review-hoofdstukken zijn in 2003-rapport gepubliceerd. Het is in de voor de programmeringsstudie beschikbare tijd, *niet* mogelijk dergelijke overzichten te produceren voor alle probleemgebieden die in de gevonden studies aan de orde komen. We hebben gezien de beperkte tijd gekozen voor een praktische aanpak. We bespreken kort de literatuur die gevonden is over drie interventies die in de Nederlandse jeugdzorg veel worden toegepast, namelijk: creatieve therapie en speltherapie; residentiële jeugdzorg en pleegzorg. Op deze drie terreinen was al (een deel van) de informatie beschikbaar door werkzaamheden in andere projecten (Bartelink & Boendermaker, 2006; Harder e.a., 2006; Konijn, 2006).

Het schrijven van een update van de drie eerder verschenen hoofdstukken over interventies bij depressie, ADHD en ernstige gedragsproblemen lijkt ons een belangrijke stap. We kunnen daar binnen het tijdsbestek van deze programmeringsstudie niet aan voldoen. We volstaan ermee hier te vermelden dat er op elk van de drie terreinen inmiddels aanvullende Nederlandstalige informatie beschikbaar is.

In het hoofdstuk over *depressie* concludeerden de auteurs in 2003 onder andere dat bij het gebruik van medicatie, het beste gekozen kon worden voor de zgn. Selectieve Serotonine Heropname Remmers (SSRI's) (Konijn & Kroneman, 2003). Inmiddels is duidelijk dat dit beslist *niet* de juiste oplossing is en dat het gebruik van dit type medicatie vermeden moet worden. Een belangrijke recente Nederlandstalige publicatie op dit terrein is van Treffers en Rinne (themanummer MGv, maart 2005).

In aanvulling op het hoofdstuk over *ADHD* (Konijn, 2003) is inmiddels de interdisciplinaire richtlijn ADHD verschenen (Landelijke Stuurgroep, 2005).²¹ De internationale wetenschappelijke inzichten rond

²⁰ In Konijn e.a. (2003) wordt op pp.10 het aantal van 191 gerapporteerd. Hier is een optelfoutje gemaakt: het moet 190 zijn.

²¹ Meer informatie over de richtlijn is te vinden op www.trimbos.nl.

het toepassen van medicatie en de eventuele combinatie met psycho-educatie aan ouders en gedragstherapeutische oudertraining vormen de basis voor deze richtlijn.

In aanvulling op het hoofdstuk over effectieve interventies bij jongens met *ernstige gedragsproblemen* (Konijn e.a., 2003) verscheen bij NIZW Jeugd inmiddels een literatuuroverzicht van Boendermaker (2005). Daarin wordt een overzicht gegeven van de interventies waarvan op basis van buitenlands onderzoek duidelijk is dat zij gedragsverandering tot gevolg hebben bij jongeren met ernstig antisociaal en delinquent gedrag. We geven de gevonden interventies hier kort weer:

- 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. Inmiddels is er een grondige meta-analyse verschenen van het onderzoek dat naar MST gedaan is. Hierin komende diverse onderzoeksproblemen uit de primaire studies naar MST naar voren, zoals onduidelijkheid over het al dan niet meenemen van uitvallers in de follow-up metingen en het feit dat het meeste onderzoek naar MST gedaan is door de ontwikkelaars van de interventie. In analyses waarin uitvallers werden meegenomen bleek er geen verschil tussen MST en de reguliere hulp. De conclusie is dat er nog geen duidelijk antwoord is te geven op de vraag naar de effectiviteit van MST (Littell, Popa & Forsythe, 2005).

Omdat ernstige gedragsproblemen doorgaans samen voorkomen met andere problemen, zoals internaliserende (vooral depressieve) klachten, problematisch druggebruik en (vooral bij meisjes) zelfbeschadiging, wordt in het genoemde rapport ook ingegaan op hetgeen er bekend is over interventies op deze terreinen. Voor meer informatie verwijzen we naar het genoemde rapport.

Welk van deze interventies is in Nederland beschikbaar?

In het eerste deel van dit rapport werd duidelijk dat er verschillende cognitief gedragstherapeutische interventies voor jeugdigen met gedragsproblemen in ons land toegepast worden. Ook trainingen voor ouders zijn beschikbaar. De hierboven genoemde Parent Management Training wordt op dit moment in ons land geïmplementeerd, evenals overigens enkele interventies voor wat jongere kinderen, zoals het Positive Parenting Program (Triple P) en Incredible Years.²² Ook MST en FFT zijn de afgelopen jaren in gebruik genomen in ons land. Naar al deze interventies wordt inmiddels in ons land onderzoek gedaan of er is onderzoek in voorbereiding (zie Boendermaker, Lekkerkerker, Balledux & Dries, 2006).

1.3 Opzet van dit tweede deelrapport

Analoog aan het eerste deelrapport, geven we in hoofdstuk 2 eerst een overzicht van de interventies en probleemgroepen die in de internationale literatuur in meta-analyses en reviews onderzocht zijn. Daarna geven we in hoofdstuk 3 een kort overzicht van de kennis over de effectiviteit van creatieve en speltherapie. In hoofdstuk 4 komt de kennis over de effectiviteit van de residentiële zorg kort aan de orde en in hoofdstuk 5 volgt de pleegzorg.

In hoofdstuk 6 vatten we de uitkomsten samen en geven we, op basis van de informatie uit de internationale literatuur, antwoord op de drie onderzoeksvragen die in deze programmeringsstudie centraal staan.

De hoofdstukken 1,2 en 3 in dit tweede deelrapport zijn geschreven door Cora Bartelink en Leonieke Boendermaker. Hoofdstuk 4 en 5 zijn van de hand van Annemiek Harder en Erik Knorth. Het afsluitende hoofdstuk valt onder de verantwoordelijkheid van de auteurs gezamenlijk.

²² Voor meer informatie verwijzen we naar respectievelijk www.pmt.nl; www.triplep-nederland.nl en de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het UMC.

2 Onderzochte interventies en probleemgroepen in internationale studies

In dit hoofdstuk zetten we op een rij welke interventies in het buitenland onderzocht zijn (2.1) en op welke probleemgroepen deze interventies zich richten (2.2). De laatste paragraaf bevat onze conclusies over de vraag welke interventies in beeld zijn, en welke kennis beschikbaar is over de effecten van die interventies.

2.1 De onderzochte interventies

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de interventies die in de gevonden studies onderzocht zijn.²³

Interventies voor jeugdigen

Van de gevonden meta-analyses en reviews besteedt 79% aandacht aan interventies die uitsluitend op het kind gericht waren. Bij de behandelmethodes voor jeugdigen namen diverse vormen van psychotherapie de belangrijkste plaats in (162 studies, 32%). Psychotherapieën zijn gericht op het opheffen, verminderen of draaglijk maken van psychische moeilijkheden, intrapsychische conflicten en gedragsstoornissen (Van Yperen e.a., 1999). De meeste aandacht in de internationale studies, gaat uit naar cognitieve gedragstherapie. Veel minder onderzoek is er gedaan naar interpersoonlijke of psychoanalytische therapieën en verschillende vormen van creatieve en speltherapie.

Naast psychotherapie nemen ook medicatie en begeleiding een belangrijke plaats in bij de interventies voor jeugdigen (24% resp. 11% van de studies). Begeleiding heeft tot doel (sociale) vaardigheden te vergroten en het maatschappelijk functioneren te verbeteren (Van Yperen e.a., 1999). De meeste vormen van begeleiding zijn gericht op vaardigheidstraining (34 studies) en deze richten zich vooral op jeugdigen met ernstige gedragsproblemen. Medicatie neemt vooral bij angst- en stemmingsstoornissen een belangrijke plaats in de behandeling in (zie tabel 3).

Interventies voor ouders

In vergelijking met de gevonden studies naar interventies voor jeugdigen, zijn er veel minder studies naar interventies voor ouders. Het gaat in totaal om 50 studies (10% van het totale aantal gevonden studies). De meeste interventies voor ouders betreffen 'oudertrainingen'.

In de meeste gevallen is er in deze studies geen nadere informatie te vinden over de inhoud van de oudertrainingen. In enkele studies gaat het om het trainen van opvoedingsvaardigheden. Het ligt voor de hand dat het ook in de andere studies daarom gaat, maar dat is pas te achterhalen door raadpleging van de primaire studies die in de gevonden reviews en meta-analyses onderzocht zijn.

Interventies voor gezinnen

Er zijn 44 studies gevonden naar gezinsinterventies (9%). De meest onderzochte gezinsinterventie is gezinstherapie (34 studies). Ook hiervan is in de meeste gevallen niet nader omschreven wat deze interventie precies inhoudt. Daarnaast zijn er 10 studies gevonden naar multisysteemtherapie. Dit is een interventie waarbij de problemen van jongeren en ouders, de problemen in de onderlinge relaties en in de opvoeding op meerdere terreinen tegelijk wordt aangepakt, en waarbij ook op school, in de buurt en in de vriendengroep wordt geïntervenieerd.

²³ Voor de indeling van de studies hebben we de indeling gehanteerd uit de studies van Konijn (2003).

Tabel 1. Onderzochte interventies in meta-analyses en reviews ²⁴

Onderzochte interventies	Konijn e.a. 2003	deze studie (incl. Harder e.a., 2006)	totaal	%
	N	N		
Kind	214	183	397	79
<i>Farmacotherapie</i>	81	40	121	24
<i>Psychotherapie</i>	88 *	74	162	32
Cognitieve gedragstherapie		57		
Psychoanalytische / interpersoonlijke therapie		10		
Creatieve therapie		7		
<i>Begeleiding</i>	24	33	57	11
<i>Vaardigheidstraining</i>	14	20		
<i>Psycho-educatie / preventie</i>	3	8		
<i>Gedragsinterventie</i>	5	5		
<i>Overlevingstochten</i>	2	-		
<i>Lichaamsgerichte therapie</i>	18	15	33	7
<i>Residentieel</i>		10	10	2
<i>Pleegzorg</i>	3	11	14	3
Ouders	14	36	50	10
<i>Oudertraining</i>	9	29	38	
<i>Mediatie</i>		2	2	
<i>Therapie</i>	5	3	8	
<i>Ouderbetrokkenheid</i>		2	2	
Gezin	13	31	44	9
<i>Gezinstherapie</i>	11	23	34	
<i>Gezinsfunctioneren</i>	2	8	10	
Multisysteemtherapie	2	8	10	2
Totaal	244	258	502	100

* In het onderzoek van Konijn (2003) is geen onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van psychotherapie

Ontbreken er interventies?

Er komt in de internationale literatuur een breed scala aan interventies aan de orde.

Om na te gaan of er interventies zijn waarover kennis ontbreekt, zijn de in tabel 2 opgenomen interventies, vergeleken met de gegevens in de tabel van de registratie van zorgactiviteiten (Van Yperen e.a., 1999). Deze tabel vormt een registratiesysteem dat inzicht moet bieden in het door de jeugdzorg geboden hulpaanbod. In dit registratiesysteem wordt onderscheid gemaakt tussen activiteiten die gericht zijn op *jeugdigen*, op de *primaire opvoeders* en op *gezinnen*.

De activiteiten voor de *jeugdige* worden onderscheiden in: 1) interventies die gericht zijn op gedrag, gevoelens en cognities (dit omvat zowel medicatie als therapie), 2) interventies gericht op sociale vaardigheden en maatschappelijk functioneren, 3) interventies gericht op overige vaardigheden (taal, spraak, motoriek en schoolse vaardigheden) en 4) interventies gericht op lichamelijke gezondheid. Activiteiten voor de *primaire opvoeders* kunnen gericht zijn op het functioneren van de jeugdige en op verzorgings- en opvoedingsvaardigheden.

Bij activiteiten voor het *gezin* gaat het om gezinstherapeutische behandeling en om praktisch functioneren van het gezin en om concrete opvoedingsinteractie.

Een vergelijking laat zien dat de meeste meta-analyses en reviews zich richten op interventies voor jeugdigen. De behandeling van jeugdigen door middel van een vorm van psychotherapie komt het meest voor, hoewel ook begeleiding en medicatie veel onderzochte behandelvormen zijn. Van psychotherapie is cognitieve gedragstherapie het meest onderzocht. De begeleiding van jeugdigen richt zich in de meeste gevallen op (sociale) vaardigheidstraining.

²⁴ Het totale aantal interventies komt niet overeen met het totale aantal meta-analyses en reviews, omdat in diverse overzichtsstudies meerdere interventies onderzocht worden.

Onze search leverde geen onderzoek op naar interventies gericht op taal, spraak, motoriek of schoolse vaardigheden. Ook onderzoek naar interventies gericht op lichamelijke gezondheid werd niet gevonden. Dit zijn allemaal interventies die in ons land buiten de geïndiceerde jeugdzorg zouden vallen. Dit komt overeen met het domein van deze deelstudie, wellicht dat in de beide andere programmeringsstudies deze onderwerpen wel naar voren komen.

De meeste interventies voor op ouders en gezinnen zijn gericht op het verminderen van ernstige gedragsstoornissen, eetstoornissen en stemmingsstoornissen van jeugdigen. In de meta-analyses en reviews komt weinig onderzoek naar voren over de aanpak van lichtere opvoedingsproblematiek naar voren. Het is mogelijk dat interventies voor lichtere opvoedingsproblematiek wél naar voren komen in de deelstudie die gericht is op preventie.

Verder zijn er (relatief weinig) studies gevonden naar interventies bij kindermishandeling. Ook hier valt te verwachten dat er in de deelstudie gericht op preventie meer interventies naar voren komen.²⁵

2.2 De onderzochte probleemgroepen

Op welke problemen of probleemgroepen richten de interventies zich, die in de meta-analyses en reviews onderzocht zijn?²⁶ Een overzicht van de probleemgroepen is te vinden in tabel 2.

Gedragsstoornissen

De meeste interventies richten zich op jeugdigen met gedragsstoornissen. Zij blijken in 122 studies (31%) het onderwerp van de analyse te zijn. De behandeling van jeugdigen die ernstige gedragsproblemen vertonen – dat wil zeggen antisociaal, oppositioneel en/of delinquent gedrag – blijkt het meest onderzocht te zijn (38 studies). Interventies die bij die problemen onderzocht zijn, zijn cognitieve gedragstherapie en/of vaardigheidstraining voor de jeugdige en oudertraining (voor de ouders).

Daarnaast is er een flink aantal onderzoeken (34 studies) gevonden naar interventies voor jeugdigen met ADHD. Onderzoek naar de effecten van medicatie en cognitieve gedragstherapie (eventueel in combinatie) komt het meest voor (tabel 3).

Angst- en stemmingsstoornissen

Een andere veel onderzochte groep betreft de jeugdigen met angst- en stemmingsstoornissen. Naar interventies voor deze groep zijn 100 studies gevonden (25%). Depressie en angststoornissen zijn hierbij de meest onderzochte problemen. Voor beide geldt dat cognitieve gedragstherapie en medicatie veel onderzochte interventies zijn. Onderzoekers blijken ook geregeld de effectiviteit van gezinstherapie bij jeugdigen met stemmingsstoornissen na te gaan (zie tabel 3).

Gezinsproblemen

In de gevonden studies komt 24 keer (6%) de behandeling van gezinsproblemen naar voren. Het grootste deel hiervan gaat om interventies na kindermishandeling (23 keer). De belangrijkste behandelmethodes zijn cognitieve gedragstherapie voor het kind en oudertraining (zie tabel 3).

Risicovol gedrag

Naar de behandeling van jeugdigen die risicovol gedrag vertonen (middelengebruik, HIV, tienerzwangerschappen of onveilige seks) is minder onderzoek gevonden (17 onderzoeken; 4%). De behandeling van deze jeugdigen door middel van cognitieve gedragstherapie en psycho-educatie komt daarbij het meest in onderzoek naar voren.

²⁵ In vergelijking met de eerder uitgevoerde studie van Konijn e.a. (2003) ontbreken in de update gegevens over casemanagement.

²⁶ De gehanteerde indeling is gelijk aan die in de studie van Konijn (2003).

Tabel 2. Onderzochte doelgroepen in meta-analyses en reviews naar effectiviteit van de jeugdzorg²⁷

Gevonden meta-analyses en reviews per probleemgroep	Konijn e.a. 2003	Deze studie	Totaal	Percentage studies van totaal
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	
<i>Gedragsstoornissen (subtotaal)</i>	58	64	122	31%
ADHD	24	10	34	
Agressie / boosheid	7	6	13	
Antisociaal / delinquent / Conduct Disorder	16	22	38	
Externaliserend gedrag / milde gedragsproblemen	7	6	13	
Emotionele en gedragsproblemen	3	13	16	
Oppositieel stoornis	1	7	8	
<i>Angst- en stemmingsstoornissen (subtotaal)</i>	46	54	100	25%
Angststoornis	6	18	24	
Obsessief-compulsieve stoornis	5	6	11	
Post Traumatische Stress Stoornis	4	2	6	
Hechtingsstoornis	1	2	3	
Depressie	29	20	49	
Bipolaire stoornis	1	2	3	
Psychose	0	4	4	
<i>Gezinsproblemen</i>	11	13	24	6%
Scheiding van ouders	1	0	1	
Kindermishandeling	10	13	23	
<i>Lichamelijke / Psychosomatische problemen (subtotaal)</i>	9	11	20	5%
Enuresis nocturna en encopresis	3	1	4	
Slaapproblemen	1	3	4	
Pijnklachten (hoofdpijn etc.)	5	7	12	
<i>Eetproblemen (subtotaal)</i>	10	11	21	5%
Anorexia nervosa	*	9		
Boulimia	*	1		
Overgewicht	0	1		
<i>Autisme</i>	5	13	18	5%
<i>Risicovol gedrag (subtotaal)</i>	0	17	17	4%
Middelenmisbruik		13	13	
HIV, tienerzwangerschap en onveilige seks		4	4	
<i>Schizofrenie</i>	4	1	5	1%
<i>Diversen (subtotaal)</i>	47	21	68	18%
Ontwikkelingsstoornissen	0	4	4	
Jeugdigen met meervoudige problematiek	20	0	20	
Overige problematiek	0	4	4	
Niet nader omschreven probleemgroep	27	13	40	
Totaal	190	205	395	100%

* In het onderzoek van Konijn en collega's (2003) is geen onderscheid gemaakt tussen anorexia en boulimia. Daarnaast blijkt het probleem van overgewicht niet meegenomen te zijn in het onderzoek.

Gemiste probleemgroepen?

Zijn er bepaalde probleemgroepen waar weinig onderzoeks aandacht naar uit gaat?

Om dat na te gaan is de informatie uit tabel 2 vergeleken met de tabel 'Aard van de problematiek van cliënten' van het Intersectorale Informatiesysteem voor de jeugdzorg (vgl. Bekhoven e.a., 2000). Deze tabel bevat een classificatiesysteem voor de jeugdzorg dat zowel gedrags-, psychiatrische als ontwikkelings- en psychosociale problemen dekt. Ook dekt het kind-, gezins- en leefomgevingsproblemen. Het sluit aan bij de DSM-IV en ICD-10. Dit classificatiesysteem bestaat uit vijf assen: (1) psychosociaal functioneren (incl. psychiatrische stoornissen); (2) lichamelijke gezondheid, aan lichaam

²⁷ Het totale aantal doelgroepen komt niet overeen met het aantal meta-analyses en reviews, omdat in diverse overzichtsstudies onderzoek naar meerdere doelgroepen is gedaan.

gebonden functioneren; (3) vaardigheden en verstandelijke ontwikkeling; (4) gezin en opvoeding; (5) omgeving van de jeugdige.²⁸

Bij de vergelijking hiermee valt op dat ernstige problematiek vaker onderzocht is in de meta-analyses en reviews dan relatief lichtere problematiek. Zo zijn jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen (dat wil onder andere zeggen jeugdigen met antisociaal en delinquent gedrag) vaker het onderwerp van onderzoek dan jeugdige met lichtere emotionele en gedragsproblemen.

Dit geldt ook voor stoornissen in het autistische spectrum. Interventies bij autisme komen meer aan bod in de overzichtsstudies naar de effectiviteit van behandelmethodes, dan interventies bij jeugdigen bij het syndroom van Asperger of met de diagnose PDD-NOS. Wel wordt diverse malen de term “autisme spectrum stoornis” gebruikt, maar deze wordt gehanteerd als synoniem voor autisme, terwijl dit begrip een verzamelnaam is voor alle aan autisme verwante stoornissen.

Andere problemen, zoals interventies bij pesten en (lichte) opvoedingsproblemen zijn in de gevonden meta-analyses nauwelijks onderwerp van studie. Dit is mogelijk toe te schrijven aan het bereik van deze studie: interventies in de jeugdzorg. Wellicht komen interventies op dit terrein meer aan bod in de op preventie gerichte programmeringsstudie.

Daarnaast lijkt er meer aandacht te bestaan voor externaliserende problematiek dan voor internaliserende. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat externaliserende problemen meer in het oog lopen en meer maatschappelijke overlast veroorzaken.

De behandeling van jeugdigen met problemen in de ontwikkeling van persoonlijkheid en identiteit komen in de meta-analyses en reviews niet naar voren. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het – net als bij pesten en lichte opvoedingsproblemen – in die gevallen om minder ernstige problematiek gaat. Het is mogelijk dat er preventieve interventies hierop gericht zijn, die echter buiten het bestek van dit onderzoek vallen.

²⁸ Op dit moment wordt de tabel verder uitgewerkt en worden de afzonderlijke categorieën nader gedefinieerd in verschillende, speciaal hiervoor ingestelde werkgroepen.

Tabel 3. Onderzochte interventies bij probleemgroepen in meta-analyses en reviews naar effectiviteit van de jeugdzorg²⁹

Probleemgroep / Interventie	AD HD	Ernstige gedragsproblemen ³⁰	Mildere gedragsproblemen ³¹	Angststoornis ³²	Stemmingsstoornissen ³³	Psychosomatische problemen	Eetproblemen	Gezinsproblemen	Autisme	Schizofrenie	Risicovol gedrag	Totaal
Kind												
<i>Farmacotherapie</i>	27	7		20	36	3	10		5	5	2	115
<i>Psychotherapie</i>												
Cognitieve gedrags therapie ³⁴	14	22	2	27	29	7	14	7	4		4	130
Psychoanalytische therapie	1	1		4	5		2		2			15
Creatieve therapie			2					1	4			7
<i>Begeleiding</i>												
Vaardigheidstraining	4	8	5	4	4	1		2	10			38
Psycho-educatie		1					1	1			5	8
Gedragsinterventie	3	1	2			1		1			2	10
<i>Lichaamsgerichte therapie</i>	6	2	1	2	4	9	3		3	1		31
<i>Residentieel</i>		4	1				2					7
<i>Pleegzorg</i>		4	6									10
Ouders												
Oudertraining	4	10	5	4	2	1		8	2		2	38
Mediatie		1						1				2
Therapie	1	3	1	1	1			3	2			12
Betrokkenheid				1								1

²⁹ Het totale aantal interventies en probleemgroepen komt niet overeen met het aantal overzichtsstudies en met de in tabel 1 en tabel 2 genoemde cijfers, omdat in diverse overzichtsstudies meerdere probleemgroepen en/of interventies zijn besproken.

³⁰ De categorie ernstige gedragsproblemen bestaat uit antisociaal gedrag, agressie, delinquentie en disruptief gedrag.

³¹ De categorie mildere gedragsproblemen bestaat uit emotionele en gedragsproblemen.

³² De categorie angststoornissen bestaat uit angststoornissen en obsessief-compulsieve stoornis.

³³ De categorie stemmingsstoornissen bestaat uit depressie, psychose, bipolaire stoornis.

³⁴ In de overzichtstudie van Konijn e.a. (2003) is geen onderscheid gemaakt naar verschillende vormen van psychotherapie. Daarom is ervoor gekozen om deze in deze tabel onder cognitieve gedragstherapie neer te zetten, aangezien dit veruit de meest onderzochte psychotherapie bij jeugdigen is.

Probleemgroep / Interventie	AD HD	Ernstige gedragsproblemen	Mildere gedragsproblemen	Angststoornis	Stemmingsstoornissen	Psychosomatische problemen	Eetproblemen	Gezinsproblemen	Autisme	Schizofrenie	Risicovolgedrag	Totaal
Gezin												
Gezinstherapie	1	3	1	5	9	1	13	1	1		5	40
Gezinsfunctioneren		1	2		1			4	1		1	10
Multisysteemtherapie		5	2					2			2	11
Totaal	61	73	30	68	91	23	45	31	34	6	23	485

De behandeling van jeugdigen met een andere etnische achtergrond dan de Nederlandse is in de onderzochte meta-analyses en reviews nauwelijks expliciet aan bod gekomen. Sonderegger en Barrett (2004) hebben een overzicht gemaakt van studies over de effectiviteit van diagnostiek en behandeling van etnisch diverse kinderen en adolescenten. Zij bevestigen dat er nog relatief weinig onderzoek is gedaan naar interventies bij jeugdigen van etnische minderheden. Gezien de steeds grotere culturele diversiteit in Nederland is het van belang dat er een beter inzicht komt in behandelmethodes die bij deze doelgroep effect hebben.

In vergelijking met de probleemgroepen in het Intersectoraal Informatiesysteem voor de jeugdzorg valt tot slot op, dat gezins- en opvoedingsproblematiek in de meta-analyses en reviews ontbreekt. Interventies voor ouders en gezinnen richten zich vooral op gezinnen van jeugdigen met een specifieke stoornis, in het bijzonder die met een eetstoornis, stemmingsstoornis of ernstige gedragsproblemen. Alleen kindermishandeling als opvoedingsproblematiek komt wel naar voren in de meta-analyses en reviews. Individuele problematiek van ouders (die hun opvoedingsvaardigheden beïnvloeden) en opvoedingsproblemen (een inadequate opvoedingsaanpak of problemen in de ondersteuning, verzorging en bescherming van kinderen) komen in de gevonden studies niet aan bod. Ook hier zou dit verklaard kunnen worden door de specifieke zoektocht naar interventies voor de geïndiceerde jeugdzorg.

2.3 Conclusie

Zoals gezegd staan in onze programmeringsstudie drie vragen centraal:

Welke jeugdinterventies voor toepassing op het terrein van de jeugdzorg zijn in beeld?

Welke kennis over de effectiviteit van interventies, inclusief de kosteneffectiviteit, is er beschikbaar?

Welke lacunes en tegenstrijdigheden vertoont de kennis

In dit hoofdstuk hebben we geïnventariseerd welke kennis beschikbaar is. Er blijkt enorm veel materiaal voorhanden. Er zijn vooral veel reviews verschenen: 70% van de studies bespreken van onderzoek en 30% van de studies bevat een analyse van materiaal uit eerdere studies (meta-analyse).

Inhoud van de studies

De interventies die 'in beeld' zijn, zijn vooral interventies gericht op jeugdigen zelf.

In 20% van de gevallen zijn de onderzochte interventies gericht op de ouders en/of het gezin. De onderzochte interventies voor jeugdigen betreffen vooral: de toediening van medicatie, cognitieve gedragstherapie en vaardigheidstraining. Toepassing van deze interventies is vooral onderzocht bij jeugdigen met ADHD en angst- en stemmingsstoornissen (medicatie), ernstige gedragsproblemen en angst- en stemmingsstoornissen (cognitieve gedragstherapie) en autisme en gedragsproblemen (vaardigheidstraining).

Interventies voor ouders betreffen oudertraining en therapie (vaak niet nader gedefinieerd). Deze worden vooral onderzocht bij ouders van jeugdigen met (al dan niet ernstige) gedragsproblemen, en gezinsproblemen. Gezinstherapie wordt vooral onderzocht bij ouders van kinderen met eetproblemen.

Het meeste onderzoek wordt gedaan naar jongeren met diverse vormen van gedragsstoornissen (met de nadruk op ernstig antisociaal en delinquent gedrag en ADHD) en angst en stemmingsstoornissen (met de nadruk op depressie). Er is een behoorlijk aantal studies naar interventies bij kindermishandeling (24 studies, net zoveel als bij de angststoornis) en middelenmisbruik.

Duidelijk wordt dat er minder aandacht uitgaat naar lichamelijke problemen, ontwikkelingsproblemen, milde gedragsproblemen en opvoedingsproblemen zonder dat er sprake is van ernstig antisociaal en delinquent gedrag. Ook de wat 'mildere' internaliserende problemen, zoals de gevolgen van gepest worden, teruggetrokkenheid en opstandigheid komen minder aan de orde. Het kan zijn dat dergelijke

studies meer gevonden worden onder de noemer 'preventie' dan bij (geïndiceerde) interventies. Voor het overige worden geen probleemgroepen systematisch 'gemist'.

Kwaliteit van de studies

We hebben in dit hoofdstuk slechts een globaal overzicht kunnen bieden van de onderzochte interventies en probleemgroepen. We weten op basis hiervan niet voor welke doelgroepen welke interventie bruikbaar en effectief is. De vraag naar de kennis over de effectiviteit van de interventies waar onderzoek naar is gedaan kunnen we op deze basis niet beantwoorden. Een punt dat bij het bepalen van de effectiviteit van groot belang is, is de kwaliteit van de gevonden studies. Omdat in de meta-analyses de gegevens uit eerdere studies gebruikt worden voor het berekenen van de (gemiddelde) effectgrootte, is de kwaliteit van de primaire studies die gebruikt worden van belang. Informatie hierover bepaalt de kwaliteit van de meta-analyse. In onze inventarisatie werd duidelijk dat slechts in een deel van de studies heldere informatie wordt verschaft op basis waarvan de kwaliteit beoordeeld kan worden.

Zo viel o.a. op dat studies over eenzelfde interventie of doelgroep, veelal gebruik maken van (deels) dezelfde bronnen. De uitkomsten lijken dan nieuw bewijs te leveren voor de werkzaamheid van de interventie, maar zijn in feite een herhaling van eerder werk. We hebben niet alle meta-analyses goed kunnen bekijken, maar uit de studies die we wel bekeken hebben bleek dat lang niet in alle gevallen voldaan werd aan enkele belangrijke eisen voor een goede studie, zoals: het verantwoorden van het zoeken naar literatuur, het vermelden van de in- en exclusiecriteria voor het opnemen van onderzoeken in de studie, het uitvoeren van statistisch juiste analyses en het baseren van de studie op onderzoeken waarin in een controlegroep of vergelijkingsgroep aanwezig is, dan wel een herhaalde $n=1$ studie verricht wordt (Konijn, 2003). In de volgende hoofdstukken wordt de informatie uit de reviews en meta-analyses voor drie onderwerpen uitgewerkt en zal tevens aandacht besteed worden aan de kwaliteit van de studies.

3 Internationale studies naar de effectiviteit van creatieve therapie en speltherapie

Welke informatie is beschikbaar?

In hoofdstuk 2 werd duidelijk dat er acht studies gevonden zijn naar creatieve therapie en speltherapie. Het gaat om twee meta-analyses en één review over speltherapie; drie meta-analyses en één review over muziektherapie en één meta-analyse over dans- en bewegingstherapie. Alle studies zijn gepubliceerd in de periode van 1995 tot heden (zie tabel 4).

De zeggingskracht van de uitkomsten van de meta-analyses en reviews wordt bepaald door hun kwaliteit. Wanneer is een studie een goede studie? Veelgebruikte criteria voor een meta-analyse of review zijn de volgende:³⁵

- Er wordt gebruik gemaakt van studies met een controle- of vergelijkgroep, random clinical trial of dubbelblinde toewijzing aan de experimentele en controlegroep;
- er is op een gestructureerde manier gezocht in gerenommeerde internationale databestanden (onder meer PsycINFO, Medline) met welomschreven zoektermen en een duidelijk gedefinieerde periode waarin de literatuur is gepubliceerd;
- er is helder omschreven welke in- en exclusiecriteria voor de primaire studies zijn toegepast en de selectie is door twee personen onafhankelijk van elkaar gedaan;
- van de oorspronkelijke studies zijn de onderzochte interventies, gehanteerde statistische methoden, effectmaten en conclusies helder beschreven;
- de conclusies komen logisch voort uit de gepresenteerde data en lijken gerechtvaardigd en valide.

In tabel 4 is voor alle studies kort aangegeven wat de kwaliteit van de studie is. De uitkomsten staan vermeld in tabel 5. Meer informatie over de studies is te vinden in de tabellen in bijlage 2.1. Alleen de studies van Gold e.a. (2006) over muziektherapie en die van Bratton e.a. (2005) voldoen aan alle criteria en kunnen we aanduiden als goede studies. Twee andere studies, van Whipple (2004) en LeBlanc en Ritchie (2001) voldoen niet helemaal, maar zijn redelijk. De andere studies voldoen niet aan de bovenstaande criteria van een goede studie.

³⁵ Deze criteria zijn afgeleid van de richtlijn voor het beoordelen van de kwaliteit van systematische reviews, opgesteld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Dutch Cochrane Centre, Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Institute for Medical Technology Assessment (IMTA), College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Vereniging voor Integrale Kankercentra (VVIK). Zie ook: Konijn e.a. (2003).

Tabel 4. Kenmerken gevonden meta-analyses en reviews over creatieve- en speltherapie

Auteurs	Meta-analyse (M) review (R) + therapie-soort	Aantal studies in de meta-analyse of review	Aantal jeugdigen totaal N=	Leeftijd jeugdigen in de studie	Kwaliteit studie
Muziektherapie					
Gold, Voracek en Wigram, 2004	M / Muziek	11 primaire studies, waarvan 8 in de USA uitgevoerd, 1 in Oostenrijk, 1 in Duitsland en 1 in Groot-Brittannië	188	4-19 jaar, gemiddelde onbekend	De search en primaire studies zijn inzichtelijk, niet voldaan aan andere criteria
Whipple, 2004	M / Muziek	9 primaire studies	Onbekend	4-21 jaar	Studies met controlegroep, interventies en effectmaat beschreven, logische conclusies, echter search niet beschreven.
Gold, Wigram en Elefant, 2006	M / Muziek	3 primaire studies (Brownell, 2002; Buday, 1995; Farmer, 2003) (Verwijst naar review Whipple, 2004)	24	2-9 jaar	Voldoet aan alle criteria!
Wigram en Gold, 2006	R / Muziek	Twee reviews (nl. Whipple, 2004; Ball, 2004) en 4 primaire studies (Brownell, 2002; Buday, 1995; Edgerton, 1994; Lee, 2004)	Onbekend	0-21 jaar	Voldoet aan geen van de criteria
Dans en bewegings-therapie					
Ritter en Graff Low, 1996	M / Dans	23 primaire studies (waarvan 4 over kinderen, 6 over adolescenten, 13 over volwassenen)	Aantal <i>jeugdigen</i> onbekend, totaal 781	Onbekend	Voldoet aan geen van de criteria
Speltherapie					
Leblanc en Ritchie, 2001	M / Spel	42 primaire studies, waarvan 23 artikelen, 16 dissertaties en 3 ongepubliceerde documenten	Onbekend	0-12 jaar	Voldoet alleen niet aan beschrijving oorspronkelijke studies met interventie en statistische info
Allin, Wathen en MacMillan, 2005	R / Spel	2 primaire studies specifiek over speltherapie	Onbekend	Onbekend	Search beschreven, voorzichtige conclusies. Voldoet niet aan overige criteria.
Bratton, Ray, Rhine en Jones, 2005	M / Spel	93 primaire studies	Onbekend	7.0 jaar	Voldoet aan alle criteria.

Tabel 5. Uitkomsten meta-analyses en reviews over creatieve therapie en speltherapie

Auteurs	Diagnose/ probleem	Onderzochte interventie(s)	Uitkomst
Muziektherapie			
Gold, Voracek en Wigram, 2004)	Verschillende vormen psychopathologie: ontwikkelingsproblemen; seksueel misbruik, autisme; emot. problemen; affectieve problemen bij hoogbegaafdheid; delinquentie; verstandelijke beperking; leer- en gedragsproblemen en ADHD	Muziektherapie: Analytical Music Therapy Guided Imagery and Music Creative Music Therapy Behavioral Music Therapy Orff Music Therapy Alvin 's free improvisation therapy Eclectische benaderingen	Muziektherapie is meest effectief bij dubbele diagnose, bij ontwikkelingsproblemen en bij gedragsproblemen. Het minst effectief is het bij emotionele problemen. Voor sociale vaardigheden vonden zij een negatieve uitkomst, maar zelfconcept en gedrag verbeteren. Behavioristische muziektherapie minst effectief, eclectische aanpak werkt het beste.
Whipple, 2004	Autisme	Muziektherapie (3 theoretische benaderingen) Discrete Trial-Traditional Behavioral approach Developmental Social-Pragmatic approach Contemporary Applied Behavioral Analysis	Verbetering van sociale en cognitieve vaardigheden en communicatie.
Gold, Wigram en Elefant, 2006	Autistisch spectrum stoornis (ASS)	Muziektherapie	Verbale en non-verbale communicatieve vaardigheden verbeteren.
Wigram en Gold, 2006	Autisme	Muziektherapie	Verbetering van interpersoonlijke communicatie, wederkerigheid en vaardigheden contact maken en houden (aangaan relaties).
Dans- en bewegingstherapie			
Ritter en Graff Low, 1996	Onbekend	Dans en bewegingstherapie	Bij jeugdigen: kleine verbetering in motorische vaardigheden.
Speltherapie			
Leblanc en Ritchie, 2001	Sociale en emotionele problemen, traumatische gebeurtenissen, leerproblemen, gezinsproblemen en gedragsproblemen	Speltherapie Non-directief Specifieke hulpmiddelen Ouders als therapeut Directief / verhaaltherapie / begeleide verbeeldingstherapie	Dezelfde resultaten Bratton, op 6 na dezelfde studies.
Allin, Wathen en MacMillan, 2005	Verwaarlozing	Speltherapie	Verbetering van sociale interactie, vermindering van internaliserende en externaliserende problemen.
Bratton, Ray, Rhine en Jones, 2005	Zowel internaliserend en externaliserend als een combinatie van beide	Speltherapie non-directief directief (incl. gedrags- en cognitieve spel interventie)	Gedrag, sociale aanpassing en persoonlijkheid verbeteren. Non-directief: beter resultaat. Ouders als uitvoerders beter resultaat dan alleen therapeut als uitvoerder; 35-40 sessie beste resultaat.

Wat weten we hiermee?

De studies laten allemaal positieve uitkomsten zien. Kinderen gaan vooruit op de onderdelen die gemeten worden. De twee kwalitatief goede studies naar *muziektherapie* laten zien dat muziektherapie bijdraagt aan betere verbale en non-verbale communicatieve én betere sociale en cognitieve vaardigheden van kinderen met een vorm van autisme. Er is sprake van een effectgrootte van 0.50 voor non-verbale en 0.36 voor verbale vaardigheden. Dit kan geïnterpreteerd worden als een middelgroot en een klein effect (Cohen, 1988).

De twee kwalitatief goede studies naar *speltherapie* kunnen beter gezien worden als één studie. Het materiaal overlapt en de uitkomst is gelijk. Bij kinderen met externaliserende en internaliserende problemen is er na toepassing van speltherapie een verbetering te zien in gedrag, sociale aanpassing en persoonlijkheid. De gemiddelde effectgrootte die gevonden werd is 0.66, een middelgroot effect. De non-directieve vorm van speltherapie heeft het beste resultaat, zeker als ouders betrokken zijn bij de uitvoering en er 35 tot 40 sessies gegeven worden.

In deel 1 hebben we gezien dat er maar één onderzoek is gedaan naar de uitkomsten van (een specifieke vorm van) speltherapie en dat de uitkomsten daar positief waren. Dit Nederlandse onderzoek bevestigt de uitkomsten uit één goede meta-analyse op internationaal materiaal.

Al met al is er echter maar weinig bekend over de verschillende vormen van creatieve therapie en speltherapie bij kinderen. De gevonden studies gaan over kinderen met milde gedragsproblemen (de Nederlandse studie) of kinderen met (niet nader in ernst aangeduide) internaliserende en externaliserende problemen. Over toepassing bij andere problemen is geen (goede) informatie beschikbaar.

Uit twee (redelijk) goede studies naar het effect van muziektherapie op kinderen met een autistische stoornis blijkt dat muziektherapie de communicatieve vaardigheden helpt verbeteren. Ondanks de aanwezigheid van enkele goede studies is de informatie zeer beperkt. Meer duidelijkheid over de resultaten van deze veel toegepaste interventies is gewenst.

4 Internationale studies naar de effectiviteit van residentiële zorg

Welke informatie is beschikbaar?

Er zijn in totaal 19 internationale overzichtsstudies beschikbaar naar resultaten van residentiële jeugdzorg. Een meerderheid van die studies wordt gevormd door overzichtsstudies of reviews en vijf studies kunnen beschouwd worden als een meta-analyse. De studies zijn gepubliceerd in de periode 1990 tot en met 2006. Het aantal oorspronkelijke of primaire studies waar de studies op gebaseerd zijn, verschilt nogal en loopt uiteen van 5 tot 200 primaire studies.

De kwaliteit van de studies kan onder andere beoordeeld worden op de mate waarin in de oorspronkelijke studies de onderzochte interventies helder beschreven worden. Er blijkt in veel overzichtsstudies niet nader te worden toegelicht waar de onderzochte interventies inhoudelijk uit bestaan. De interventie wordt soms niet of slechts heel globaal beschreven. Voor een belangrijk deel blijkt het ontbreken van informatie in de overzichtsstudies te worden veroorzaakt door de gebrekkige informatie in de primaire studies. De gebruikte uitkomstmaten worden in verschillende studies niet duidelijk toegelicht. Ze worden door elkaar heen gebruikt en regelmatig wordt er gesproken over 'outcome' in het algemeen.

Een samenvatting van de studies is weergegeven in tabel 6. In bijlage 2.1 is voor iedere studie meer uitgebreide informatie te vinden.

Tabel 6. Internationale overzichtsstudies resultaten residentiële jeugdzorg (N=19)

Studie	Meta-analyse (M) of review (R)	Aantal studies in de meta-analyse of review	Onderzochte interventie(s)	Uitkomst
Cornsweet, 1990	R	2 overzichtsstudies 2 primaire studies	Intramurale psychiatrische behandeling	De jeugdigen die naar intramurale behandeling worden verwezen zijn diagnostisch complexe gevallen. Een meerderheid verbetert tijdens de behandeling, maar een aantal - vooral diegenen met antisociaal gedrag - heeft er minder voordeel van.
Pfeiffer en Strzelecki, 1990	M	34 primaire studies	Intramurale psychiatrische behandeling	Specialistische behandeling tijdens de psychiatrische opname en het bieden van nazorg leiden tot betere uitkomsten. Gezondere jeugdigen reageren beter op de residentiële behandeling.
Curry, 1991	R	7 overzichtsstudies 5 primaire studies	Intramurale psychiatrische behandeling en residentiële behandeling	Het functioneren verbetert bij veel jeugdigen, bij sommigen is er geen verbetering en een klein percentage gaat erop achteruit.
Bullock, Little en Millham, 1993	R	51 primaire studies	Residentiële jeugdzorg en onderwijs	Hoe meer kindgericht en zorgzaam het regime is, hoe beter de uitkomsten zijn voor jeugdigen. Gedrag lijkt op de lange termijn moeilijk te veranderen te zijn.
Scherrer, 1994	M	42 primaire studies	Residentiële zorg	Jeugdigen in residentiële zorg blijken wat meer te verbeteren dan jeugdigen in controle- of vergelijkingsgroepen. Het blijkt niet eenvoudig te zijn om effecten ná de behandeling in stand te houden. De tijdsperiode tussen één en twee jaar na ontslag is hierbij een kritieke periode.

Studie	Meta-analyse (M) of review (R)	Aantal studies in de meta-analyse of review	Onderzochte interventie(s)	Uitkomst
Lyman en Campbell, 1996	R	8 meta-analyses 7 overzichtstudies (o.a. Pfeiffer & Strzelecki, 1990) 28 primaire studies	Intramurale en residentiële behandeling	Een gedragsmatige benadering in residentiële behandeling is effectiever dan benaderingen die nadruk leggen op intrapsychische interventies. Uitkomsten op korte termijn zijn gunstiger dan lange termijn uitkomsten.
Department of Health, 1998	R	12 primaire studies	Residentiële settings	Een 'goede' residentiële instelling lijkt te voldoen aan een aantal criteria zoals een duidelijke visie van het hoofd van de instelling op wat het tehuis wil bereiken en hoe, en een overeenstemming tussen hulpverlenend personeel over de uitvoering van de zorg.
Lipsey en Wilson, 1998	M	200 primaire studies	Ambulante en (semi-) residentiële interventies	Een gemiddelde afname van recidive van 12%. Gemiddelde effectscores van ambulante en residentiële interventies zijn vrijwel gelijk. Bij de beste drie ambulante en beste twee residentiële interventies komt de afname van delictgedrag op bijna 40%. Individueel gerichte interventies hebben betere resultaten dan groepsinterventies.
Boendermaker, 1999	R	10 overzichtstudies (waaronder Pfeiffer & Strzelecki, 1990; Lyman & Campbell, 1996; Lipsey & Wilson, 1998), waaronder 1 Nederlandse (Van Gageldonk & Bartels, 1990)	Residentiële en niet-residentiële behandeling, interventies gericht op delinquent en antisociaal gedrag, ook behandeling in psychiatrische klinieken	De meest effectieve programma's bij jeugdige delinquenten zijn die: waarin vaardigheden worden aangeleerd en gebruik gemaakt wordt van gedragstherapeutische en cognitief-gedragstherapeutische principes; waarbij gezin en sociale omgeving worden betrokken; die goed georganiseerd zijn; die intensief zijn; die theoretisch gefundeerd zijn.
Blanz en Schmidt, 2000	R	3 overzichtstudies (waaronder Pfeiffer & Strzelecki, 1990) 10 primaire studies	Intramurale psychiatrische behandeling	Voortijdig vertrek wordt niet gerapporteerd in studies naar uitkomsten van psychiatrische zorg. Psychiatrische opname kan voordelen hebben, vooral als aan bepaalde voorwaarden van behandeling (bijvoorbeeld een goede therapeutische relatie) wordt voldaan en er nazorg beschikbaar is.
Bartels, Schuurisma en Slot, 2001	R	4 internationale overzichtsstudies (o.a. Lipsey & Wilson, 1998) 1 Nederlandse overzichtsstudie (Van Gageldonk & Bartels, 1990). Hier alleen overige 3 internationale studies besproken	Interventies voor jonge delinquenten en gedrags-gestoorde jeugdigen en veelbelovende behandelingsvormen (vaardigheidstrainingen, PMT, FFT en MST)	Jeugdigen met de meeste problemen zijn het minst ontvankelijk voor de behandeling en hebben de slechtste prognoses op de lange termijn. Veelbelovende interventies ³⁶ zijn cognitieve probleemoplossende vaardigheidstrainingen, oudertrainingen (PMT), functionele gezinstherapie (FFT) en multisysteemtherapie (MST).
Van der Laan, 2001	R	1 meta-analyse (Lipsey & Wilson, 1998) 5 primaire studies. Hier alleen 5 primaire studies besproken	Politiële en justitiële interventies	Alle auteurs van de studies benadrukken het belang van een aanpak die gericht is op meerdere facetten (multimodaal) en die daarbij diverse interventievormen (multimethode) hanteert.

³⁶ Veelbelovende behandelingen zijn gebaseerd op vier indicatoren: 1) conceptuele onderbouwing, 2) fundamenteel onderzoek, 3) voorlopige bewijzen van het resultaat en 4) de relatie tussen het veranderingsproces en het resultaat.

Studie	Meta-analyse (M) of review (R)	Aantal studies in de meta-analyse of review	Onderzochte interventie(s)	Uitkomst
Frensch en Cameron, 2002	R	15 primaire studies	Residentiële groepstehuizen en residentiële behandelcentra	Er komen gemengde resultaten naar voren. De betrokkenheid van ouders en steun van het gezin tijdens de behandeling is gerelateerd aan verbetering van de jeugdige in de behandeling en succesvolle aanpassing na ontslag.
Grietens, 2002	M	5 meta-analyses, waaronder Lipsey & Wilson (1998)	Residentiële behandeling	Residentiële behandeling van delinquente jeugdigen leidt tot een gemiddelde reductie in recidive van ongeveer 9%.
Epstein, 2004	R	11 overzichtstudies 42 primaire studies	Intramurale psychiatrische en residentiële behandeling	De meeste jeugdigen met emotionele problemen verbeteren, maar veel ook niet. De aanpassing na vertrek is minder gerelateerd aan veranderingen tijdens de behandeling dan de stabiliteit van de omgeving na vertrek.
Hair, 2005	R	18 primaire studies	Residentiële behandeling	Jeugdigen met ernstige problemen kunnen voordeel en positieve resultaten hebben van residentiële behandeling die multimodaal is, holistisch is en ecologisch wat betreft de aanpak. Residentiële behandeling waarbij het gezin betrokken wordt en waarbij een combinatie is met nazorg hangt samen met succes na ontslag.
Little e.a., 2005	R	29 primaire studies	Residentiële zorg	Het bewijs voor verbetering tijdens en vlak na plaatsing is deels positief. De voordelen op de lange termijn zijn in weinig studies aangetoond. Er zijn verschillende voorspellers voor succes zoals een hoog IQ, geringe ernst van de problemen en een hoge mate van gezinsstabiliteit bij de jeugdigen.
Harder e.a., 2006	M	27 primaire studies	Residentiële zorg	De gemiddelde effectgrootte voor de invloed van residentiële jeugdzorg op algemeen probleemgedrag én op externaliserend probleemgedrag van jeugdigen is (op basis van 17 studies) + 0.60.
Johnson e.a., 2006	R	29 primaire studies	Residentiële zorg	Jonge kinderen die geplaatst worden in residentiële zorg hebben risico op schade in termen van hechtingstoornissen en ontwikkelingsachterstanden. Resultaten wijzen erop dat een gebrek aan een 1 op 1 relatie met een primaire verzorger een belangrijke oorzaak is.

Wat weten we hiermee?

Het functioneren verbetert bij sommige jeugdigen (Frensch & Cameron, 2002), bij sommigen is er geen verbetering en een klein percentage gaat erop achteruit (Curry, 1991). Uit overzichtstudies komt verder naar voren dat het niet eenvoudig is om positieve resultaten ná de behandeling in stand te houden. Uitkomsten van residentiële zorg zijn op de korte termijn gunstiger dan die op de langere termijn. Volgens Scherrer (1994) is de tijdsperiode tussen één en twee jaar na ontslag hierbij een kritieke periode. Er is dikwijls sprake van een positieve verandering tijdens de behandeling, maar een verandering *tijdens* het verblijf in de instelling voorspelt niet vanzelfsprekend het behoud van veranderingen *na* de residentiële

behandeling. In de studie van Curry (1991) kon de mate van aanpassing na vertrek bijvoorbeeld niet voorspeld worden door de aanpassing tijdens de daarvóór doorlopen behandeling, maar wel door de mate van steun en continuïteit in belangrijke relaties ná vertrek.

Er blijkt, net als in Nederlands onderzoek, over het algemeen weinig afname in delinquent gedrag op te treden bij jeugdigen die om deze reden zijn opgenomen (Frensch & Cameron, 2002). Uit een overzicht van vijf meta-analyses naar de effectiviteit van residentiële behandeling voor jeugdige delinquenten blijkt deze behandeling te leiden tot een gemiddelde afname in recidive van ongeveer 9% (Grietens, 2002). In de andere statistische meta-analyse naar effecten van residentiële en niet-residentiële interventies voor ernstige en gewelddadige jeugddelinquenten is een gemiddelde afname in recidive gevonden van 12%. De gemiddelde effectscores van ambulante en residentiële interventies zijn hierbij vrijwel gelijk (Lipsey & Wilson, 1998).

Er is weinig onderzoek gedaan naar de invloed van residentiële interventies op het functioneren van het gezin tijdens en/of na residentiële opname van de jeugdige. Ongunstige gezinsomstandigheden blijken tijdens de opname van jeugdigen minder te veranderen dan de symptomen van de jeugdigen (Blanz & Schmidt, 2000).

Elementen die de kans op het behalen van een positief resultaat bij opgenomen jeugdigen niet bevorderen zijn ernstige pathologie bij de ouders en/of in het gezin, een slecht functioneren van het gezin op basis van middelenmisbruik van de ouders, kindermisbruik of mishandeling, of eerdere behandeling van één van de ouders in een psychiatrisch ziekenhuis (Blanz & Schmidt, 2000). Jeugdigen met relatief sterke sociale en emotionele ondersteuning profiteren het meest van de behandeling, terwijl jeugdigen met 'moeilijk' gedrag en zwakkere inter-persoonlijke relaties dat minder goed doen.

Een hogere intelligentie bij de jeugdige wordt in verschillende studies genoemd als kenmerk van jeugdigen dat van invloed is op een grotere effectiviteit van residentiële behandeling (Blanz & Schmidt, 2000; Cornsweet, 1990; Epstein, 2004; Lyman & Campbell, 1996; Scherrer, 1994). In één studie kon het behaalde resultaat echter niet goed voorspeld worden op basis van de mate van intelligentie (Pfeiffer & Strzelecki, 1990).

Gezondere jeugdigen reageren beter op de residentiële zorg dan minder gezonde jeugdigen. De ernst van de psychopathologie, de mate van organiciteit, de mate van erfelijke pathologie en de aanwezigheid van antisociale kenmerken lijken gekoppeld te zijn aan een negatieve uitkomst (Pfeiffer & Strzelecki, 1990). Volgens Lyman en Campbell (1996) hangt een positieve behandeluitkomst samen met afwezigheid van psychotisch of delinquent gedrag. De kindfactoren die volgens Epstein (2004) het meest sterk samenhangen met positieve uitkomsten zijn onder andere minder ernstige psychopathologie bij opname en afwezigheid van antisociaal gedrag. Uit de studies van Cornsweet (1990) en Blanz en Schmidt (2000) komt naar voren dat een beter resultaat samenhangt met niet-psychotische en niet-organische diagnoses, afwezig zijn van bizar of antisociaal gedrag en een relatief gezond gezin.

Andere kindfactoren die samenhangen met positieve uitkomsten zijn een jongere leeftijd bij opname (Epstein, 2004) en een latere aanvang van symptomen (Blanz & Schmidt, 2000). Vooral bij jeugdigen met een lange hulpverleningsgeschiedenis is er sprake van hardnekkige problematiek (Boendermaker e.a., 2003). Bij jeugdigen met diagnoses als angststoornissen, depressies en aanpassingsstoornissen zijn er volgens Cornsweet (1990) de meest succesvolle resultaten. Er is minder succes bij jeugdigen met gedragstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornissen (Cornsweet, 1990).

Vanwege het feit dat de interventies zelf niet altijd goed beschreven zijn, is het niet goed mogelijk om een relatie te leggen tussen de veranderingen in problematiek én de residentiële interventies. Het is wenselijk

dat de kwaliteit van het onderzoek wordt vergroot door de onderzochte interventies beter in kaart te brengen.

Ondanks de gebrekkige informatie over de uitgevoerde residentiële interventies komen er uit de literatuur verschillende kenmerken van de hulpverlening naar voren die de effectiviteit kunnen vergroten. Deelname aan een nazorgprogramma in de behandeling komt uit veel studies naar voren als een kenmerk van effectiviteit (Blanz & Schmidt, 2000; Cornsweet, 1991; Curry, 1991; Epstein, 2004; Lyman & Campbell, 1996; Pfeiffer & Strzelecki, 1990). Naar de effecten van nazorg is echter weinig onderzoek gedaan (Harder e.a., 2006) en het is wenselijk dat daar meer aandacht voor komt.

Verder zijn de omgeving waar de jeugdige na vertrek naartoe gaat en de mate van betrokkenheid van het gezin tijdens de behandeling van invloed op betere resultaten. Een positieve behandeluitkomst lijkt samen te hangen met meer ouderlijke betrokkenheid bij de behandeling (Lyman & Campbell, 1996). Aangezien het betrekken van de context van belang kan zijn voor de effectiviteit van de behandeling, is het van belang dat hier, zowel in onderzoek als in de praktijk, meer aandacht voor komt.

Volgens Bartels e.a. (2001) zijn er overtuigende bevindingen met betrekking tot de effectiviteit van interventies, zoals structuurbiedende vaardigheidstrainingen, gedragstherapeutische interventies, gezins- of systeemgerichte interventies en multimodale interventies. Uit de meta-analyse van Harder e.a. (2006) komt naar voren dat vooral gedragsmodificatie- en gezinsgerichte componenten in het hulparrangement lijken bij te dragen aan positieve uitkomsten. Residentiële zorg lijkt bij dezelfde problematische doelgroep betere resultaten te boeken dan behandeling in de thuissituatie. Specifieke trainingen, gericht op sociaal-cognitieve en sociaal-emotionele competenties van jeugdigen, kunnen zorgen voor versterking van een behandel-effect.

5 Internationale studies naar de effectiviteit van pleegzorg

Er zijn acht internationale studies naar de uitkomsten van pleegzorg gevonden. Eén van deze studies kan gezien worden als een meta-analyse, de rest van de studies betreft een overzichtstudie of review. De studies zijn uitgevoerd van 1994 tot en met 2005. Het aantal primaire studies dat in de studies is opgenomen loopt van 2 tot 40.

De kwaliteit van de studies kan net als bij de creatieve therapie en residentiële zorg onder andere beoordeeld worden op basis van de mate waarin in de oorspronkelijke studies de onderzochte interventies helder beschreven worden. Er wordt ook hier bij de pleegzorgstudies geregeld niet nader toegelicht waar de onderzochte interventies inhoudelijk uit bestaan en de interventie wordt soms niet of slechts heel globaal beschreven. Voor een belangrijk deel blijkt het ontbreken van informatie in de overzichtsstudies te worden veroorzaakt door de gebrekkige informatie in de primaire studies. Zo geven Reddy en Pfeiffer (1997) aan dat er in 62% van de primaire studies in hun studie informatie is over de beschikbare interventies.

De gebruikte uitkomstmaten worden vaak niet duidelijk toegelicht. Ze worden door elkaar heen gebruikt en regelmatig wordt er gesproken over 'outcome' in het algemeen. In de meta-analyse van Reddy en Pfeiffer (1997) worden de uitkomstmaten geclusterd op basis van vijf uitkomstmaten. Zij vonden dat de stabiliteit van de plaatsing de meest gebruikte uitkomstmaat was.

Vijf van de acht studies zijn gericht op therapeutische pleegzorg. Therapeutische pleegzorg heeft een aantal kenmerken, namelijk:

1. de pleegouders zijn professionals (getraind in behandelingsvaardigheden);
2. de pleegouders krijgen professionele en emotionele begeleiding;
3. er worden slechts één of hooguit twee kinderen in een gezin geplaatst;
4. de begeleiders of casemanagers hebben een kleine caseload en coördineren de hulp aan het kind;
5. de pleegouders voeren het behandelplan van het kind uit;
6. er is aandacht voor de opleiding van het kind;
7. er is 24 uur per dag crisisinterventie beschikbaar (Curtis e.a., 2001).

Daarnaast komt multidimensionele pleegzorg als vorm van pleegzorg naar voren. Multidimensionele pleegzorg werkt met een model dat gebaseerd is op de sociale leertheorie en nieuw gedrag wordt in deze vorm van behandeling geleerd door middel van 'in vivo' ervaringen. Dit type pleegzorg bestaat onder andere uit intensieve, dagelijkse ondersteuning en zorgvuldig begeleide interventies die plaatsvinden in een relatief niet-restrictieve, gezinsgerichte en 'community-based' omgeving (Chamberlain & Smith, 2002).

In tabel 7 zijn de internationale overzichtsstudies naar de uitkomsten van pleegzorg weergegeven. Zie voor een uitgebreidere weergave de tabellen in bijlage 2.1.

Tabel 7. Internationale overzichtsstudies resultaten pleegzorg (N=8)

Studie	Meta-analyse of review	Aantal studies in de meta-analyse of review	Onderzochte interventie(s)	Uitkomst
Hudson, Nutter en Galaway, 1994	R	11	Therapeutische pleegzorg	Jeugdigen vertonen positieve veranderingen tijdens de behandeling en de meeste plaatsingen worden beëindigd volgens plan. Jeugdigen doen het na ontslag beter in vergelijking met jeugdigen uit andere settings.
Reddy en Pfeiffer, 1997	M	40	Therapeutische pleegzorg	Therapeutische pleegzorg heeft een groot positief effect op de sociale vaardigheden van de jeugdigen en het vergroten van de stabiliteit van de plaatsing.
Minty, 1999	R	31	Langdurige pleegzorg	De stabiliteit van een langdurige plaatsing is afhankelijk van factoren zoals met name leeftijd, de moeilijkheid van de jeugdigen en de leeftijd van andere jeugdigen in het pleeggezin. Een vroege opname en een later ontslag hangen beide samen met betere uitkomsten, net als de afwezigheid van ernstige gedragsproblemen bij de pleegkinderen.
Redding, Fried en Britner, 2000	R	11	Therapeutische pleegzorg	De betere uitkomsten worden bereikt met een autoritatieve, sensitieve opvoedingstijl, een hogere mate van steun en goed omschreven behandelmodellen. Therapeutische pleegzorg werkt als alle betrokken partijen zich gesteund voelen en inspraak hebben, er een duidelijk plan is voor een stabiele plaatsing en terugkeer naar het biologische gezin, er een goede match is tussen pleegkind en -gezin en er voldoende training en voorbereiding voor de pleegouders is.
Curtis, Alexander en Lunghofer, 2001	R	4	Therapeutische pleegzorg en residentiële zorg	De studies laten een gemengd beeld zien. Uit één studie komt naar voren dat jeugdigen in therapeutische pleegzorg het beter doen dan jeugdigen in residentiële zorg en uit twee studies komt er weinig verschil naar voren wat betreft de uitkomsten van beide zorgtypen.
Chamberlain en Smith, 2002	R	2	Multidimensionele therapeutische pleegzorg	Uit een aantal studies bij jeugdige delinquenten blijken positieve resultaten naar voren te komen, zoals het verminderen van antisociaal gedrag en een afname van de associatie met delinquenten leeftijdgenoten.
Maluccio, 2003	R	10	Pleegzorg	De bevindingen in de studies laten een gemengd beeld zien en zijn soms tegenstrijdig.
Racusin, Maerlender, Sengupta, Isquith en Straus, 2005	R	37	Pleegzorg, waaronder therapeutische pleegzorg en multidimensionele therapeutische pleegzorg	Therapeutische pleegzorg lijkt betere uitkomsten te hebben dan standaard pleegzorg.

Wat weten we hiermee?

Uit het internationale onderzoek naar uitkomsten van pleegzorg komt naar voren dat jeugdigen positieve verandering laten zien tijdens het verblijf in een pleeggezin, maar dat niet alle jeugdigen positieve veranderingen vertonen. Reddy en Pfeiffer (1997) geven aan dat therapeutische pleegzorg een groot positief effect op de sociale vaardigheden van de jeugdigen en op een vergroting van de stabiliteit van de

plaatsing. Therapeutische pleegzorg heeft een matig positief effect op de afname van gedragsproblemen, het vergroten van het psychologische aanpassingsvermogen van de jeugdigen en het verminderen van geslotenheid ('restrictiveness') van vervolgsituaties na vertrek (Reddy & Pfeiffer, 1997).

Therapeutische pleegzorg lijkt betere uitkomsten te hebben dan de 'standaard' pleegzorg. Bij therapeutische pleegzorg is er een licht positief effect op delinquent gedrag (Reddy & Pfeiffer, 1997). Met multidimensionale pleegzorg zijn er positieve resultaten geboekt bij jeugdige delinquenten (Chamberlain & Smith, 2002).

De stabiliteit van de pleegzorgplaatsing blijkt afhankelijk te zijn van bijvoorbeeld de 'moeilijkheid' van de jeugdigen. Uit de literatuur komt naar voren dat er een hoge mate van uitval van jeugdigen in de pleegzorg is. Minty (1999) geeft bijvoorbeeld op basis van studies uit de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw aan dat 40 tot 50% van de plaatsingen in vijf jaar tijd voortijdig wordt afgebroken. Volgens de auteur is de mate van voortijdige uitval sindsdien niet verbeterd. Bij therapeutische pleegzorg lijken de resultaten wat betreft voortijdige uitval positiever te zijn. Hudson e.a. (1994) geven over therapeutische pleegzorg aan dat de meeste plaatsingen volgens plan worden beëindigd.

Het is niet duidelijk of therapeutische pleegzorg betere uitkomsten heeft dan residentiële zorg. Wel wordt in diverse studies genoemd dat pleegzorg minder kosten met zich meebrengt dan alternatieve vormen van hulp, waaronder residentiële zorg. Betere uitkomsten van pleegzorg lijken onder andere samen te hangen met opname op jonge leeftijd, de aanwezigheid van minder problemen en de afwezigheid van ernstige gedragsproblemen bij de pleegkinderen.

Vanwege het feit dat de interventies zelf niet altijd goed beschreven zijn, is het net als bij residentiële zorg niet goed mogelijk om een relatie te leggen tussen de veranderingen in problematiek én de pleegzorg. Desondanks komen er uit de literatuur verschillende specifieke kenmerken van de hulpverlening naar voren die de effectiviteit van pleegzorg kunnen vergroten. Een betere uitkomst van pleegzorg blijkt onder andere samen te hangen met een lang verblijf, goede verhoudingen van de jeugdige met het pleeggezin en betrokkenheid van de pleegouders in de behandeling.

6 Conclusie

In dit tweede deel van het rapport is op basis van de internationale literatuur een antwoord gezocht op de centrale vragen van deze programmeringsstudie: welke interventies zijn er voor de jeugdzorg 'in beeld', welke kennis is er beschikbaar over de (kosten)effectiviteit van deze interventies en welke lacunes en tegenstrijdigheden vertoont de kennis? Er blijkt in de internationale literatuur enorm veel materiaal voorhanden over interventies op het terrein van de jeugdzorg. Er zijn vooral veel reviews verschenen waarin de effectiviteit van interventies besproken wordt: 70% van de studies bespreken van onderzoek en 30% van de studies bevat een analyse van materiaal uit eerdere studies (meta-analyse). Hierbij moeten we aantekenen dat deze conclusie gebaseerd is op de abstracts van de verzamelde studies. We hebben slechts een deel van het verzamelde materiaal inhoudelijk kunnen bekijken en in die gevallen kwam het voor dat op basis van de totaal of het abstract de studie ingedeeld was bij de meta-analyses, terwijl het bleek te gaan om een review. Wellicht is het aandeel van de reviews dus (nog) groter.

Over wat voor interventies is er kennis beschikbaar?

De interventies die 'in beeld' zijn, zijn vooral interventies die gericht zijn op jongeren zelf. In maar 20% van de gevallen zijn de onderzochte interventies gericht op de ouders en/of het gezin.

De onderzochte interventies voor jongeren betreffen vooral de toediening van medicatie, cognitieve gedragstherapie en vaardigheidstraining. Toepassing van deze interventies is vooral onderzocht bij jongeren met ADHD en angst- en stemmingsstoornissen (medicatie), ernstige gedragsproblemen en angst- en stemmingsstoornissen (cognitieve gedragstherapie) en autisme en gedragsproblemen (vaardigheidstraining).

Interventies voor ouders, betreffen oudertraining en therapie (vaak niet nader gedefinieerd). Deze worden vooral onderzocht bij ouders van jongeren met (al dan niet ernstige) gedragsproblemen, en gezinsproblemen. Gezinstherapie wordt vooral onderzocht bij ouders van kinderen met eetproblemen. Er is opmerkelijk weinig onderzoek beschikbaar naar in ons land veel toegepaste interventies als residentiële jeugdzorg, pleegzorg en creatieve therapie.

Het meeste onderzoek wordt gedaan naar jongeren met de diverse vormen van gedragsstoornissen (met de nadruk op ernstig antisociaal en delinquent gedrag en ADHD) en angst en stemmingsstoornissen (met de nadruk op depressie). Er is een behoorlijk aantal studies naar interventies bij kindermishandeling (24 studies, net zoveel als naar angststoornissen) en middelenmisbruik.

De onderzoeks aandacht gaat minder uit naar lichamelijke problemen, ontwikkelingsproblemen, milde gedragsproblemen en opvoedingsproblemen zonder dat er sprake is van ernstig antisociaal en delinquent gedrag. Ook de wat 'mildere' internaliserende problemen, zoals de gevolgen van gepest worden, teruggetrokkenheid en opstandigheid komen minder aan de orde. Het kan zijn dat dergelijke studies meer gevonden worden onder de noemer 'preventie' dan bij (geïndiceerde) interventies.

Welke kennis is er beschikbaar over de effectiviteit van interventies?

We hebben in dit tweede deelonderzoek slechts een globaal overzicht kunnen bieden van de onderzochte interventies en probleemgroepen. Daarnaast hebben we een kort overzicht gegeven van de beschikbare kennis op het terrein van drie veel toegepaste interventies in ons land: creatieve therapie, residentiële jeugdzorg en pleegzorg.

Op basis van het globale overzicht van onderzochte interventies en probleemgroepen kunnen we niet beoordelen voor welke doelgroepen welke interventie bruikbaar en effectief is.

Een punt dat bij het bepalen van de effectiviteit van groot belang is, is de kwaliteit van de gevonden studies. Omdat in de meta-analyses de gegevens uit eerdere studies gebruikt worden voor het berekenen van de (gemiddelde) effectgrootte, is de kwaliteit van de primaire studies die gebruikt worden van belang. Informatie hierover bepaalt de kwaliteit van de meta-analyse. In onze inventarisatie werd duidelijk dat slechts in een deel van de studies heldere informatie wordt verschaft op basis waarvan de kwaliteit beoordeeld kan worden. Zo bleek bij een nadere analyse van de meta-analyses en reviews over creatieve therapie de kwaliteit van de helft van het materiaal onvoldoende. Verder valt op dat studies over eenzelfde interventie of doelgroep, veelal gebruik maken van (deels) dezelfde bronnen. De uitkomsten lijken dan nieuw bewijs te leveren voor de werkzaamheid van de interventie, maar zijn in feite een herhaling van eerder werk. We hebben niet alle meta-analyses goed kunnen bekijken, maar uit de studies die we wel bekeken hebben bleek dat lang niet in alle gevallen voldaan werd aan enkele belangrijke eisen voor een goede studie, zoals: het verantwoorden van het zoeken naar literatuur, het vermelden van de in- en exclusiecriteria voor het opnemen van onderzoeken in de studie, het uitvoeren van statistisch juiste analyses en het baseren van de studie op onderzoeken waarin in een controlegroep of vergelijkingsgroep aanwezig is, dan wel een herhaalde $n=1$ studie verricht wordt (Konijn, 2003).

Creatieve therapie wordt in ons land veel toegepast, o.a. bij kinderen met ervaringen van kindermishandeling en misbruik (Berger, Ten Berge & Geurts, 2004). Wat weten we over de effectiviteit van deze interventie op basis van de internationale literatuur?

Twee kwalitatief goede studies naar *muziektherapie* laten zien dat muziektherapie een klein effect heeft op de verbale vaardigheden van kinderen met een vorm van autisme, en een middelgroot effect op de non-verbale communicatie. Ook draagt muziektherapie bij aan de sociale en cognitieve vaardigheden van deze kinderen. Er zijn twee kwalitatief goede studies beschikbaar die zich op dezelfde primaire studies naar *speltherapie* baseren. Deze studies laten zien dat er bij kinderen met externaliserende en internaliserende problemen na toepassing van speltherapie sprake is van een verbetering in gedrag, sociale aanpassing en persoonlijkheid. Het gaat om een middelgroot effect. De non-directieve vorm van speltherapie heeft het beste resultaat, zeker als ouders betrokken zijn bij de uitvoering en er 35 tot 40 sessies gegeven worden.

In deel 1 hebben we gezien dat er maar één onderzoek is gedaan naar de uitkomsten van speltherapie en dat de uitkomsten daar positief waren. Dit Nederlandse onderzoek bevestigt de uitkomsten uit één goede meta-analyse op internationaal materiaal.

Al met al is er echter maar weinig bekend over de verschillende vormen van creatieve therapie en speltherapie bij kinderen. De gevonden studies gaan over kinderen met milde gedragsproblemen (de Nederlandse studie) of kinderen met (niet nader in ernst aangeduide) internaliserende en externaliserende problemen. Over toepassing bij andere problemen is geen (goede) informatie beschikbaar.

Uit twee (redelijk) goede studies naar het effect van muziektherapie op kinderen met een autistische stoornis blijkt dat muziektherapie de communicatieve vaardigheden helpt verbeteren. Ondanks de aanwezigheid van enkele goede studies is de informatie zeer beperkt. Meer duidelijkheid over de resultaten van deze veel toegepaste interventies is gewenst.

Over *residentiële interventies* zijn 19 overzichtsstudies gevonden, waaronder drie meta-analyses. Twee meta-analyses zijn specifiek gericht op het effect van residentiële hulp op recidive. We kunnen concluderen dat dat effect niet groot is (respectievelijk een gemiddelde recidivereductie van 9% en 12%). In één meta-analyse is naar breder gedefinieerde uitkomstmaten gekeken en wordt duidelijk dat de residentiële jeugdzorg een middelgroot positief effect heeft op algemeen probleemgedrag en externaliserend probleemgedrag van de opgenomen jongeren. De uitkomsten op langere termijn zijn beter als er sprake is van nazorg, en van betrokken ouders. De omgeving waarnaar jongeren terugkeren is dus van belang. Daarover is echter weinig onderzoek beschikbaar. Dit is ook het geval bij de inhoud van de residentiële zorg. Uit de meta-analyse van Harder e.a. (2006) blijkt dat vooral gedragsmodificatie en gezinsgerichte componenten in het totale residentiële hulpaanbod bij lijken te dragen aan positieve uitkomsten. Goede

informatie over de inhoud van het residentiële aanbod blijkt maar zeer beperkt beschikbaar in de primaire studies waarop de gevonden reviews en meta-analyses zijn gebaseerd. Ook in deel 1 hebben we geconstateerd dat de studies naar residentiële jeugdzorg onvoldoende informatie bieden over de inhoud van de interventies. Pas wanneer hier meting naar wordt verricht, is goed onderzoek mogelijk naar de effecten van de verschillende onderdelen van residentiële zorg.

Op het gebied van *pleegzorg* zijn 8 overzichtsstudies gevonden, waaronder één meta-analyse. Uit de meta-analyse blijkt dat therapeutische pleegzorg een groot positief effect heeft op de sociale vaardigheden van de geplaatste jeugdigen én op de stabiliteit van de plaatsing. Daarnaast werd een middelgroot positief effect gevonden op de afname van gedragsproblemen, het vergroten van het psychologisch aanpassingsvermogen van jeugdigen en het verminderen van de geslotenheid van vervolgplaatsingen na vertrek. Een klein effect werd vastgesteld voor het verminderen van delinquent gedrag. Al met al komt uit de pleegzorgstudies een positief beeld naar voren over de resultaten van pleegzorg, maar er blijkt niet dat de resultaten beter zijn dan bij residentiële zorg. Wel is duidelijk dat pleegzorg goedkoper is dan residentiële zorg.

Tot slot

Er is in de internationale literatuur enorm veel materiaal beschikbaar. Onze eerste analyse van dit materiaal geeft inzicht in de interventies en probleemgroepen waar informatie over is en maakt duidelijk dat de kwaliteit van het materiaal wisselend is. Voor kennis over de effectiviteit van interventies is het nodig het beschikbare materiaal grondig te analyseren.

Vanwege de hoeveelheid beschikbare informatie is een duidelijk focus daarin noodzakelijk.

Binnen het Nederlands Jeugdinstituut wordt met het project 'Wat Werkt' onder andere gewerkt aan het maken van een stand van zaken overzicht op basis van het beschikbare materiaal. Voor de onderzoeksprogrammering binnen het kennisprogramma Jeugd is het daarom van belang tot een goede afstemming van werkzaamheden op dit terrein te komen.

Literatuur bij deel 2

- Allin, H., Wathen, C. N., & MacMillan, H. (2005). Treatment of child neglect: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 497-504.
- Bartelink, C., & Boendermaker, L. (2006). *Creatieve therapie en speltherapie: wat weten we over de effectiviteit ervan?* (in voorbereiding)
- Bartels, A. A. J., Schuurisma, S., & Slot, N. W. (2001). Interventies. In: R. N. Loeber, W. Slot, & J. A. Sergeant (Red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie: Omvang, oorzaken en interventies* (pag. 291-318). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Behan, J., & Carr, A. (2000). Oppositional defiant disorder. In: A. Carr (Eds.) *What Works with children and adolescents? A critical reviews of psychological interventions with children, adolescents and their families* (pag. 102-130). London and New York: Routledge.
- Bekhoven, C. van, Boelhouwers, K., Bothof, A., Konijn, C., & Yperen, T. van (2000) *Intersectorale registratie van problematiek en resultaat in de jeugdzorg II. Over de invoering van de ISIS-tabellen 'Aard van de problematiek van cliënten' en 'Beëindiging van de zorg'.* Utrecht: Trimbos-instituut / NIZW Uitgeverij.
- Berger, M. A., Berge, I. J. ten, & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders.* Utrecht: NIZW Jeugd.
- Blanz, B., & Schmidt, M. H. (2000). Practitioner review: Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41*, 703-712.
- Boendermaker, L. (1999). *Justitiële behandelinrichtingen voor jeugdigen: Populatie en werkwijze.* Leuven/Apeldoorn: Garant (dissertatie).
- Boendermaker, L. (Red.) (2005). *De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen.* Utrecht: NIZW.
- Boendermaker, L., Veldt, M. C. van der, & Booy, Y. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg.* Utrecht: NIZW.
- Boendermaker, L., Lekkerkerker, L., Balledux, M., & H. Dries, (2006). *Lopend onderzoek naar interventies voor jeugd en opvoeding, overzicht van onderzoek opgenomen in de databank: Nederlands onderzoek op het terrein van jeugd en opvoeding. Stand van zaken op 15 november 2006.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bratton, S. C., Ray, D., & Rhine, T. (2005). The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research & Practice, 36*, 376-390.
- Brestan, E.V., & Eyberg, S. M., (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.
- Bullock, R., Little, M., & Millham, S. (1993). *Residential Care for Children: A review of the research.* London: HMSO.
- Chamberlain, P., & Smith, D. K. (2002). Antisocial behavior in children and adolescents: The Oregon multidimensional treatment foster care model. In: J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.) *Antisocial behavior in children and adolescents: a developmental analysis and model for intervention* (pag. 203-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power analysis for the behavioral sciences.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cornsweet, C. (1990). A review of research on hospital treatment of children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic, 54*, 64-77.
- Curry, J. F. (1991). Outcome research on residential treatment: Implications and suggested directions. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*, 348-357.

- Curtis, P. A., Alexander, G., & Lunghofer, L. A. (2001). A literature review comparing the outcomes of residential group care and therapeutic foster care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18, 377-392.
- Department of Health (1998). *Caring for children away from home: Messages from Research*. Chichester: Wiley and Sons.
- Epstein, R. A. (2004). Inpatient and residential treatment effects for children and adolescents: A review and critique. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 411-428.
- Frensch, K. M., & Cameron, G. (2002). Treatment of choice or a last resort? A review of residential mental health placements for children and youth. *Child and Youth Care Forum*, 31, 307-339.
- Gold, C., Voracek, M., & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45, 1054-1063.
- Gold, C., Wigram, T., & Elefant, C. (2006). Music therapy for autistic spectrum disorder (Review). *Cochrane collaboration*, 3.
- Goldstein, A. P. & B. Glick (1996). Aggression 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.
- Grietens, H. (2002). Evaluating the effects of residential treatment for juvenile offenders: A review of meta-analytic studies. *International Journal of Child and Family Welfare*, 5, 129-140.
- Hair, H. J. (2005). Outcomes of children and adolescents after residential treatment: A review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 551-575.
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Zandberg, Tj. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld: Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hudson, J., Nutter, R. W., & Galaway, B. (1994). Treatment foster care programs: A review of evaluation research and suggested directions. *Social Work Research*, 18, 198-210.
- Johnson, J., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence and Abuse*, 7, 34-60.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.
- Konijn, C. (2003). Effectieve interventies voor jeugdigen met ADHD. In: C. Konijn, (Red.). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Pag. 19-32. Utrecht: NIZW.
- Konijn, C. (2006). Overzicht therapeutische gezinsverpleging. Utrecht: NIZW (interne publicatie).
- Konijn, C., & Kroneman, M. (2003). Effectieve interventies bij jeugdigen met depressie. In: C. Konijn, (Red.). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Pag. 33-47. Utrecht: NIZW.
- Konijn, C., Boendermaker, L., Cavelaars, E., & Kroneman, M. (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Konijn, C., Cavelaars, E., & Boendermaker, L. (2003). Effectieve interventies bij jongens met een gedragsstoornis. In: C. Konijn, (Red.). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Pag. 48-63. Utrecht: NIZW.
- Laan, P. H. van der (2001). Politieke en justitiële interventies bij gewelddadig en ernstig delinquentie jeugdigen. In: R. N. Loeber, W. Slot & J. A. Sergeant (Red.). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie: Omvang, oorzaken en interventies* (Pag. 319-344). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD: richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos instituut.
- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly*, 14, 149-163.

- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In: R. Loeber & D. Farrington (Eds.). *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (Pag. 313-345). Thousand Oaks: Sage.
- Littell, J. H., Popa, M. & Forsythe, B. (2005). Multisystemic Therapy for social, emotional and behavioral problems in youth ages 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 4. Art.No: CD004797. DOI: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.
- Little, M., Kohm, A., & Thompson, R. (2005). The impact of residential placement on child development: research and policy implications. *International Journal of Social Welfare*, 14, 200-209.
- Lyman, R. D., & Campbell, N. R. (1996). *Treating children and adolescents in residential and inpatient settings*. Thousand Oaks: Sage.
- Maluccio, A. N. (2003). Processes and outcomes in family foster care: A selective North-American review. *International Journal of Child and Family Welfare*, 6(4), 133-140.
- Minty, B. (1999). Annotation: Outcomes in long-term foster family care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 991-999.
- Pfeiffer, S. I., & Strezelecki, S. C. (1990). In-patient treatment of children and adolescents, a review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 847-853.
- Racusin, R., Maerlender, A. C., Sengupta, A., Isquith, P. K., & Straus, M. B. (2005). Psychosocial treatment of children in foster care: A review. *Community Mental Health Journal*, 41, 199-221.
- Redding, R. E., Fried, C., & Britner, P. A. (2000). Predictors of placement outcomes in treatment foster care: Implications for foster parent selection and service delivery. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 425-447.
- Reddy, L. A., & Pfeiffer, S. I. (1997). Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 581-588.
- Ritter, M., & Graff Low, K. (1996). Effect of dance/movement therapy: a meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23, 249-260.
- Scherrer, J. L. (1994). *A meta-analysis of the effectiveness of residential treatment programs for children and adolescents*. PhD Thesis. Chicago: University of Illinois.
- Sonderregger, R., & Barrett, P. M. (2004). Assessment and treatment of ethnically diverse children and adolescents. In: P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Eds). *Handbook of interventions that work with children and adolescents. Prevention and treatment*. San Fransisco: Wiley.
- Treffers, F., & Rinne, M. (2005). SSRI's bij kinderen en adolescenten (1-4). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 247-288, 299-310.
- Whipple, J. (2004). Music in intervention for children adolescents with autism: a meta/analysis. *Journal of Music Therapy*, 41, 90-106.
- Wigram, T., & Gold, C. (2006). Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence. *Child: Care, Health and Development*, 32, 535-542.
- Yperen, T. A., van, Konijn, C., & Berge, I. ten (1999). *Ontwerp van een instrument voor de registratie van gewenste en uitgevoerde zorg. Beknopt verslag van een pilotstudie ten behoeve van de jeugdzorg in de provincie Gelderland*. Utrecht: NIZW / Trimbos instituut.

Deel 3

Kennis over instrumenten

Inhoud Deel 3

<i>Kennis over instrumenten in de jeugdzorg in Nederland.....</i>	<i>130</i>
1.1 Literatuurverkenning	130
1.2 Welke instrumenten zijn beschikbaar voor gebruik in de jeugdzorg	131
1.3 Kwaliteit van de gevonden instrumenten	137
1.4 Het gebruik van instrumenten in de praktijk.....	138
1.5 Conclusie en discussie	139
 <i>Gebruikte afkortingen van instrumenten</i>	<i>141</i>
 <i>Literatuur bij deel 3</i>	<i>145</i>

1 Kennis over instrumenten in de jeugdzorg in Nederland

In dit derde deel van de Programmeringsstudie Jeugdzorg, wordt conform de vraag van de commissie Jeugd i/o een overzicht geboden van de binnen de Nederlandse jeugdzorg beschikbare instrumenten voor signalering, diagnostiek en indicatiestelling.

Om dit overzicht te kunnen bieden is aangesloten bij de werkzaamheden die binnen NIZW Jeugd verricht worden rond het opzetten van de Databank Instrumenten Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden. Deze databank moet een overzicht (gaan) geven van alle beschikbare, Nederlandse instrumenten voor de jeugdzorg, jeugdwelzijn en aanpalende sectoren. Elk instrument wordt beschreven en ingedeeld naar type en onderwerp. In de toekomst zal waarschijnlijk een commissie uitspraken gaan doen over de bruikbaarheid en kwaliteit van de beschreven instrumenten. Deze databank zou bij moeten dragen aan de bekendheid van beschikbare instrumenten en zou kunnen uitwijzen voor welke doelgroepen en problemen er weinig tot geen bruikbare instrumenten beschikbaar zijn.

De inventarisatie die in het kader van de Programmeringsstudie Jeugd is verricht, betreft één onderdeel van het brede terrein waarop ten behoeve van de databank gewerkt wordt: de instrumenten in de *jeugdzorg*. De inventarisatie biedt een eerste verkenning van de aanwezige instrumenten.

Ten behoeve van deze inventarisatie gebruiken we de in de databank gehanteerde definitie van instrumenten: 'Instrumenten zijn hulpmiddelen die in het primaire proces worden gebruikt om gegevens te verzamelen, te ordenen en te analyseren, waarbij het voornaamste doel is beslissingen te ondersteunen'.

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de literatuurverkenning die ten behoeve van de inventarisatie verricht (1.1). Daarna komen in 1.2 de gevonden instrumenten aan de orde, geordend naar type instrument en naar het probleem of risico waar het instrument zich op richt. In 1.3 gaan we in op de kennis rond de kwaliteit van de gevonden instrumenten en in 1.4 komt het gebruik van de gevonden instrumenten aan de orde. In paragraaf 1.5 trekken we enkele conclusies over hetgeen we aan de hand van deze eerste inventarisatie weten over instrumenten in de jeugdzorg.

1.1 Literatuurverkenning

Om een overzicht te kunnen bieden van de instrumenten op het gebied van *Nederlandse* jeugdzorg beschikbaar zijn hebben we een literatuurverkenning verricht, waarin we ons hebben beperkt tot het Nederlandse taalgebied.

Zoekactie

Er is gezocht in Nederlandse catalogi en op Nederlandse (en Vlaamse) internetpagina's. De geraadpleegde catalogi zijn Picarta / NCC en de catalogus van NIZW jeugd. De daarbij gehanteerde zoektermen zijn: diagnostiek, screening, instrument*, vragenlijst*, meetinstrument*, indicatiestelling, al dan niet in combinatie met de termen jeugd* of jeugdzorg.

Daarnaast zijn de catalogi van de grotere testotheken van de universiteiten³⁷ doorzocht. In deze testotheken zijn vooral psychologische tests opgenomen, waaronder instrumenten die ingezet (kunnen) worden in de jeugdzorg en aanpalende werkvelden.

Naast catalogi en testotheken zijn ook diverse handboeken en internetpagina's (over diagnostiek en indicatiestelling) én protocollen voor de jeugdzorg doorgenomen. In deze publicaties staan vaak instrumenten genoemd die aangeraden worden voor het screenen of diagnosticeren van (specifieke)

³⁷ Universiteit Utrecht, Radboud Universiteit, Katholieke Universiteit Leuven, Vrije Universiteit, Universiteit Tilburg.

problematiek bij jeugdigen. Ook zijn overzichtspublicaties waarin instrumenten genoemd zijn, meegenomen in de inventarisatie, zoals het advies 'Helpen bij opgroeien en opvoeden' van de Inventgroep (2005).

Resultaten

De publicaties die gevonden werden zijn beoordeeld. Daarbij zijn dié publicaties geselecteerd waarin een instrument aan de orde kwam dat gebruikt wordt, of kán worden binnen de jeugdzorg of aanpalende werkvelden (kinderbescherming, opvoedingsondersteuning en jeugd-ggz).

De zoekactie heeft informatie opgeleverd over in totaal 162 instrumenten. In bijlage 3.1 is een korte beschrijving opgenomen van elk instrument. We pretenderen niet dat dit een uitputtende lijst is van alle instrumenten die beschikbaar en/of bruikbaar zijn in de Nederlandse jeugdzorg. We weten bijvoorbeeld uit onderzoek van Eijgenraam e.a. (2004) dat organisaties in de jeugdzorg vaak instrumenten gebruiken die in eigen beheer ontwikkeld zijn en waar geen publicaties over bestaan. Dergelijke instrumenten komen in deze eerste verkenning niet naar voren. Ook zijn er waarschijnlijk instrumenten die nog in ontwikkeling zijn en waarover nog niet gepubliceerd is, waar onderzoek naar loopt of die slechts eenmalig in onderzoek zijn gebruikt. Om informatie over dergelijke instrumenten te verzamelen is een uitgebreidere inventarisatie noodzakelijk.

1.2 Welke instrumenten zijn beschikbaar voor gebruik in de jeugdzorg

We geven in deze paragraaf een overzicht van de gevonden instrumenten door ze te ordenen naar type instrument (voor wat voor doel wordt het instrument gebruikt) en naar het soort probleem of risico dat met de instrumenten in kaart gebracht kan worden. Het lastige van een dergelijke ordening is, dat instrumenten vaak voor meerdere doelen en voor het in kaart brengen van diverse problemen of risico's gebruikt (kunnen) worden. We hebben de instrumenten telkens ondergebracht bij het doel of probleem/risico waarvoor het instrument volgens de ontwikkelaars het meest geschikt is, of waarvoor het instrument het meest gebruikt wordt. In bijlage 3.1 staan wel alle doeleinden per instrument vermeld.

De gevonden instrumenten naar type

We onderscheiden de volgende typen instrumenten:

- Instrumenten voor vroegtijdige signalering en *screening*.
Deze instrumenten worden gebruikt om een populatie te *screenen* op de aanwezigheid van risico's of problemen. De instrumenten worden ingezet zonder dat er al een signaal is dát er iets aan de hand is of als algemene screening bij aanmelding bij bv. Bureau Jeugdzorg.
- Instrumenten voor risicotaxatie.
Instrumenten voor risicotaxatie worden gebruikt bij individuele jeugdigen of gezinnen als er al een signaal is dat er problemen kunnen zijn. Ze zijn bedoeld om problemen en risicoscenario's te voorspellen aan de hand van risico- en protectieve factoren.
- Instrumenten voor diagnose- en indicatiestelling.
Deze instrumenten worden gebruikt om de problemen van jeugdigen in kaart te brengen, te beschrijven en te verklaren en om verandermogelijkheden te voorspellen. Deze worden dus ingezet als er al tekenen zijn dat er iets aan de hand is.
- Instrumenten voor effectmeting en evaluatie.
Instrumenten voor effectmeting en evaluatie meten of er veranderingen bij de jeugdige of gezin zijn opgetreden, of vragen naar de ervaringen van cliënten met de ontvangen zorg. Deze instrumenten zijn vaak dezelfde instrumenten als die voor diagnostiek worden ingezet.

In tabel 1 is een overzicht opgenomen van het aantal gevonden instrumenten per type. De tabel van bijlage 3.2 geeft een overzicht van de gevonden instrumenten per type.

Van de gevonden instrumenten zijn de meeste (92) primair bedoeld voor diagnostiek en indicatiestelling. Ze (kunnen) worden toegepast op cliënten die al bekend zijn bij de jeugdzorg om hun problematiek (beter) in kaart te brengen. Daarna komen de instrumenten voor vroegtijdige signalering en screening (52). Gezien de aard van deze instrumenten worden dit soort instrumenten vooral ingezet in de voorliggende voorzieningen van de jeugdzorg, zoals in het onderwijs en in de jeugdgezondheidszorg. De instrumenten waarvan uit de gevonden publicaties duidelijk wordt dat zij ook gebruikt worden in de jeugdzorg of daar geschikt voor zouden kunnen zijn, hebben we opgenomen in dit overzicht. Zo is bijvoorbeeld de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) van oorsprong een instrument voor het screenen van jeugdigen waarbij (nog) geen problemen zijn onderkend, maar dit instrument wordt ook ingezet in de jeugdzorg om de situatie van cliënten beter in kaart te brengen. Er zijn veel minder instrumenten bekend voor het taxeren van risicosituaties (16) of voor het evalueren van behandeling (9).

Tabel 1. Aantal gevonden instrumenten naar type instrument

	Aantal gevonden instrumenten
Diagnose en indicatiestelling	92
Vroegtijdige signalering en screening	52
Risicotaxatie	16
Effectmeting en evaluatie	9

De gevonden instrumenten naar probleem of risico

Er zijn instrumenten die zich richten op een breed scala van onderwerpen en daarmee bijvoorbeeld het gedrag of de leefsituatie van jeugdigen en gezinnen in kaart brengen. Andere instrumenten richten zich op het herkennen van specifieke problematiek. Het gaat dan om³⁸: gedragsproblemen, intra-psychische problemen, gezinsproblemen of problemen in de opvoeding, (intellectuele) vaardigheden, het functioneren van de jeugdige in zijn/haar sociale omgeving en (de benodigde) zorg of behandeling.

In tabel 2 geven we een overzicht van het aantal gevonden instrumenten geordend naar deze categorieën. De tabel in bijlage 3.3 geeft een overzicht van de instrumenten die binnen deze categorieën vallen.

Tabel 2. Gevonden instrumenten naar probleem of risico

	Aantal gevonden instrumenten
Psychische problemen of eigenschappen	62
Gezin(sproblemen) en opvoeding	31
Gedragsproblemen en probleemgedrag	28
(Intellectuele) vaardigheden	27
Sociaal functioneren	12
Zorg en behandeling	9
Algeheel of breed onderzoek	8

De meeste instrumenten die gevonden zijn, zijn bedoeld voor het signaleren of diagnosticeren van psychische problemen (62) of het in kaart brengen van (intra-) psychische kenmerken van jeugdigen. Zo zijn bijvoorbeeld de instrumenten die gebruikt worden bij het signaleren of de diagnostiek van autisme

³⁸ Indeling vrij naar Van der Ploeg (1999).

(AUTI-R, Autism Behavior Checklist en de ADI-R) en instrumenten die breed psychische problematiek diagnosticeren zoals de DSM-vragenlijst en de DISC.

Daarnaast zijn er een redelijk aantal instrumenten die zich richten op het gezin en de opvoeding (31), op het gedrag (28) en op de vaardigheden van jeugdigen (27), zoals intelligentietests. Minder instrumenten richten zich op het functioneren van de jeugdige in zijn sociale omgeving.

Negen instrumenten uit de inventarisatie hebben als onderwerp de hulpverlening. Deze instrumenten hebben veelal een evaluatief karakter. Tot slot zijn er nog acht instrumenten die zich op veel onderwerpen richten. Dit zijn instrumenten die tot doel hebben de situatie van jeugdigen in kaart te brengen of veel verschillende problemen kunnen signaleren.

De gevonden instrumenten geordend naar type én probleem of risico

Tot slot van onze ordening geven we in de onderstaande matrix een overzicht van de gevonden instrumenten, ingedeeld naar type en probleem of risico waarop het instrument zich richt. Voor de volledige namen van de instrumenten verwijzen we naar de lijst van gebruikte afkortingen, achterin dit derde deelrapport).

Tabel 3. Gevonden instrumenten naar type én probleem of risico

Probleem of risico \ Type	Vroegtijdige signalering en screening	Risicotaxatie	Diagnostiek en indicatiestelling	Effectmeting en evaluatie
Algemeen of breed onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ C-TRF ▪ CAFAS ▪ CBCL ▪ TRF 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ JIM ▪ KLAD ▪ RED-systeem ▪ VSPS 	
Gedrag en gedragsproblemen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASL ▪ ASO ▪ ATL ▪ BITSEA ▪ BPTV ▪ CBQ ▪ JVQ ▪ TVZ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BDHI-D ▪ EARL2oB ▪ ITSEA ▪ RISC ▪ SAVRY ▪ Signalerings-instrument 12- ▪ Signalerings-instrument 12+ ▪ SOG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AKGL ▪ CTRS ▪ GBG ▪ GBI ▪ PRTI ▪ SGZ ▪ STEP ▪ TVA ▪ VISK ▪ VOG ▪ YSR 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC
Psychische problemen of eigenschappen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASQ:SE ▪ ATC ▪ AUTI-R ▪ CDC ▪ CSI ▪ DPS-4 ▪ GBI ▪ BITSEA ▪ KIPPPI ▪ KIVPA ▪ LSPPK ▪ MASC ▪ NCKS ▪ NLD-schalen ▪ PSC ▪ PSYBOBA ▪ SDQ ▪ SIQ-Jr ▪ SPsy 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ITSEA ▪ STEP ▪ VVA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ ABV-K ▪ ADIKA ▪ ADI-R ▪ ADISC-C ▪ ADOS ▪ AQS ▪ AVL ▪ AVZ-R ▪ CARS ▪ CAS ▪ CASI ▪ CBSA ▪ CBSK ▪ CERQ ▪ CHAT ▪ DISC ▪ DISCO ▪ DSMD ▪ DSM-IV vragenlijst ▪ DVK ▪ FFPI ▪ KDS ▪ MAYSI-2 ▪ NPV-J ▪ PSWQ-C ▪ Reiss Screen ▪ SAFE ▪ SCARED ▪ SCAS ▪ SCICA ▪ SIDAC ▪ SPA-I ▪ STEP ▪ TSCC ▪ TSCYC ▪ UCL-A ▪ VAK ▪ VSP ▪ VvGK ▪ ZBV-K 	

Probleem of risico	Type	Vroegtijdige signalering en screening	Risicotaxatie	Diagnostiek en indicatiestelling	Effectmeting en evaluatie
Gezin en opvoeding		<ul style="list-style-type: none"> ▪ A-PARI ▪ BSS ▪ CTSPC ▪ FRT ▪ GSI ▪ GDS ▪ GEST ▪ KIPPPPI ▪ LGV ▪ Locus of Control Lijst ▪ NGT ▪ NVOS ▪ Ouder-schapsge-sprek ▪ PSI ▪ VGF ▪ VMG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AAPI ▪ CAPI ▪ CARE nl ▪ DFSI ▪ Schaal ernstige kindermishandeling ▪ SPUTOVAMO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GIOS ▪ GKS ▪ GSI ▪ LAGKO ▪ MOV/MOM ▪ NOSI ▪ PVL ▪ VGFO ▪ VGP ▪ VGP ▪ VOVO 	
(Intellectuele) vaardigheden		<ul style="list-style-type: none"> ▪ CCI ▪ GOS ▪ GROSS Vormbord ▪ NOK ▪ Raven PM 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ BOS ▪ CAS ▪ Denk 2.3 ▪ ESSEON ▪ GIOS ▪ GIT ▪ KABC ▪ KID-N ▪ LDT ▪ LEM ▪ MOS ▪ OKIV-R ▪ RAKIT ▪ SCVT ▪ SEV ▪ SON ▪ TVA ▪ Vineland-z ▪ VSVJ ▪ WAIS-III-NL ▪ WISC ▪ WPSSI -R 	
Sociaal functioneren		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASL ▪ CGAS ▪ DOS 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATC ▪ GBI ▪ IOA ▪ SAS-K ▪ SIG-A ▪ SIT ▪ SRZ ▪ TVA ▪ VSVJ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SIG-A
Zorg en behandeling				<ul style="list-style-type: none"> ▪ VOVG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ BESTE ▪ C-toets ▪ GAS ▪ GGZ Jeugd-thermometer ▪ KWAZOP ▪ MESSY ▪ SIG-A

Zoals we in de matrix kunnen zien en al eerder geconstateerd hebben, dienen de meeste instrumenten die bij deze inventarisatie zijn gevonden, een diagnostisch doel. Ook zijn er veel instrumenten die bedoeld zijn voor het signaleren en screenen van problemen. De risicotaxatie- en evaluatie-instrumenten zijn minder ruim vertegenwoordigd. Wel moet opgemerkt worden dat veel instrumenten die nu geplaatst zijn bij de diagnostische instrumenten na behandeling nogmaals ingezet worden om het verschil in de situatie van een jeugdige voor en na de behandeling te beoordelen en als zodanig ook als evaluatie-instrument ingezet worden.

De grootste groep instrumenten is gericht op het herkennen of diagnostiseren van psychische problematiek van jeugdigen. Om welke problematiek het hier specifiek gaat maakt deze tabel nog niet duidelijk. Een inventarisatie per probleem levert pas echt helder informatie op over de beschikbaarheid van instrumenten die op het desbetreffende probleem gericht zijn. Gezien het tijdsbestek waarin deze inventarisatie gedaan moest worden was het niet mogelijk dit verder uit te werken. Een dergelijke ordening zou een logische eerste vervolgstap zijn.

Ordening naar leeftijdsgroep

De commissie Jeugd i/o heeft ter afbakening van de programmeringsstudie een matrix opgesteld waarin de informatie uit de drie deelstudies geordend kan worden. Hierin is een ordening van de beschikbare

instrumenten per leeftijdsgroep opgenomen. Het blijkt echter lastig de gevonden instrumenten in te delen naar leeftijdsgroep. Veel instrumenten zijn geschikt voor verschillende leeftijdsgroepen tegelijkertijd en komen in een dergelijke ordening 'dubbel' in de matrix terecht (tabel 4). Vooral de diagnostische instrumenten zijn voor kinderen in de basisschoolleeftijd en voor adolescenten ruim vertegenwoordigd (57). De matrix laat ons echter niet zien of voor elk probleem dat bij een bepaalde leeftijdsgroep hoort ook een instrument, dat helpt het probleem te signaleren of te diagnosticeren, beschikbaar is. Een overzicht van instrumenten per probleemgebied of zelfs naar specifiek probleem zou hier meer duidelijkheid over moeten geven. Net als de hierboven genoemde ordening naar specifiek probleem, is deze ordening door gebrek aan tijd niet uitgewerkt in deze inventarisatie en zou dit meegenomen moeten worden in de vervolgstappen van dit onderzoek.

Tabel 4: Indeling van de gevonden instrumenten naar type en leeftijdsgroep.

	Vroegtijdige signalering en screening	Risicotaxatie	Diagnostiek en indicatiestelling	Effectmeting en evaluatie
Zwangerschap en babytijd (-9 maanden tot 1 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASQ:SE ▪ BPTV ▪ CTSPC ▪ DOS ▪ PSI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAPI ▪ CARE nl ▪ DFSI ▪ Schaal ernstige kindermishandeling ▪ STEP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BOS ▪ CHAT ▪ DISCO ▪ JIM ▪ KID-N ▪ RED ▪ STEP ▪ Vineland-z ▪ VSP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BESTE
Peutertijd (1 tot 4 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASQ:SE ▪ AUTI-R ▪ BPTV ▪ CBCL ▪ CBQ ▪ CSI ▪ C-TRF ▪ CTSPC ▪ DOS ▪ GOS ▪ GROSS vormbord ▪ BITSEA ▪ KIPPPPI ▪ Locus of Control Lijst ▪ NCKS ▪ NVOS ▪ PSC ▪ PSI ▪ VMG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAPI ▪ CARE nl ▪ ITSEA ▪ Schaal ernstige kindermishandeling ▪ STEP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ ADI-R ▪ ADOS ▪ AQS ▪ AVZ-R ▪ BOS ▪ CARS ▪ CHAT ▪ CSBI ▪ DISCO ▪ JIM ▪ KABC ▪ LAGKO ▪ MOS ▪ PRTI ▪ RED ▪ SCVT ▪ SON ▪ STEP ▪ TSCYC ▪ Vi-neland-z ▪ VSP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BESTE
Kleutertijd (4 tot 6 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASQ:SE ▪ AUTI-R ▪ CBCL ▪ CBQ ▪ CDC ▪ CSI ▪ CTSPC ▪ DOS ▪ FRT ▪ GROSS vormbord ▪ KIPPPPI ▪ LSPPK ▪ NCKS ▪ NOK ▪ NVOS ▪ PSC ▪ PSI ▪ SDQ ▪ SPsy ▪ TRF ▪ VMG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAPI ▪ CARE nl ▪ STEP ▪ VVA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ ADI-R ▪ ADOS ▪ AVL ▪ AVZ-R ▪ CARS ▪ CAS ▪ CSBI ▪ DISCO ▪ DSMD ▪ JIM ▪ KABC ▪ LAGKO ▪ LDT ▪ MOS ▪ NOSI ▪ PRTI ▪ RAKIT ▪ STEP ▪ RED ▪ SCVT ▪ SEV ▪ SGZ ▪ SON ▪ SRZ ▪ TSCYC ▪ Vine-land-z ▪ VISK ▪ WPPSI-R 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BESTE

	Vroegtijdige signalering en screening	Risicotaxatie	Diagnostiek en indicatiestelling	Effectmeting en evaluatie
Scholieren (basisschool) (6 tot 12 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASL ▪ ASO ▪ AUTI-R ▪ CBCL ▪ CCI ▪ CDC ▪ CSI ▪ CTSPC ▪ DPS-4 ▪ FRT ▪ JVQ ▪ MASC ▪ NCKS ▪ NGT ▪ NLD-schalen ▪ NVOS ▪ PSC ▪ PSI ▪ PSYBOBA ▪ Raven PM ▪ SDQ ▪ SIQ-jr ▪ SPsy ▪ TRF ▪ TVZ ▪ VMG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAPI ▪ CARE nl ▪ EARL20B ▪ Signalerings-instrument 12- ▪ SOG ▪ STEP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ ABV-K ▪ ADIKA ▪ ADI-R ▪ ADISC-C ▪ ADOS ▪ AKGL ▪ AVL ▪ AVZ-R ▪ CARS ▪ CAS ▪ CBSK ▪ CSBI ▪ CTRS ▪ Denk 2.3 ▪ DISC ▪ DISCO ▪ DSMD ▪ DSM-IV Vragenlijst ▪ DVK ▪ GBG ▪ GBI ▪ JIM ▪ KABC ▪ KDS ▪ LAGKO ▪ LDT ▪ LEM ▪ MOS ▪ MOV/MOM ▪ NOSI ▪ NPV-J ▪ OKIV-R ▪ RAKIT ▪ RED ▪ SAS-K ▪ SCARE D ▪ SCAS ▪ SCICA ▪ SCVT ▪ SEV ▪ SGZ ▪ SIDAC ▪ SIT ▪ SON ▪ SRZ ▪ STEP ▪ TSCC ▪ TSCYC ▪ VAK ▪ Vinelan d-z ▪ VISK ▪ VSPS ▪ VSVJ ▪ WPPSI-R ▪ YSR ▪ ZBV-K 	BESTE
Pubers (13 tot 18jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASL ▪ ATC ▪ ATL ▪ CBCL ▪ CDC ▪ CSI ▪ CTSPC ▪ DPS-4 ▪ GBI ▪ GDS ▪ JVQ ▪ KIVPA ▪ LGV ▪ MASC ▪ NCKS ▪ NVOS ▪ PSC ▪ Raven PM ▪ SDQ ▪ SIQ-jr ▪ SPsy ▪ TRF ▪ TVZ ▪ VMG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AAPI ▪ BDHI-D ▪ CAPI ▪ CARE nl ▪ RISC ▪ SOG ▪ Signalerings-instrument 12+ ▪ SAVRY ▪ STEP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ ABV-K ▪ ADIKA ▪ ADI-R ▪ ADISC-C ▪ ADOS ▪ AVL ▪ AVZ-R ▪ CARS ▪ CAS ▪ CBSA ▪ CERQ ▪ CTRS ▪ DISC ▪ DISCO ▪ DSMD ▪ DSM-IV Vragenlijst ▪ FFPI ▪ GIT ▪ IOA ▪ JIM ▪ KDS ▪ KLAD ▪ LAGKO ▪ MAYSI-2 ▪ MOV/MOM ▪ NOSI ▪ NPV-J ▪ OKIV-R ▪ RED ▪ REISS Screen ▪ SCARE D ▪ SCAS ▪ SCICA ▪ SEV ▪ SGZ ▪ SIDAC ▪ SIG-A ▪ SIT ▪ SON ▪ SRZ ▪ STEP ▪ TSCC ▪ TVA ▪ UCL-A ▪ Vinelan d-z ▪ VISK ▪ VSPS ▪ VSVJ ▪ WAISI-III-NL ▪ YSR ▪ ZBV-K 	BESTE C-toets GAS

	Vroegtijdige signalering en screening	Risicotaxatie	Diagnostiek en indicatiestelling	Effectmeting en evaluatie
Jong volwassenen (18 tot 23 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASL ▪ ATC ▪ LGV ▪ Raven PM ▪ TVZ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BDHI-D ▪ RISc 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ ADI-R ▪ AVZ-R ▪ CERQ ▪ FFPI ▪ GAS ▪ GBI ▪ GIT 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IOA ▪ REISS Screen ▪ SGZ ▪ SRZ ▪ TVA ▪ WAIS-III-NL

1.3 *Kwaliteit van de gevonden instrumenten*

Of instrumenten ook daadwerkelijk geschikt zijn voor gebruik in de praktijk, is afhankelijk van de kwaliteit van de instrumenten en de aanwezigheid van Nederlandse normen. Op basis van deze inventarisatie kunnen we hierover slechts beperkt uitspraken doen. Een aantal instrumenten is beoordeeld door het Nederlands Instituut voor Psychologen en opgetekend in de Documentatie van Testresearch, de COTAN. Andere instrumenten zijn op hun kwaliteit onderzocht in wetenschappelijk onderzoek. Maar van veel instrumenten is nog onvoldoende bekend of ze voldoende betrouwbaar en valide zijn. Deze instrumenten zouden aan onderzoek onderworpen moeten worden, zodat de kwaliteit van deze instrumenten bekend (en goed) is, voordat ze op grote schaal ingezet worden (tabel 5).

Een ander belangrijke aspect van instrumenten is de aanwezigheid van (Nederlandse) normen. Niet alle instrumenten zijn genormeerd voor de Nederlandse situatie.

In bijlage 3.1 staat bij ieder instrument vermeld of (bekend is of) het instrument beoordeeld is en zo ja, welke beoordeling er verkregen is. Voor de instrumenten waarvan geen beoordeling of normering bekend is, moet nader onderzoek uitwijzen of ze wel of niet beoordeeld en/of genormeerd zijn. Binnen de voor deze programmeringsstudie beschikbare tijd was het niet mogelijk dergelijk nader onderzoek te verrichten.

Tabel 5. Kennis over de kwaliteit van de gevonden instrumenten

Info kwaliteit beschikbaar ?	ja	nee
Type instrument		
Vroegtijdige signalering en screening	29	23
Risicotaxatie	3	10
Diagnostiek en indicatiestelling	52	34
Effectmeting en evaluatie	4	5

De bovenstaande tabel geeft een globaal beeld de beschikbaarheid van informatie over de kwaliteit van de instrumenten. Als er informatie voor handen is over de beoordeling van de instrumenten staat de uiteindelijke beoordeling zoals gezegd in bijlage 3.1. De meeste instrumenten waarvan de kwaliteit bekend is, hebben minimaal een ‘voldoende’ beoordeling gekregen. Een klein aantal is beoordeeld als ‘onvoldoende’ of ‘redelijk’. De instrumenten waarvan geen informatie beschikbaar is over de kwaliteit zijn óf nog niet beoordeeld in onafhankelijk onderzoek, of het kwaliteitsonderzoek is bij ons onbekend. Ook dit staat vermeld in bijlage 3.1.

De informatie in de tabel geeft dus slechts een globaal beeld over de kwaliteit van de instrumenten.

Opvallend is dat van instrumenten voor vroegtijdige signalering en screening én diagnostiek het meest bekend is over de kwaliteit. Informatie over de kwaliteit van instrumenten over risicotaxatie en evaluatie is veel minder bekend. Deze instrumenten zijn ook vaker (nog) niet beoordeeld in onafhankelijk onderzoek.

1.4 Het gebruik van instrumenten in de praktijk

De instrumenten die in deze inventarisatie gevonden zijn, zijn instrumenten die geschikt zijn voor de Nederlandse jeugdzorg. Het feit dat er informatie over het bestaan van deze instrumenten te vinden is, zegt nog niets over het daadwerkelijk gebruik van de instrumenten. Hierover is maar weinig bekend.

Wat we wel weten is welke instrumenten gebruikt worden in onderzoek naar de *effecten* van interventies in de jeugdzorg. In deel 1 van dit rapport zijn alle studies op dit terrein kort besproken. Van de studies die na 2001 gepubliceerd zijn is in de bijlagen van dit rapport terug te vinden welke instrumenten gebruikt zijn om effecten van interventies te bepalen. Een blik op de bijlagen maakt duidelijk dat daarin deels dezelfde instrumenten gebruikt worden.

De vraag welke instrumenten daadwerkelijk (op grote schaal) *in de praktijk* gebruikt worden en kunnen worden, is op basis van deze verkenning lastig te beantwoorden. Er zijn maar enkele publicaties gevonden die ingaan op het gebruik van instrumenten.

Zo zijn er diverse protocollen en richtlijnen binnen de jeugdzorg waarin het gebruik van specifieke instrumenten beschreven staat en zijn er handboeken over specifieke problematiek of over diagnostiek en indicatiestelling (van specifieke problematiek) waarin geschikte instrumenten worden genoemd.

Een voorbeeld hiervan is het Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek, ontwikkeld in opdracht van het InterProvinciaal Overleg (IPO). Het protocol bevat inhoudelijke voorschriften omtrent de indicatiestelling voor jeugdigen met psychiatrische problematiek.

Dit protocol schrijft voor dat bij de taxatie van de aard van de problematiek het instrument SPsy of de CBCL moet worden afgenomen. Voor de taxatie van de ernst van de problemen van jeugdigen schrijft het protocol de STEP voor (Van der Zijden, 2006).

Maar ook de vermelding van instrumenten in de protocollen is geen harde garantie dat hier in de praktijk navolging aan gegeven wordt en dat deze instrumenten ook daadwerkelijk worden gebruikt.

In het verleden zijn een aantal onderzoeken verricht naar het daadwerkelijk gebruik van instrumenten.

In 2003 is onderzoek gedaan door Eijgenraam e.a. (2004) naar de praktijk van beslissen in bureau jeugdzorg. Onderdeel van dit onderzoek was het inventariseren van het gebruik van instrumenten in de toegang tot de jeugdzorg.

Uit deze inventarisatie bleek dat bij de meeste bureaus jeugdzorg de functies aanmelding en screening redelijk zijn ontwikkeld. Veel bureaus jeugdzorg gebruiken een (eigen ontwikkeld) formulier of instrument voor de eerste situatieanalyse of screening. Tijdens deze fase wordt nauwelijks gebruik gemaakt van landelijke, breed ontwikkelde instrumenten. Uitzondering hierop zijn Bureau Jeugdzorg Utrecht, Midden-Brabant en Limburg die een afgeleide van de Jeugdzorg Intake Methode (JIM) gebruiken, Zuid-Holland die gebruik maakt van het RED screeningsformulier en Gelderland die aangeeft gebruik te maken van de CBCL, de TRF en de YSR.

Het gebruik van instrumenten in de functie diagnostiek is volgens deze inventarisatie bij de meeste bureaus jeugdzorg in een minder gevorderd stadium. Bureaus jeugdzorg die wel instrumenten gebruiken in deze fase noemen voor de basisdiagnostiek de VSPS, de AVL, de Auti-R en de CBCL. Voor de specialistische diagnostiek die bureau jeugdzorg verricht, worden ook maar weinig instrumenten genoemd: de CBCL, de NOSI, de VMG, de FRT, de CBSK, de ATL, de AVL, de NPV-J en de SVL

In een verder verleden heeft Van der Ploeg (1987) het gebruik van instrumenten onderzocht in het plaatsingsproces en tijdens de behandeling van jeugdigen in de residentiële hulpverlening. Uit dit onderzoek bleek dat het gebruik van gangbare diagnostische instrumenten minimaal was. Dertig procent van de tehuizen maakt geen gebruik van gedragsbeoordelingsinstrumenten en 23 procent gebruikt geen enkele test.

De tehuizen die wel gebruik maakten van diagnostische instrumenten, maakten vooral gebruik van tests voor persoonlijkheidsonderzoek. Voor de bepaling van het gedrag bleek slechts 28 procent van de tehuizen

gebruik te maken van gangbare gedragsvragenlijsten en –observatieschalen. De overige 42 procent hanteert voor het meten van gedrag sterk experimentele vragenlijsten of maakt gebruik van persoonlijkheidstests. Tien jaar later was er nog niet veel veranderd aan het gebruik van instrumenten in de jeugdzorg (Van der Ploeg, 1997).

Van Loosbroek en Veerman voerden in 1998 een onderzoek uit onder alle instellingen voor jeugdzorg (jeugd-ggz, justitiële jeugdzorg en jeugdhulpverlening) in Gelderland. Onderdeel van deze studie was een enquête over het gebruik van diagnostische tests en instrumenten in de startfase van de hulpverlening. Hieruit bleek dat binnen de jeugd-ggz de meeste instrumenten gebruikt worden en de instrumenten worden binnen deze sector ook het meest frequent toegepast.

In totaal werden door de Gelderse instellingen voor jeugdzorg 135 instrumenten genoemd, waarvan 23 instrumenten door meer dan vijftig procent van de instellingen werden gebruikt. Dit geeft aan hoe weinig eenheid er bestaat in het gebruik van instrumenten. In de meeste gevallen ging het hier om diagnostische instrumenten. Inventarisatie- en gedrags(boordelings)instrumenten zijn niet sterk vertegenwoordigd.

1.5 Conclusie en discussie

De inventarisatie naar instrumenten die gebruikt worden of te gebruiken zijn in de jeugdzorg en aanpalende werkvelden heeft duidelijk gemaakt dat er een groot aantal instrumenten beschikbaar is. De meeste instrumenten hebben een diagnostisch doel of zijn te gebruiken bij het stellen van indicaties. Daarnaast zijn er ook een behoorlijk aantal instrumenten die geschikt zijn voor het (vroegtijdig) signaleren van problemen door het screenen van jeugdigen in grotere populaties. Instrumenten voor het opsporen van risicovolle situatie (kinder mishandeling of probleemgedrag) en instrumenten voor het evalueren van (effecten van) door jeugdigen ontvangen zorg zijn in mindere mate beschikbaar.

Als we kijken naar het onderwerp of gebied waarop de gevonden instrumenten zich richten, zien we dat veruit de meeste instrumenten zich richten op (intra-)psychische problemen en eigenschappen.

Combineren we bovenstaande gegevens, dan blijkt dat de meeste instrumenten gericht zijn op het diagnosticeren van psychische problemen en eigenschappen en van vaardigheden.

De commissie Jeugd i/o was met name geïnteresseerd in de beschikbaarheid van instrumenten ingedeeld naar leeftijdsgroep. De resultaten van deze indeling tonen aan dat er voor kinderen in de basisschoolleeftijd en voor adolescenten de meeste instrumenten beschikbaar zijn. Deze indeling geeft echter nog niet automatisch antwoord op de vraag of er voor deze leeftijdscategorieën dus minder aandacht hoeft te zijn bij het ontwikkelen van nieuwe instrumenten. Hiervoor is nader onderzoek nodig naar onder andere de beschikbaarheid van instrumenten per specifiek onderwerp of probleem per leeftijdsgroep.

Het daadwerkelijk gebruik verschilt per instellingen en zelfs per professional. Ondanks de aanwezigheid van protocollen en handboeken waarin het gebruik van bepaalde instrumenten wordt voorgeschreven of aangeraden, lijkt er maar weinig gestandaardiseerd te zijn. Waarschijnlijk ligt de oorzaak van de lage gebruikscijfers in de onbekendheid van de meeste instrumenten. Daarbij komt ook dat van het grote aantal instrumenten dat gevonden is in deze inventarisatie slechts van een deel ook daadwerkelijk bewezen is dat ze bruikbaar zijn voor de klinische praktijk. Van een aantal instrumenten is de kwaliteit onvoldoende of is de kwaliteit nog niet onderzocht.

Voor veel doeleinden zijn er in principe dus wel instrumenten beschikbaar, maar of ze gebruikt worden en te gebruiken zijn, zou in een vervolg op deze eerste inventarisatie onderzocht moeten worden.

Dat is precies wat het doel is van de Databank Instrumenten Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden die in ontwikkeling is bij NIZW Jeugd / het Nederlands Jeugdinstituut i/o. De databank moet een overzicht (gaan) bieden van alle beschikbare, Nederlandse instrumenten voor de jeugdzorg, jeugd welzijn en aanpalende sectoren. Elk instrument wordt beschreven en ingedeeld naar type en onderwerp. In de

toekomst zal waarschijnlijk een commissie uitspraken gaan doen over de bruikbaarheid en kwaliteit van de instrumenten in deze databank. Deze databank zou bij moeten dragen aan de bekendheid van beschikbare instrumenten en zou kunnen uitwijzen voor welke doelgroepen en problemen er weinig tot geen bruikbare instrumenten beschikbaar zijn.

De voorliggende inventarisatie doet hierover globaal uitspraken, maar voor een compleet en betrouwbaar beeld is dieper, langduriger onderzoek nodig, wat het project rondom de databank (onder andere) probeert te bewerkstelligen. Bij het uitzetten van nader onderzoek over instrumenten op het terrein van jeugd en opvoeding is afstemming met de werkzaamheden rond deze databank dan ook wenselijk.

Gebruikte afkortingen van instrumenten

AAPI	Adult-Adolescent Parenting Inventory
ABC	Aberrant Behavior Checklist
ABC	Autism Behavior Checklist
ABV-K	Amsterdamse Biografische Vragenlijst voor Kinderen
ADIKA	Amsterdams Diagnostische Interview voor Kinderen en Adolescenten
ADI-R	Autism Diagnostic Interview-R
ADISC-C	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV
ADOS	Autism Diagnostic Observation Scale
AKGL	Amsterdamse Kinder Gedrags Lijst
A-PARI	Parental Attitude Research Instrument, Amsterdamse versie
AQS	Attachment Q-sort
ASL	Attitudeschaal Sociale Limieten
ASO	Amsterdamse Schaal voor Opstandigheid
ASQ:SE	Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional
ATC	Amersfoortse Test Combinatie
ATL	Adolescenten Temperament Lijst
AUTI-R	Observatieschaal onderkenning autisme
AVL	ADHD-vragenlijst
AVZ-R	Autisme en Aanverwante Stoornissenschaal voor Zwakzinnigen
BDHI-D	Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch
BESTE	Beoordelingsschaal voor Tevredenheid en Effect
BITSEA	Brief Infant-Toddler Social & Emotional Assessment
BOS	Bayley Ontwikkelings Schalen
BPTV	Baby Peuter Temperament Vragenlijst
BSS	Bronnen van Steun en Spanning
CAFAS	Child and Adolescent Functional Assessment Scale
CAPI	Child Abuse Inventory
CARE NL	Child Abuse Risk Evaluation - Nederlandse versie
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CAS	Child Assessment Schedule
CAS	Cognitive Assessment System
CASI	Childhood Anxiety Sensitivity Index
CBCL	Child Behavior Checklist
CBQ	Children's Behavior Questionnaire
CBSA	Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten
CBSK	Competentiebelevingsschaal voor Kinderen
CCI	Child Competency Inventory
CDC	Dissociatielijst voor Kinderen
CERQ	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
CGAS	Children's Global Assessment Scale
CHAT	Checklist Autism for Toddlers
CSBI	Seksuele Gedragsvragenlijst voor Kinderen
CSI	Child Symptoms Inventories
c-toets	Feedbackinstrument voor cliënten van de jeugdzorg
C-TRF	Caregiver-Teacher's Report Form
CTRS	Conners Teacher Rating Scale

CTSPC	Parent Child Conflict Tactics Scale
Denk 2.3	Intelligentietest
DFSI	Dunedin Family Services Indicator
DISC	Diagnostic Interview Schedule for Children
DISCO	Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders
DOS	Denver Ontwikkeling Screeningstest
DPS-4	DISC Predictive Scales
DSM-IV Vragenlijst	Screeningsinstrument Psychische Stoornissen
DSMD	Devereux Scales of Mental Disorders
DVK	Depressie Vragenlijst voor Kinderen
EARL20b	Early Assessment Risk List
ESSEON	Experimentele Schaal voor de beoordeling van het Sociaal Emotionele Ontwikkelingsniveau
FFPI	Five-Factor Personality Inventory
FRT	Familie Relatie Test
GAS	Goal Attainment Scaling
GBG	Groningen Bristol Gedragsbeoordelingsschaal
GBI	GedragsBeoordelingsInstrument
GDS	Gezins Dimensie Schalen
GEST	Gezinssysteemtest
GGZ Jeugdthermometer	Meetinstrument cliëntwaarderling in de jeugd-ggz
GIOS	Gezins Interactie Observatie Schaal
GIT	Groninger Intelligentie Test
GKS	Gezins Klimaat Schaal
GOS	Groningse Ontwikkelingsschalen
Gross Vormbord	Screeningstest Cognitieve ontwikkeling
GSI	Gezinsdiagnostisch Screenings Instrument
IOA	Inventarisatielijst Omgaan met Anderen
ITSEA	Infant-Toddler Social & Emotional Assessment
JIM	Jeugdzorg Intake Methode
JVQ	Juvenile Victimization Questionnaire
KABC	Kaufman Assessment Battery for Children
KDS	Kinder Depressie Schaal
KID-N	Kent Infant Development Scale, Nederlandse bewerking
KIPPPi	Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie
KIVPA	Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten
KLAD	Kachtenlijst voor Adolescenten
KWAZOP	KWAliteit van het ZOrgProces
LAGKO	Lijst van Aandachtvelden voor het Gedrag van het Kind volgens de Opvoeder
LDT	Leidse Diagnostische Test
LEM	Leertest voor Etnische Minderheden
LGV	Leuvense Gezins Vragenlijst
Locus of Control lijst	Meet de beleving van de moeder in de ouderrol
LSPPK	Landelijke Signaleringshulp voor Psychosociale Problematiek bij Kleuters
MASC	Multidimensional Anxiety Scale for Children
MAYSI-2	Massachusetts Youth Screening Instrument for Mental Health Needs of Juvenile Justice Youths
MESSY	Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters
MOM	Vragenlijst Meninge over de Opvoeding door de Moeder
MOS	McCarthy Ontwikkelings Schalen

MOV	Vragenlijst Meningen over de Opvoeding door de Vader
NCKS	Nijmegen-California Kinder Sorteertechniek
NGT	Nijmeegse Gezinsrelatie Test
NLD-schalen	Non-verbale Leerstoornissen Schalen
NOK	Nijmeegse Observatieschaal voor Kleuters
NOSI	Nijmeegse Ouderlijke Stress Index
NPV-J	Junior Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst
NVOS	Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie
OKIV-R	Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised
Ouderschapsgesprek	Semi-gestructureerd interview over ouderschap
PRTI	Parent Report of Traumatic Impact
PSC	Pediatric Symptom Checklist
PSI	Pedagogisch Signalerings Instrumentarium
PSWQ-C	Penn State Worry Questionnaire for Children
PSYBOBA	Vragenlijst voor PSYchosociale problematiek in de BOvenbouw van het Basisonderwijs
PVL	Pedagogische Variabelen Lijst
RAKIT	Revisie Amsterdamse Intelligentie Test
Raven PM	Raven Progressive Matrices
RED	Registratie Evaluatie Diagnostiek systeem
Reiss Screen	Screeningsinstrument psychische en gedragsproblemen voor verstandelijk gehandicapten
RISc	Recidive Inschattings Schalen
SAFE	Sexual Abuse Fear Evaluation
SAS-K	Sociale AngstSchaal voor Kinderen
SAVRY	Structured Assessment of Violence Risk in Youth
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders
SCAS	Spence Children's Anxiety Scale
SCICA	Semigestructureerd Klinisch Interview voor Kinderen en Adolescenten
SCVT	Sociaal Cognitieve Vaardigheden Test
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SEV	Sociaal Emotionele Vragenlijst
SGZ	Storend Gedrag Schaal-Z
SIDAC	Structured Interview for Diagnostic Assessment of Children
SIG-A	Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag, versie voor Adolescenten
Signaleringsinstrument 12-	Signaleringsinstrument 12-minners en hun ouders
Signaleringsinstrument 12+	Signaleringsinstrument Halt-jongeren
SIQ-Jr	Suicide Ideation Questionnaire Jr
SIT	Sociale Interpretatie Test
SOG	Schaal Ouderlijk Gedrag
SON	Snijders-Oomen Niet-verbale Intellingentietest
SPA-I	Social Phobia and Anxiety Inventory for Children
SPsy	Screeningslijst Psychische stoornissen
SPUTOVAMO	Signaleringsinstrument Kindermishandeling voor Ziekenhuizen / Spoedeisende Hulp
SRZ	Sociale Redzaamheidschaal voor Zwakzinnigen
STEP	Standaard Taxatie Ernst Problematiek
TRF	Teacher's Report Form
TSCC	Trauma Symptom Checklist for Children
TSCYC	Trauma Symptom Checklist for Young Children

TVA	Taken en Vaardigheden van Adolescenten
TVZ	Temperamentschaal Voor Zwakzinnigen
UCL-A	Utrechtse Coping Lijst, versie voor adolescenten
VAK	Vragenlijst voor Angst bij Kinderen
VGf	Vragenlijst Gezinsfunctioneren
VGFO	Vragenlijst Gezinsfunctioneren voor Ouders
VGP	Vragenlijst voor Gezinsproblemen
Vineland-z	Ontwikkelingsschaal Sociale redzaamheid voor verstandelijk gehandicapten
VISK	Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen
VMG	Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen
VOG	Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag
VOVG	Vragenlijst Opvoedingstaken Voor Groepsopvoeders / groepsleiders
VOVO	Vragenlijst Opvoedingstaken Voor Ouders
VSP	Vreemde Situatie Procedure
VSPS	Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie
VSVJ	Vragenlijst Sociale Vaardigheden van Jongeren
VVA	Vragenlijst Voorlopers ADHD
VvGK	Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen
WAIS-III-NL	Wechsler Adult Intelligence Scale III, Nederlandse versie
WISC-III NL	Wechsler Intelligence Scale for Children
WPPSI-R	Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence Revised
YSR	Youth Self Report
ZBV-K	Zelf-Beoordelings Vragenlijst voor Kinderen

Literatuur bij deel 3

- Bergh, B. R. H. van den, & Ackx, M. (2003). Een Nederlandse versie van Rothbarts 'Children's Behavior Questionnaire': interne consistentie en driefactorenmodel van de subschalen. *Kind en Adolescent*, 24 (2), 77-84.
- Eijgenraam, K., Steege, M. van der, & Metselaar, J. (2004). *Beslissen in het bureau jeugdzorg : bronnenstudie, beslismodel en een samenhangend instrumentarium*. Utrecht: NIZW.
- Esmeijer, F. J., Veerman, J. W., Leeuwen, H. M. P. van (1999). Gestructureerde interviews voor DSM-classificatie van psychische stoornissen bij kinderen en jeugdigen: een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 41, (4), 209-218.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J. C. van, & Groot, C. J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II. (COTAN)*. Assen: Van Gorcum.
- Ferdinand, R. F., Lier, M. H. M. van, Most, G. H. F. van der, Nijs, P. F. A. de, Reichart, C. G., & Dekkers, F. H. W. (2004). Meetinstrumenten bij psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46, (10), 659-664.
- Hermanns, J., Öry, F., & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter : Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen*. Utrecht: Inventgroep.
- Hulstijn, E. M. (2005). *Constructie en validatie van een vragenlijst voor het meten van sociale vaardigheden bij jongeren*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.
- Kievit, Th., Wit, J. de, Groenendaal, J. H. A., & Tak, J. A. (Red.) (1998). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Kooijman, K., & Prinsen, B. (2003). *Metten + delen : signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties in de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: NIZW.
- Kraijer, D. W., & Plas, J. J. (2002). *Handboek psychodiagnostiek en verstandelijke beperking: classificatie, test- en schaalgebruik*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Langemeijer, K., Pijnenburg, H. M., & Veerman, J. W. (1997). Het gebruik van vragenlijsten in de gezinsdiagnostiek : begeleiden van het keuzeprocess. In: H. M. Pijnenburg (Red.), *Pedologisch jaarboek 1997* (pag. 25-38). Delft: Eburon.
- Loosbroek, E. van, & Veerman, J. W. (1998). *Stap na stap: naar een normgebonden registratiesysteem voor problematiek in de jeugdzorg*. Nijmegen: Stichting De Waarden.
- Ploeg, J. D. van der, & Scholte, E. M. (1988). *Tehuizen in beeld*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden / Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening (COJ).
- Ploeg, J. D. van der (1997). Tehuisopnamen: nog steeds kunst en vliegwerk. In: J. D. van der Ploeg, J. M. A. M. Janssens, & E. E. J. de Bruyn (Red.), *Diagnostiek in de jeugdzorg* (pag. 51-66). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Ploeg, J. D. van der (1999). De diagnostiek van de jeugdige in (semi)residentiële settings. In: E. J. Knorth, & M. Smit (Red.). *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening* (pag. 161-180). Leuven: Garant.
- Prins, P., & Pameijer, N. (Red.) (2000). *Protocolen in de jeugdzorg: richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Valenkamp, M., Graaf, I. de, & Ruiter, C. de (2003). *Een screeningsinstrument psychische stoornissen voor de praktijk : Casus: het bureau jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Zijden, Q. van der, & Diephuis, K. (2006). *Protocol Indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek*. Den Haag: IPO.

Samenvatting en slotbeschouwing

Dit rapport bevat de uitkomsten van één van de drie deelstudies van de programmeringsstudie Jeugd: de programmeringsstudie *Jeugdzorg*. Deze studie is verricht in opdracht van ZonMw ten behoeve van het ontwikkelen van een programma voor kennisontwikkeling op het terrein van de jeugd.

Het doel van deze deelstudie is een overzicht te bieden van de aanwezige kennis over (de effectiviteit van) interventies en instrumenten die beschikbaar zijn op het terrein van de Nederlandse jeugdzorg. In het onderhavige rapport is een overzicht gegeven van de beschikbare kennis op drie terreinen: 1) interventies in de Nederlandse jeugdzorg, 2) interventies op het terrein van de jeugdzorg in het buitenland en 3) de in Nederland aanwezig instrumenten voor signalering, diagnostiek en indicatiestelling. In deze slotbeschouwing geven we een samenvatting van de uitkomsten op deze drie terreinen en beantwoorden we de centrale vragen van de programmeringsstudie op het terrein van de jeugdzorg:

- Welke kennis is beschikbaar over de (effectiviteit van) interventies die beschikbaar zijn op het terrein van de Nederlandse jeugdzorg
- Welke kennis is beschikbaar over instrumenten op het terrein van de Nederlandse jeugdzorg?

Kennis over (de effectiviteit van) interventies in de Nederlandse jeugdzorg

Wat weten we over jeugdzorginterventies en over hun effectiviteit? In deze studie beantwoorden we die vraag aan de hand van informatie uit *onderzoek* naar interventies. Er is gericht gezocht naar Nederlandse onderzoek over interventies op het terrein van de jeugdzorg. Deze zoektocht leverde 97 primaire studies, vijf reviews en één meta-analyse op. Daarnaast is er in de buitenlandse literatuur is gezocht naar meta-analyses en reviews over interventies op het terrein van de jeugdzorg.

Welke kennis is er beschikbaar over interventies in Nederland?

Op de eerste vraag van de programmeringsstudie: welke *interventies* er ‘in beeld’ zijn, kunnen we antwoorden dat er over het hele palet aan interventies informatie beschikbaar is: ambulante, residentiële, daghulp en pleegzorg en zowel interventies gericht op de jeugdige als op de ouders. Duidelijk wordt dat er, als het gaat om interventies binnen de jeugdzorg, vooral informatie beschikbaar is over interventies voor basisschoolkinderen of pubers (en hun ouders) met ADHD, emotionele en gedragsproblemen of antisociaal en delinquent gedrag. Ook is er behoorlijk wat informatie over intensieve interventies in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd. Er is veel *minder* informatie over interventies op het terrein van de jeugdzorg voor baby's, peuters en kleuters of juist jong-volwassenen.

Als we kijken naar het type interventies waarover informatie beschikbaar is, dan blijkt dat er vooral onderzoek gedaan is naar residentiële interventies en interventies in het gezin. Er is minder onderzoek naar ambulante begeleiding en cognitieve gedragstherapie en het valt op dat naar een veelgebruikte interventie als pleegzorg maar weinig onderzoek gedaan wordt in ons land. Naar ‘lichte’ interventievormen, zoals een training in sociale of probleemoplossende vaardigheden, speltherapie, daghulp of cursussen voor ouders wordt ook maar weinig onderzoek uitgevoerd.

Van de in Nederland onderzochte *probleemgroepen* krijgen jongeren met ernstige gedragsstoornissen verreweg de meeste aandacht van onderzoekers. Dit is begrijpelijk gezien de maatschappelijke overlast die deze problemen veroorzaken en de prevalentie van deze problemen onder de jeugd in Nederland. Ook angst- en stemmingsstoornissen komen echter relatief veel voor onder Nederlandse jeugdigen en komen vaak samen met gedragsstoornissen voor. Het is daarom opmerkelijk dat de onderzoeks-aandacht voor deze (combinatie van) problemen veel minder is. Verder is er weinig onderzoek gedaan naar interventies bij milde gedragsproblemen, voor autistische jeugdigen en voor jonge kinderen.

De afgelopen vijftien jaar is een aantal problemen niet aan bod gekomen in het effectonderzoek naar interventies: middelengebruik en verslaving, kindermishandeling, seksueel misbruik en eetstoornissen. Wellicht dat interventies bij deze problematiek gedefinieerd worden als preventie en naar voren komen in de deelstudie (van de programmeringsstudie) op dat terrein.

In tabel A in dit hoofdstuk zijn de interventies waarvoor er kennis uit Nederlands onderzoek beschikbaar is geordend naar leeftijdsgroep en probleemgroep.

Kwaliteit van het Nederlandse onderzoek

De kwaliteit van de gevonden Nederlandse onderzoeken loopt sterk uiteen. Er is maar weinig onderzoek gedaan op basis waarvan uitspraken gedaan kunnen worden over de effectiviteit van een interventie. Van de 97 primaire studies zijn er 16 die voldoen aan de eisen van goed effectonderzoek. Bijna éénderde van de studies heeft een (quasi)experimentele opzet, 56% is veranderingsonderzoek en 13% betreft een evaluatieonderzoek. Naar de kosteneffectiviteit van interventies is geen onderzoek gedaan.

In de 16 goed opgezette onderzoeken gaat het om studies naar:

1. gedragstherapie bij dwanghandelingen
2. de cursus 'stemmingmakerij' voor het behandelen van depressie,
3. een trainingsprogramma voor autistische kinderen voor het verbeteren van contact,
4. het gebruik van medicatie bij ADHD,
5. mediatietherapie voor kinderen met ADHD (gedragstherapie voor kinderen dóór de ouders),
6. multimodale gedragstherapie bij kinderen met ADHD,
7. het Utrechtse Coping Power Programma voor kinderen met problemen met boosheid en woede,
8. het programma zelfcontrole, ook voor kinderen met problemen met boosheid en woede,
9. de video feedback interventie voor (jonge) kinderen met milde gedragsproblemen,
10. beeldcommunicatie bij milde gedragsproblemen,
11. 'Beter met thuis', een vorm van residentiële behandeling in deeltijd voor pubers met emotionele en gedragsproblemen,
12. het Residentieel Gedragstherapeutisch Programma voor pubers met emotionele en gedragsproblemen of met antisociaal en delinquent gedrag,
13. begeleiding door HALT bij politiecontacten,
14. toepassing van het Equip programma binnen een justitiële jeugdinstelling,
15. Families First in gezinnen met een licht verstandelijk gehandicapt kind,
16. de video-feedback training voor ouders van jonge kinderen met (kans op) hechtingsproblemen.

Er is dus maar in beperkte mate kennis beschikbaar over de effectiviteit van de interventies die in ons land gebruikt worden. Er is met het uitgevoerde onderzoek nog nauwelijks zicht op 'well established' interventies. Volgens de normen van de American Psychological Association (APA, 1995), wordt van een 'well established' interventie gesproken als er twee kwalitatief goede en onafhankelijk van elkaar uitgevoerde studies beschikbaar zijn die dezelfde uitkomsten laten zien. Als dergelijke studies in het buitenland zijn gedaan, zou naar onze mening ten minste één goed uitgevoerd onderzoek in eigen land dezelfde uitkomsten moeten laten zien. Daarin zou dan - zoals in de APA normen ook wordt aangegeven - niet alleen vergeleken moeten worden met reguliere zorg ('care as usual'), maar ook met andere soortgelijke interventies (*benchmark*). De interventies die daar in Nederland het dichtst bij komen zijn de interventies voor jeugdigen met problemen in de woedebeheersing ('*anger control*'). Het gaat om het *Utrechtse Coping Power Program* (UCPP) en het programma *Zelfcontrole*.

Toch wordt ook in ander Nederlands onderzoek zorgvuldig aangesloten op eerder opgebouwde kennis. In de onderzoeken naar interventies in het gezin van Veerman c.s. is telkens een opzet gekozen volgens hetzelfde stramien. Er wordt in de onderzoeken naar intensieve gezinsbehandeling bewust gewerkt met dezelfde instrumenten en op die manier ontstaat er vergelijkingsmateriaal. Op dit materiaal is vervolgens een meta-analyse uitgevoerd, waarin de uitkomsten onderling vergeleken zijn.

Het stramien is tot nu toe vooral gebruikt voor verschillende interventies voor *verschillende* probleemgroepen. In één onderzoek is een vergelijking gemaakt van verschillende interventies voor *dezelfde* probleemgroep. Het gaat om onderzoek naar *Families First* (FF) voor jongeren met een lichte verstandelijke handicap (lvg). Hierin is de hulp door FF vergeleken met de reguliere hulp aan deze jongeren. Daaruit blijkt dat FF voor afname van de problemen zorgt, maar de reguliere hulp ook. Bij de vraag welke interventie een instelling moet inzetten worden dan andere overwegingen van belang, zoals de kosten van de interventie of de mate van waarin cliënten tevreden zijn over de verleende hulp.

Deze vergelijking maakt duidelijk dat veranderingsonderzoek belangrijke informatie biedt, maar onvoldoende is om te beoordelen of de ene interventie beter helpt dan de andere. Het hanteren van hetzelfde stramien in allerlei onderzoek draagt bij aan opbouwen vergelijkingsmateriaal, maar die informatie is nog steeds óók nodig van dezelfde probleemgroep die geen of een andere behandeling ondergaat. Overigens wordt in de onderzoeken naar intensieve gezinsbehandeling op een grondige manier in kaart gebracht wat de interventie precies inhoudt: de gezinswerkers houden hun verrichtingen bij. Daardoor wordt helder of de onderscheiden interventies ook daadwerkelijk van elkaar verschillen, hetgeen weer van belang is bij het vergelijken van de uitkomsten.

Wat weten we?

We kunnen concluderen dat er een hoop bekend is, maar dat we daar tegelijkertijd nog maar weinig mee weten. Zoals gezegd zijn in tabel A de interventies opgenomen waar onderzoek naar is gedaan. De 16 vetgedrukte interventies zijn de interventies waarvoor onderzoek beschikbaar is dat van voldoende kwaliteit is om conclusies te trekken over de effecten van de interventies. In bijna alle gevallen is er sprake van positieve uitkomsten als gevolg van deze interventies. Bij één interventie (HALT) zijn de uitkomsten negatief: begeleiding door HALT maakt geen verschil uit voor de gedragsproblemen en het delictgedrag van jongeren. De uitkomsten van de HALT jongeren verschillen niet van die van jongeren die geen HALT begeleiding kregen.

Voor het onderzoek dat nodig is naar interventies in de Nederlandse jeugdzorg betekent dit, dat willen we conclusies kunnen trekken over *well-established treatments*, er geïnvesteerd moet worden in goed opgezet, (quasi) experimenteel onderzoek of herhaalde n=1 studies.

Alleen op die manier is kennis over de uitkomsten van interventies te verkrijgen.

Er zijn een paar interventies waar al goed onderzoek naar is gedaan. Hier is het dan een logische vervolgstap om te investeren in onderzoek onder grotere groepen cliënten en/of te vergelijken met reguliere zorg (*care as usual*) en andere interventies voor dezelfde problemen bij dezelfde doelgroep (*benchmark*).

Verder blijkt uit dit overzicht dat er in ons land veel onderzoek wordt gedaan naar interventies voor jeugdigen met gedragsproblemen. Op dat terrein is het tijd om te kiezen voor ánder onderzoek dan veranderingsonderzoek. Residentiële interventies worden vooral onderzocht met veranderingsonderzoek. In onderzoek naar deze interventies is het noodzakelijk om onderzoek op te zetten waarin de effecten van afzonderlijke onderdelen van het tehuisverblijf worden onderzocht. Residentiële interventies zijn complexe interventies die uit veel verschillende onderdelen bestaan. Wat nodig is, is een duidelijke beschrijving van die onderdelen om vervolgens in een experimentele of een herhaalde n=1 opzet, onderzoek te doen naar het al dan niet toevoegen van onderdelen aan het 'behandelpakket' wat jeugdigen ontvangen.

Verder valt op dat in het onderzoek naar o.a. residentiële interventies en pleegzorg een vrij beperkte follow-up periode gehanteerd wordt. Er is meestal sprake van een meting direct na beëindiging van de interventie en een follow-up meting een half jaar tot maximaal een jaar later. Er is daarmee alleen zicht op de korte termijn uitkomsten. Er is meer inzicht nodig in de uitkomsten op de langere termijn.

Tot slot is er aandacht nodig voor andere probleemgroepen dan jeugdigen met (ernstige) gedragsproblemen en is er onderzoek nodig naar de kosteneffectiviteit van interventies.

Op basis van het bovenstaande komen we tot de volgende acht aanbevelingen voor Nederlandse onderzoek naar interventies op het terrein van de jeugdzorg:

1. Investeren in het uitvoeren van goed opgezette (quasi)experimentele of n=1 studies naar interventies
2. Indien er al buitenlands bewijs bestaat: investeren in onderzoek waarin vergeleken wordt met reguliere zorg of *benchmark* onderzoek wordt gedaan.
3. Investeren in onderzoek naar andere probleemgroepen dan jeugdigen met (ernstige) gedragsproblemen.
4. In onderzoek naar residentiële interventies werken met een experimentele opzet of herhaalde n=1 opzet, waarin de werkzaamheid van bepaalde modules, 'bovenop' een standaard aanpak in de leefgroep wordt onderzocht.
5. Investeren in onderzoek waarin jongeren enkele jaren na het beëindigen van (residentiële en pleegzorg)interventies gevolgd worden, zodat de effecten op langere termijn onderzocht kunnen worden.
6. Meer werken met een zorgvuldig geplande opbouw van gegevensbestanden op basis van individuele hulpverleningstrajecten. Als deze gegevens over behandelingstrajecten op een vergelijkbare manier worden verzameld en opgeslagen, komt er materiaal beschikbaar om de uitkomsten van interventies met elkaar te vergelijken.
7. Meer *benchmark* of *multi-centre* studies: meer studies waar verschillende interventies voor dezelfde probleemgroep vergeleken worden met onbehandelde groepen én met groepen die de 'reguliere zorg' krijgen. Alleen zo wordt duidelijk welke interventie het beste ingezet kan worden.
8. Onderzoek naar kosteneffectiviteit van interventies.

Welke kennis is beschikbaar op basis van buitenlands onderzoek?

Omdat er in Nederland niet veel informatie te vinden is over *'well established'* interventies, is nagegaan over welke interventies op het terrein van de jeugdzorg er in de internationale literatuur kennis beschikbaar is. Er blijkt in de internationale literatuur enorm veel materiaal voorhanden: we vonden bijna 400 studies op dit terrein die sinds 1990 verschenen zijn.

Er zijn vooral veel reviews verschenen waarin de effectiviteit van interventies besproken wordt: 70% van de studies bespreken van onderzoek en 30% van de studies bevat een analyse van materiaal uit eerdere studies (meta-analyse).

De interventies die 'in beeld' zijn, zijn vooral interventies die gericht zijn op jeugdigen zelf.

In 20% van de gevallen zijn de onderzochte interventies gericht op de ouders en/of het (hele) gezin. De onderzochte interventies voor jeugdigen betreffen vooral de toediening van medicatie, cognitieve gedragstherapie en vaardigheidstraining. Toepassing van deze interventies is vooral onderzocht bij jeugdigen met ADHD of angst- en stemmingsstoornissen (medicatie), ernstige gedragsproblemen of angst- en stemmingsstoornissen (cognitieve gedragstherapie) en autisme of gedragsproblemen (vaardigheidstraining).

Interventies voor ouders betreffen oudertraining en therapie (vaak niet nader gedefinieerd). Deze worden vooral onderzocht bij ouders van jeugdigen met (al dan niet ernstige) gedragsproblemen en bij gezinsproblemen. Gezinstherapie wordt vooral onderzocht bij ouders van kinderen met eetproblemen. Er is opmerkelijk weinig onderzoek beschikbaar naar residentiële jeugdzorg, pleegzorg en creatieve therapie.

De meeste buitenlandse onderzoeken gaan over interventies voor jongeren met gedragsstoornissen (met de nadruk op ernstig antisociaal en delinquent gedrag en ADHD) en angst en stemmingsstoornissen (met

de nadruk op depressie). In de voorgaande paragraaf concludeerden we dat er in Nederland weinig onderzoek gedaan is naar interventies bij angst en stemmingsstoornissen. De inventarisatie van buitenlands materiaal laat zien dat er wel degelijk informatie beschikbaar is.

Er is in het buitenlandse materiaal ook een behoorlijk aantal studies gevonden naar interventies bij kindermishandeling (24 studies, net zoveel als bij de angststoornis) en middelenmisbruik. Beide onderwerpen komen in Nederlands onderzoek tot nu toe minder aan bod.

Net als in Nederland, gaat er ook in het buitenlandse onderzoek minder onderzoeks aandacht uit naar lichamelijke problemen, ontwikkelingsproblemen, milde gedragsproblemen en opvoedingsproblemen zonder dat er sprake is van ernstig antisociaal en delinquent gedrag. Ook de wat 'mildere' internaliserende problemen, zoals de gevolgen van gepest worden, teruggetrokkenheid en opstandigheid komen minder aan de orde. Het kan zijn dat dergelijke studies meer gevonden worden onder de noemer 'preventie' dan bij (geïndiceerde) interventies.

Welke kennis is er beschikbaar over de effectiviteit van interventies?

Door de enorme hoeveelheid materiaal, is het binnen het tijdsbestek van dit onderzoek niet mogelijk een inhoudelijke uitwerking te geven van de kennis op alle gevonden terreinen. Er is alleen een kort overzicht geboden van de beschikbare kennis over drie interventies die in de Nederlandse jeugdzorg veel worden toegepast: creatieve therapie, residentiële jeugdzorg en pleegzorg.

Daarnaast is het van belang te vermelden dat de afgelopen jaren is gestart met de implementatie van enkele interventies, waarvan op basis van buitenlands onderzoek duidelijk is geworden dat het om effectieve interventies gaat. Zo worden op dit moment voor jonge kinderen en kinderen in de basisschoolleeftijd drie verschillende interventies geïmplementeerd. Het gaat om de Parent Management Training Oregon (Forgatch, Bullock, & Patterson, 2004), het Positive Parenting Program (Triple P) (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003) en het programma Incredible Years (Elliot, Webster-Stratton, e.a., 2001). Alle drie de programma's bestaan uit trainingen voor ouders en/of kinderen. Daarnaast wordt er sinds kort voor adolescenten met ernstige gedragsproblemen en delinquent gedrag gewerkt met Multisystem Therapy (MST) (Henggeler, 2001) en Functional Family Therapy (Alexander, Pugh, Parsons, & Sexton, 2000). Beiden zijn intensieve vormen van gezinsbehandeling, waarbij MST zich niet alleen richt op de jeugdige en diens gezin, maar ook op de school, de vriendengroep en de buurt om zo op alle leefgebieden de invloed van risicofactoren op probleemgedrag te verminderen en de invloed van beschermende factoren te vergroten. Deze buitenlandse interventies als ook de interventies die we op basis van de buitenlandse literatuur kort hebben beschreven (creatieve therapie, residentiële zorg en pleegzorg) zijn ook opgenomen in het overzicht in tabel A.

Kwaliteit van de buitenlandse studies

Op basis van het globale overzicht van onderzochte interventies en probleemgroepen kunnen we niet beoordelen voor welke doelgroepen welke interventie bruikbaar en effectief is. Een punt dat bij het bepalen van de effectiviteit van groot belang is, is de kwaliteit van de gevonden studies. Omdat in de meta-analyses de gegevens uit eerdere studies gebruikt worden voor het berekenen van de (gemiddelde) effectgrootte, is de kwaliteit van de primaire studies die gebruikt worden van belang. Informatie hierover bepaald de kwaliteit van de meta-analyse. In onze inventarisatie werd duidelijk dat slechts in een deel van de studies heldere informatie wordt verschaft op basis waarvan de kwaliteit beoordeeld kan worden. Zo bleek bij een nadere analyse van de meta-analyses en reviews over creatieve therapie de kwaliteit van de helft van het materiaal onvoldoende. Verder valt op dat studies over eenzelfde interventie of doelgroep, veelal gebruik maken van (deels) dezelfde bronnen. De uitkomsten lijken dan nieuw bewijs te leveren voor de werkzaamheid van de interventie, maar zijn in feite een herhaling van eerder werk. We hebben niet alle meta-analyses goed kunnen bekijken, maar uit de studies die we wel bekeken hebben bleek dat lang niet in alle gevallen voldaan werd aan enkele belangrijke eisen voor een goede studie, zoals: het verantwoorden

van het zoeken naar literatuur, het vermelden van de in- en exclusiecriteria voor het opnemen van onderzoeken in de studie, het uitvoeren van statistisch juiste analyses en het baseren van de studie op onderzoeken waarin in een controlegroep of vergelijkingsgroep aanwezig is, dan wel een herhaalde n=1 studie verricht wordt (Konijn, 2003).

Wat weten we?

Creatieve therapie wordt in ons land veel toegepast, onder andere bij kinderen met ervaringen van kindermishandeling en misbruik (Berger e.a., 2004). Wat weten we over de effectiviteit van deze interventie op basis van de internationale literatuur?

Twee kwalitatief goede studies naar *muziektherapie* laten zien dat muziektherapie bijdraagt aan betere verbale en non-verbale communicatieve én betere sociale en cognitieve vaardigheden van kinderen met een vorm van autisme. Er zijn twee kwalitatief goede studies beschikbaar die zich op dezelfde primaire studies naar *speltherapie* baseren. Deze studies laten zien dat er bij kinderen met externaliserende en internaliserende problemen na toepassing van speltherapie sprake is van een verbetering in gedrag, sociale aanpassing en persoonlijkheid. De non-directieve vorm van speltherapie heeft het beste resultaat, zeker als ouders betrokken zijn bij de uitvoering en er 35 tot 40 sessies gegeven worden.

In deel 1 hebben we gezien dat er maar één onderzoek is gedaan naar de uitkomsten van (een specifieke vorm van) speltherapie en dat de uitkomsten daar positief waren. Dit Nederlandse onderzoek bevestigt de uitkomsten uit één goede meta-analyse op internationaal materiaal.

Al met al is er echter maar weinig bekend over de verschillende vormen van creatieve therapie en speltherapie bij kinderen. De gevonden studies gaan over kinderen met milde gedragsproblemen (de Nederlandse studie) of kinderen met (niet nader in ernst aangeduide) internaliserende en externaliserende problemen. Over toepassing bij andere problemen is geen (goede) informatie beschikbaar. Uit twee (redelijk) goede studies naar het effect van muziektherapie op kinderen met een autistische stoornis blijkt dat muziektherapie de communicatieve vaardigheden helpt verbeteren. Ondanks de aanwezigheid van enkele goede studies is de informatie zeer beperkt. Meer duidelijkheid over de resultaten van deze veel toegepaste interventies is gewenst.

Over *residentiële interventies* zijn 19 overzichtsstudies gevonden, waaronder drie meta-analyses. Twee meta-analyses zijn specifiek gericht op het effect van residentiële hulp op recidive. We kunnen concluderen dat dat effect niet groot is (respectievelijk een gemiddelde recidivereductie van 9% en 12%). In één meta-analyse is naar breder gedefinieerde uitkomstmaten gekeken en wordt duidelijk dat de residentiële jeugdzorg een middelgroot positief effect heeft op algemeen probleemgedrag, externaliserend en internaliserend probleemgedrag van de opgenomen jongeren. De uitkomsten op langere termijn zijn beter als er sprake is van nazorg, en van betrokken ouders. De omgeving waarnaar jongeren terugkeren is dus van belang. Daarover is echter weinig onderzoek beschikbaar. Dit is ook het geval bij de inhoud van de residentiële zorg. Uit de meta-analyse van Harder e.a. (2006) blijkt dat vooral gedragsmodificatie en gezinsgerichte componenten in het totale residentiële hulpaanbod bij lijken te dragen aan positieve uitkomsten. Goede informatie over de inhoud van het residentiële aanbod blijkt maar zeer beperkt beschikbaar in de primaire studies waarop de gevonden reviews en meta-analyses zijn gebaseerd. Ook in deel 1 hebben we geconstateerd dat de studies naar residentiële jeugdzorg onvoldoende informatie bieden over de inhoud van de interventies. Pas dan is goed onderzoek mogelijk naar de effecten van de verschillende onderdelen van residentiële zorg.

Op het gebied van *pleegzorg* zijn acht overzichtsstudies gevonden, waaronder maar één meta-analyse. Uit de meta-analyse blijkt dat therapeutische pleegzorg een groot positief effect heeft op de sociale vaardigheden van de geplaatste jeugdigen én op de stabiliteit van de plaatsing. Daarnaast is er een middelgroot positief effect gevonden op de afname van gedragsproblemen, het vergroten van het psychologisch aanpassingsvermogen van jeugdigen en het verminderen van de geslotenheid van

vervolgplaatsingen na vertrek. Er is een klein effect vastgesteld voor het verminderen van delinquent gedrag. Al met al komt uit de pleegzorgstudies een positief beeld naar voren over de resultaten van pleegzorg, maar blijkt niet of de resultaten beter zijn dan bij residentiële zorg. Wel is duidelijk dat pleegzorg goedkoper is dan residentiële zorg.

Tot slot

Er is in de internationale literatuur enorm veel materiaal beschikbaar. Onze eerste analyse van dit materiaal geeft inzicht in de interventies en probleemgroepen waar informatie over is en maakt duidelijk dat de kwaliteit van het materiaal wisselend is. Voor kennis over de effectiviteit van interventies is het nodig het beschikbare materiaal grondig te analyseren. Vanwege de hoeveelheid beschikbare informatie is een duidelijk focus daarin noodzakelijk.

Binnen het Nederlands Jeugdinstituut wordt met het project 'wat werkt' onder andere gewerkt aan het maken van een stand van zaken overzicht op basis van het beschikbare internationale materiaal. Voor de onderzoeksprogrammering binnen het kennisprogramma Jeugd is het daarom van belang tot een goede afstemming van werkzaamheden op dit terrein te komen.

Kennis over instrumenten op het terrein van de jeugdzorg

Om een overzicht te kunnen bieden van de in Nederland aanwezige instrumenten voor signalering, diagnostiek en indicatiestelling binnen de Jeugdzorg, is er gezocht in de Nederlandstalige literatuur naar informatie over de beschikbaarheid van instrumenten en het gebruik ervan.

De beschikbaarheid van instrumenten

Uit de inventarisatie blijkt dat er een groot aantal instrumenten beschikbaar is.

De meeste instrumenten hebben een diagnostisch doel of zijn te gebruiken bij het stellen van indicaties. Daarnaast zijn er ook een behoorlijk aantal instrumenten die geschikt zijn voor het (vroegtijdig) signaleren van problemen door het screenen van jeugdigen in grotere populaties. Er zijn veel minder instrumenten gevonden voor risicotaxatie (het inschatten van risicovolle situaties bijvoorbeeld bij kindermishandeling en gedragsproblemen) en instrumenten voor het evalueren van (effecten van) door jeugdigen ontvangen zorg zijn in mindere mate beschikbaar. Veruit de meeste instrumenten zijn gericht op (intra-)psychische problemen en eigenschappen. Combineren we bovenstaande gegevens, dan blijkt dat de meeste instrumenten gericht zijn op het diagnosticeren van psychische problemen en eigenschappen en van vaardigheden.

In tabel B is een overzicht opgenomen van de gevonden instrumenten, gerangschikt naar de leeftijdsgroep waarvoor de instrumenten bedoeld zijn. Vanwege het grote aantal gevonden instrumenten, worden in de tabel afkortingen gehanteerd om de instrumenten aan te duiden. De lijst met afkortingen is eerder in dit rapport (achterin het derde deelrapport) te vinden.

De resultaten van deze indeling tonen aan dat er vooral voor kinderen in de basisschoolleeftijd en voor adolescenten instrumenten beschikbaar zijn. Dit betekent echter niet dat er voor deze beide leeftijdsgroepen geen aandacht meer besteed hoeft te worden aan het ontwikkelen of uittesten van instrumenten.

In deze studie hebben we alleen kunnen ordenen voor welke leeftijdsgroep de gevonden instrumenten bedoeld zijn. Of er voor alle probleemgebieden binnen de onderscheiden leeftijdscategorieën voldoende goede instrumenten beschikbaar zijn, hebben we nog niet kunnen nagaan. Dit is een noodzakelijke volgende stap.

Tabel A. In Nederland beschikbare interventies die (internationaal) onderzocht zijn én recent geïmplementeerde interventies die in het buitenland effectief bleken en waar nu onderzoek naar loopt, ingedeeld naar leeftijdsgroep en probleemgroep

Probleem groepen	Zwangerschap & babytijd	(Ouders van) Peuters	(Ouders van) Kleuters	(Ouders van) Basisschool kinderen	(Ouders van) Pubers	(Ouders van) Jong volwassenen
Internaliserende problemen				- EMDR - Gedragstherapie - Coping Koala programma - Gezinscognitieve gedragstherapie	- EMDR - Gedragstherapie - Cursus stemmingmakerij	
Autisme			<u>internationaal:</u> <u>muziektherapie</u>	- Medicatie - Trainingsprogramma <u>internationaal:</u> <u>muziektherapie</u>	<u>internationaal:</u> <u>muziektherapie</u>	<u>internationaal:</u> <u>muziektherapie</u>
ADHD				- Videohometraining - Medicatie - Gedragstherapie door ouders (mediatietherapie) - Oudercursus - Multimodale gedragstherapie - Begeleiding in dagcentrum	- Begeleiding in dagcentrum	
Anger control/ Problem solving skills			- Sociale vaardigheidstraining	- Zelfcontrole - Utrecht Coping Power Programma (UCPP)	- Training emotionele en cognitieve vaardigheden (TECV) - Zelfredzaamheidsprogramma (lvg)	Zelfredzaamheidsprogramma lvg residentieel
Milde gedragsproblemen	- videofeedback interventie <u>internationaal:</u> <u>speltherapie</u> <i>lopend onderzoek:</i> <i>Triple P</i>	- Gordon cursus - videofeedback interventie <u>internationaal:</u> <u>speltherapie</u> <i>lopend onderzoek:</i> <i>Triple P</i> <i>Incredible years</i>	- Gordon cursus - videofeedback interventie <u>internationaal:</u> <u>speltherapie</u> <i>lopend onderzoek:</i> <i>Triple P</i> <i>Incredible years</i> <i>Parent Management Training Oregon (PMTO)</i>	- Beeldcommunicatie (vorm van speltherapie) <u>internationaal:</u> <u>speltherapie</u> <i>lopend onderzoek:</i> <i>Triple P</i> <i>Incredible years</i> <i>Parent Management Training Oregon (PMTO)</i> <i>Multisystem Therapy (MST)</i> <i>Functional Family Therapy (FFT)</i>	- Omgaan met Pubers <i>lopend onderzoek:</i> <i>Multisystem Therapy (MST)</i> <i>Functional Family Therapy (FFT)</i>	

Probleem groepen	Zwangerschap & babytijd	(Ouders van) Peuters	(Ouders van) Kleuters	(Ouders van) Basisschool kinderen	(Ouders van) Pubers	(Ouders van) Jong volwassenen
Emotionele en gedragsproblemen	<i>lopend onderzoek: Triple P</i>	<i>lopend onderzoek: Triple P Incredible years</i>	<i>lopend onderzoek: Triple P Incredible years Parent Management Training Oregon (PMTO)</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Videohome training -therapeutisch pleeggezin -Verblijf in pleeggezin -Forza -Verblijf in pedologisch instituut -Projecten ervaringsleren in tehuizen -Verblijf in KJP klinieken -Verblijf in diverse typen tehuizen <p><u>internationaal: (therapeutische) pleegzorg en residentiële behandeling</u></p> <p><i>lopend onderzoek: triple P Incredible years Parent Management Training Oregon (PMTO) Multisystem Therapy (MST) Functional Family Therapy (FFT)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Video home training -Therapeutisch pleeggezin -Verblijf in pleeggezin -BJ daghulp -Boddaert daghulp -Licht ambulante hulp -Intensieve ambulante hulp -Beter met thuis -Residentieel gedragtherapeutisch programma -Verblijf in pedologisch instituut -Projecten ervaringsleren in tehuizen -Verblijf in KJP klinieken – verblijf in diverse typen tehuizen <p><u>internationaal: (therapeutische) pleegzorg en residentiële behandeling</u></p> <p><i>lopend onderzoek: Multisystem Therapy (MST) Functional Family Therapy (FFT)</i></p>	
Antisociaal en delinquent gedrag				<ul style="list-style-type: none"> - STOP reactie - Nijmeegs gezinsproject - OUDERS van Tegendraadse Jeugd 	<ul style="list-style-type: none"> -Jeugdreclassering -Nieuwe perspectieven -ITB/harde kern -Youth at Riks (YAR) -Electronisch huisarrest -Nijmeegs gezinsproject -HALT (negatief!) -OUDERS van Tegendraadse Jeugd -Psychiatrische kliniek -Residentieel gedragtherapeutisch programma -JJI's -Jeugdforensische kliniek 	

				<u>internationaal:</u> <u>(therapeutische) pleegzorg</u> <u>en residentiële behandeling</u>	- Glenn Mills - JJI met Equip programma - JJI met competentie model <u>internationaal:</u> <u>(therapeutische) pleegzorg</u> <u>en residentiële behandeling</u>	
Thuisloos					- T-teams - Vertrektraining	
Gezinnen met meervoudige problematiek		Video Home training plus project aan huis	Video Home training plus project aan huis	- Video Home training plus project aan huis - Families First (FF) - FF Ivg - De Versterking - Orthopedagogische thuishulp - Orthopedagogische videogezinsbegeleiding - Multifunctioneel aanbod (MFA) - Hulp in eigen omgeving (HEO) - Gezinsbehandeling (GBH) - Gezinsdagbehandeling (GDB) - Intensief (ambulante) gezinsbegeleiding - Hulp aan Huis	- Video Home training plus - Project aan huis - De Versterking - Hulp aan Huis - Orthopedagogische video gezinsbegeleiding	
Overige Problemen	- Video feedback training gehechtheid	- Verblijf in tehuis - Verblijf in pleeggezin	- Droog bed training - Verblijf in tehuis - Verblijf in pleeggezin - Let op de Kleintjes	- Verblijf in tehuis - Verblijf in pleeggezin - Match (Big brother, big sister) - Let op de Kleintjes	- Scholings- en vormingsprojecten - Verslavingsprogramma - Pretty Woman - Foyer de Jeunesse	

Het gebruik van instrumenten

Over het daadwerkelijk gebruik van de beschikbare instrumenten is maar weinig bekend. Er zijn maar een paar studies gevonden waarin het gebruik van instrumenten is bekeken. Hieruit blijkt dat er weinig gebruik gemaakt wordt van gestandaardiseerde instrumenten. Het gebruik verschilt per instellingen en zelfs per professional. Ondanks de aanwezigheid van protocollen en handboeken waarin het gebruik van bepaalde instrumenten wordt voorgeschreven of aangeraden, lijkt er maar weinig gestandaardiseerd te zijn.

De kwaliteit van de instrumenten

Waarschijnlijk ligt de oorzaak van de lage gebruikscijfers in de onbekendheid van de meeste instrumenten. Bovendien blijkt er maar bij ongeveer de helft van de beschikbare instrumenten informatie te zijn over de kwaliteit van de instrumenten. Slechts van een deel van de instrumenten is bewezen dat ze bruikbaar zijn voor de klinische praktijk. Van andere instrumenten is de kwaliteit onvoldoende of niet onderzocht. Er zijn voor veel doeleinden instrumenten beschikbaar, maar of ze gebruikt worden en te gebruiken zijn, daarover is maar weinig bekend. Dit zou in een vervolg op deze eerste inventarisatie onderzocht moeten worden. Dat is precies wat het doel is van de Databank Instrumenten Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden die in ontwikkeling is van het Nederlands Jeugdinstituut. De databank moet een overzicht (gaan) bieden van alle beschikbare, Nederlandse instrumenten voor de jeugdzorg, jeugdwelzijn en aanpalende sectoren. Elk instrument wordt beschreven en ingedeeld naar type en onderwerp. In de toekomst zal waarschijnlijk een commissie uitspraken gaan doen over de bruikbaarheid en kwaliteit van de instrumenten in deze databank. Deze databank zou bij moeten dragen aan de bekendheid van beschikbare instrumenten en zou kunnen uitwijzen voor welke doelgroepen en problemen er weinig tot geen bruikbare instrumenten beschikbaar zijn.

Onze inventarisatie in deze programmeringsstudie biedt nadrukkelijk een globaal beeld.

Voor een compleet en betrouwbaar beeld van de beschikbare instrumenten is diepgaander onderzoek nodig en dat is precies waar het project rondom de databank op gericht is.

Bij het uitzetten van nader onderzoek over instrumenten op het terrein van jeugd en opvoeding is afstemming met de werkzaamheden rond deze databank dan ook dringend gewenst.

Tabel B. Indeling van de gevonden instrumenten naar type en leeftijdsgroep.

	Vroegtijdige signalering en screening	Risicotaxatie	Diagnostiek en indicatiestelling	Effectmeting en evaluatie
Zwangerschap en babytijd (-9 maanden tot 1 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASQ:SE ▪ BPTV ▪ CTSPC ▪ DOS ▪ PSI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAPI ▪ CARE nl ▪ DFSI ▪ Schaal ernstige kindermishandeling ▪ STEP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BOS ▪ CHAT ▪ DISCO ▪ JIM ▪ KID-N ▪ RED ▪ STEP ▪ Vineland-z ▪ VSP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BESTE
Peutertijd (1 tot 4 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASQ:SE ▪ AUTI-R ▪ BPTV ▪ CBCL ▪ CBQ ▪ CSI ▪ C-TRF ▪ CTSPC ▪ DOS ▪ GOS ▪ GROSS vormbord ▪ BITSEA ▪ KIPPPPI ▪ Locus of Control Lijst ▪ NCKS ▪ NVOS ▪ PSC ▪ PSI ▪ VMG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAPI ▪ CARE nl ▪ ITSEA ▪ schaal ernstige km België ▪ STEP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ ADI-R ▪ ADOS ▪ AVZ-R ▪ BOS ▪ CARS ▪ CHAT ▪ CSBI ▪ DISCO ▪ JIM ▪ KABC ▪ LAGKO ▪ MOS ▪ PRTI ▪ RED ▪ SCVT ▪ SON ▪ STEP ▪ TSCYC ▪ Vineland-z ▪ VSP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BESTE
Kleutertijd (4 tot 6 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASQ:SE ▪ AUTI-R ▪ CBCL ▪ CBQ ▪ CDC ▪ CSI ▪ CTSPC ▪ DOS ▪ FRT ▪ GROSS vormbord ▪ KIPPPPI ▪ LSPPK ▪ NCKS ▪ NOK ▪ NVOS ▪ PSC ▪ PSI ▪ SDQ ▪ SPsy ▪ TRF ▪ VMG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAPI ▪ CARE nl ▪ STEP ▪ VVA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ ADI-R ▪ ADOS ▪ AVL ▪ AVZ-R ▪ CARS ▪ CAS ▪ CSBI ▪ DISCO ▪ DSMD ▪ JIM ▪ KABC ▪ LAGKO ▪ LDT ▪ MOS ▪ NOSI ▪ PRTI ▪ RAKIT ▪ STEP ▪ RED ▪ SCVT ▪ SEV ▪ SGZ ▪ SON ▪ SRZ ▪ TSCYC ▪ Vineland-z ▪ VISK ▪ WPPSI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BESTE
Scholieren (basisschool) (6 tot 12 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASL ▪ ASO ▪ AUTI-R ▪ CBCL ▪ CCI ▪ CDC ▪ CSI ▪ CTSPC ▪ DPS-4 ▪ FRT ▪ JVQ ▪ MASC ▪ NCKS ▪ NGT ▪ NLD-schalen ▪ NVOS ▪ PSC ▪ PSI ▪ PSYBOBA ▪ Raven PM ▪ SDQ ▪ SIQ-jr ▪ SPsy ▪ TRF ▪ TVZ ▪ VMG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAPI ▪ CARE nl ▪ EARL2oB ▪ Signalerings-instrument 12- ▪ SOG ▪ STEP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ ABV-K ▪ ADIKA ▪ ADI-R ▪ ADISC-C ▪ ADOS ▪ AKGL ▪ AVL ▪ AVZ-R ▪ CARS ▪ CAS ▪ CBSK ▪ CSBI ▪ CTRS ▪ Denk 2.3 ▪ DISC ▪ DISCO ▪ DSMD ▪ DSM-IV Vragenlijst ▪ DVK ▪ GBG ▪ GBI ▪ JIM ▪ KABC ▪ KDS ▪ LAGKO ▪ LDT ▪ LEM ▪ MOS ▪ MOV/MOM ▪ NOSI ▪ NPV-J ▪ OKIV-R ▪ RAKIT ▪ RED ▪ SAS-K ▪ SCARED ▪ SCAS ▪ SCICA ▪ SCVT ▪ SEV ▪ SGZ ▪ SIDAC ▪ SIT ▪ SON ▪ SRZ ▪ STEP ▪ TSCC ▪ TSCYC ▪ VAK ▪ Vineland-z ▪ VISK ▪ VSPS ▪ VSVJ ▪ WPPSI ▪ YSR ▪ ZBV-K 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BESTE

Pubers (13 tot 18jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASL ▪ ATC ▪ ATL ▪ CBCL ▪ CDC ▪ CSI ▪ CTSPC ▪ DPS-4 ▪ GBI ▪ JVQ ▪ KIVPA ▪ LGV 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MASC ▪ NCKS ▪ NVOS ▪ PSC ▪ Raven PM ▪ SDQ ▪ SIQ ▪ SPsy ▪ TRF ▪ TVZ ▪ VMG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AAPI ▪ BDHI-D ▪ CAPI ▪ CARE nl ▪ RISc ▪ SOG ▪ Signalerings- instrument 12+ ▪ SAVRY ▪ STEP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ ABV-K ▪ ADIKA ▪ ADI-R ▪ ADISC-C ▪ ADOS ▪ AVL ▪ AVZ-R ▪ CARS ▪ CAS ▪ CBSA ▪ CERQ ▪ CTRS ▪ DISC ▪ DISCO ▪ DSMD ▪ DSM-IV Vragen- lijst ▪ FFPI ▪ GIT ▪ IOA ▪ JIM ▪ KDS ▪ KLAD ▪ LAGKO ▪ MAYSI ▪ MOV/MO M ▪ NOSI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NPV-J ▪ OKIV-R ▪ RED ▪ REISS Screen ▪ SCARED ▪ SCAS ▪ SCICA ▪ SEV ▪ SGZ ▪ SIDAC ▪ SIG-A ▪ SIT ▪ SON ▪ SRZ ▪ STEP ▪ TSCC ▪ TVA ▪ UCL-A ▪ Vineland-z ▪ VISK ▪ VSPS ▪ VSVJ ▪ WAIS ▪ YSR ▪ ZBV-K 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BESTE ▪ C-toets ▪ GAS
Jong volwassenen (18 tot 23 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASL ▪ ATC ▪ LGV ▪ Raven PM ▪ TVZ 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ BDHI-D ▪ RISc 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABC ▪ ADI-R ▪ AVZ-R ▪ CERQ ▪ FFPI ▪ GAS ▪ GBI ▪ GIT 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IOA ▪ REISS Screen ▪ SGZ ▪ SRZ ▪ TVA ▪ WAIS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪
Gezinnen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A-PARI ▪ BSS ▪ CTSPC ▪ FRT ▪ GEST ▪ KIPPPPI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ LGV ▪ NGT ▪ NVOS ▪ Ouder- schaps- gesprek ▪ VGF 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAPI ▪ CARE nl 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GIOS ▪ GKS ▪ NOSI ▪ PVL ▪ VGFO ▪ VGP ▪ VOVG ▪ VOVO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	
Onbekend of niet gespecificeerd	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAFAS 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ SPUTOVAMO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CASI ▪ ESSEON ▪ PSWQ-C ▪ SAFE ▪ SPA-I ▪ VOG ▪ VvGK ▪ WISC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GGZ ▪ Jeugd- thermo- meter ▪ KWAZOP ▪ MESSY 	

Literatuur samenvatting en slotbeschouwing

- Alexander, J. F., Pugh, C., Parsons, B., & Sexton, T. (2000). *Functional Family Therapy*. Blueprints for violence prevention. Boulder, Colo: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado at Boulder.
- Elliot, D. S., Webster-Stratton, C., Mihalic, S., Fagan, A., Arnold, D., Taylor, T., & Tingley, C. (2001). *The incredible years : parent, teacher and child training series*. Blueprints for violence prevention, bk. 11. Boulder, Colo: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado at Boulder.
- Forgatch, M. S., Bullock, B. M., & Patterson, G. R. (2004). From theory to practice: increasing effective parenting through role-play. The Oregon model of parent management training (PMTO). In: H. Steiner, K. Chang, J. Lock, & J. Wilson (Eds.), *Handbook of mental health intervention in children and adolescents: An integrated developmental approach* (782-812). Hoboken: Yossey-Bass.
- Henggeler, S. W. (Eds) (2001). *Multisystemic Therapy*. Blueprints for violence prevention. Boulder, Colo: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado at Boulder.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). Theroretical, scientific and clinical foundations of the Triple P- Positive Parenting Program: Apopulation approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*, 1, 1-21.