

## Interventie

### Multisysteem Therapie (MST)

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 8 december 2021

Oordeel: Effectief volgens:

- eerste aanwijzingen voor effectiviteit voor de uitkomstmaat criminaliteit.
- goede aanwijzingen voor effectiviteit voor enkele secundaire uitkomstmaten, te weten: ernstige gedragsproblemen, gezinsproblematiek, ODD, CD en vermogensdelicten.

De referentie naar dit document is: MST-Nederland/België (20 mei 2021).

Justitieinterventies.nl: beschrijving Multisysteem Therapie (MST). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van [www.justitieinterventies.nl](http://www.justitieinterventies.nl).

# Inhoud

<b>Inhoud .....</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting .....</b>	<b>4</b>
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving.....</b>	<b>6</b>
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	8
1.3 Aanpak .....	9
<b>2. Uitvoering .....</b>	<b>15</b>
<b>3. Onderbouwing.....</b>	<b>21</b>
<b>4. Onderzoek.....</b>	<b>28</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	28
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	32
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen .....</b>	<b>37</b>
<b>Aangehaalde literatuur .....</b>	<b>39</b>

## Samenvatting

Multisysteem Therapie (MST) is een intensieve gezinsbehandeling in de thuissituatie. MST richt zich op jongeren van 10 tot 19 jaar met ernstige gedragsproblemen, en hun opvoeder(s). Het grensoverschrijdende probleemgedrag doet zich voor op meerdere levensgebieden (zoals thuis, op school of op straat) en is dermate ernstig dat de jongere uit huis geplaatst dreigt te worden of uit huis geplaatst is. Het hoofddoel van MST is het verminderen van de ernstige gedragsproblemen van de jongere en ervoor te zorgen dat het gezin en de omgeving in staat zijn om toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden, zodat de jongere thuis kan (blijven) wonen en uithuisplaatsing wordt voorkomen of verkort. De behandeling duurt gemiddeld vier tot vijf maanden, waarbij een gezin 24/7 een therapeut ter beschikking heeft. De behandeltechnieken en -strategieën die tijdens MST worden ingezet zijn gericht op de jongere zelf, het gezin, de school, het contact met leeftijdsgenoten en de buurt. Kenmerkend voor MST is het sterke kwaliteitssysteem.

## Doelgroep

Multisysteem Therapie (MST) is bedoeld voor gezinnen met jongeren van 10 tot 19 jaar die ernstige gedragsproblemen vertonen, zoals agressie, spijbelen, plegen van delicten, weglopen, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden. Het grensoverschrijdende probleemgedrag doet zich voor op meerdere levensgebieden (zoals thuis, op school of op straat) en is dermate ernstig dat de jongere uit huis geplaatst dreigt te worden of uit huis geplaatst is.

## Doel

Het hoofddoel van MST is het verminderen van de ernstige gedragsproblemen van de jongere en ervoor te zorgen dat het gezin en de omgeving in staat zijn om toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden, zodat de jongere thuis kan (blijven) wonen en uithuisplaatsing wordt voorkomen of verkort.

## Aanpak

MST is een intensieve gezinsbehandeling van gemiddeld vier tot vijf maanden, waarin het gezin 24/7 een therapeut ter beschikking heeft. In alle systemen rondom de jongere zoekt de MST therapeut met de sleutelfiguren (belangrijke betrokkenen) naar factoren die samenhangen met het probleemgedrag en in al die systemen intervenueert MST. MST werkt met een analytisch model en behandelprincipes die op maat worden ingezet. De MST therapeut zet behandeltechnieken en -strategieën in die bewezen effectief zijn, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, strategische en structurele systeemtherapie en contingency management. De behandeling is voortdurend gericht op het versterken van de probleemoplossende vaardigheden van het gezin, de opvoedvaardigheden van de opvoeders en het sociale netwerk, zodat de veerkracht van het gezin wordt vergroot en het gezin beter in staat is problemen duurzaam zelf op te lossen in de toekomst. MST therapeuten zijn gecertificeerd en werken in teamverband. Vanwege de intensiteit van de behandelingen heeft een MST therapeut een kleine caseload van gemiddeld vier tot vijf gezinnen. Kenmerkend voor MST is het sterke kwaliteitssysteem, met onder meer doorlopende scholing, wekelijkse supervisie en consultatie en het meten en monitoren van alle behandelresultaten.

## Materiaal

Therapeuten en supervisoren ontvangen bij de MST basisopleiding het Nederlandse MST handboek; deze is eveneens verkrijgbaar via de boekhandel (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2010). Voor supervisoren, experts en programmamanagers zijn daarnaast specifieke handleidingen beschikbaar met betrekking tot hun rol. Verder heeft MST een uitgebreide internationale online database, een Nederlandse database voor MST experts en een online bibliotheek voor MST aanbieders. Deze databases worden voortdurend aangevuld en vernieuwd en zijn bedoeld ter ondersteuning van de therapeuten, supervisoren, experts en programmamanagers. Ze bevatten een grote verscheidenheid aan materialen, zoals toolkits, werkformulieren, achtergronden en richtlijnen.

## Onderbouwing

MST is een multisystemische interventie in de leefomgeving van de jongere. De behandeling is gericht op de jongere, de opvoeders en factoren buiten het gezin, zoals omgang met leeftijdsgenoten, school en het sociale netwerk. In MST staat het analytisch proces centraal, waarbinnen voortdurend wordt gewerkt aan het verminderen van de risicofactoren en het versterken van de beschermende factoren die op dat moment een

rol spelen in het probleemgedrag van de jongere. De behandeling sluit daardoor optimaal aan bij de risico's, behoeften en mogelijkheden van de jongere en zijn omgeving (het RNR model). Aan MST ligt bovendien de theorie van verandering ten grondslag, die hoofdzakelijk gebaseerd is op verschillende aspecten van de sociaalecologische theorie van Bronfenbrenner (1979) en waarvan de werkzaamheid is aangetoond (Deković, Asscher, Manders, Prins & Van der Laan, 2012). Het uitgangspunt is dat het de ernstige gedragsproblemen van de jongere worden veroorzaakt door kenmerken van de jongere zelf, het gezin, de vriendengroep, de school en de buurt. Het probleemgedrag is alleen te begrijpen als het gezien wordt binnen deze systemen en in de natuurlijke context. Vanuit deze visie komt de therapeut aan huis, zoekt de therapeut samen met de sleutelfiguren altijd in alle systemen naar oorzaken voor het probleemgedrag en werken de therapeut en opvoeders samen met alle systemen rondom de jongere om het probleemgedrag te verminderen. De therapeut gebruikt technieken die altijd bewezen effectief zijn voor de factoren die ermee beïnvloed moeten worden.

## Onderzoek

Multisysteem Therapie is een evidence based practice (EBP). Er is wereldwijd veel onderzoek gedaan naar MST: er zijn 85 studies voltooid, waaraan meer dan 58.000 gezinnen hebben deelgenomen en welke hebben geleid tot meer dan 160 peer-reviewed wetenschappelijke publicaties (MST Services, 2021). De effectiviteit voor jongeren met ernstige gedragsproblemen is herhaaldelijk aangetoond, waardoor MST wereldwijd is erkend door Blueprints<sup>1</sup> op het hoogste niveau. Ook in Nederland is veel onderzoek uitgevoerd naar MST. Een Nederlandse gerandomiseerde studie (RCT) heeft de effectiviteit van MST in Nederland aangetoond (Asscher et al., 2013), evenals de werkzaamheid van de 'MST theorie van verandering': doordat opvoeders zich competentier voelen, verbeteren hun opvoedvaardigheden en daardoor vermindert het probleemgedrag van de jongere (Deković et al., 2012). Uit een Nederlandse meta-analyse naar wereldwijd onderzoek naar MST blijkt dat MST effectief is in het verminderen van ernstige gedragsproblemen, recidive, uithuisplaatsing, gezinsproblematiek, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden (Van der Stouwe, Asscher, Stams, Deković & Van der Laan, 2014). De positieve effecten van MST in Nederland zijn vergelijkbaar met de positieve bevindingen in de Verenigde Staten en Noorwegen en houden op de lange termijn duurzaam stand (Asscher et al., 2013; Asscher et al., 2014). Bovendien is MST kosteneffectief met een maatschappelijke besparing van ongeveer 50% ten opzichte van de controleconditie (Vermeulen, Jansen, Knorth, Buskens & Reijneveld, 2017).

---

<sup>1</sup> Blueprints for Healthy Youth Development, <https://www.blueprintsprograms.org/>.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### Uiteindelijke doelgroep

Multisysteem Therapie (MST) is bedoeld voor jongeren van 10 tot 19 jaar met ernstige gedragsproblemen, zoals agressie, spijbelen, plegen van delicten, weglopen, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden. Het grensoverschrijdende probleemgedrag doet zich voor op meerdere levensgebieden (zoals thuis, op school of op straat) en is dermate ernstig dat de jongere uit huis geplaatst dreigt te worden of uit huis geplaatst is.

### Intermediaire doelgroep

MST richt zich voor een aanzienlijk deel op de verantwoordelijke opvoeders; zij vormen de intermediaire doelgroep van MST. Het is dan ook van belang dat de opvoeders gedurende de behandeling de verantwoordelijkheid willen dragen voor de jongere. In het algemeen is kenmerkend voor de opvoeders dat de opvoedtaak als (te) zwaar wordt ervaren en dat de opvoeders zich ernstig belast voelen.

### Selectie van doelgroepen

#### Inclusiecriteria en exclusiecriteria

Om in aanmerking te komen voor een MST behandeling, hanteert MST de volgende inclusiecriteria:

- De aangemelde jongere is tussen de 10 en 19 jaar oud<sup>2</sup>.
- De aangemelde jongere vertoont ernstige gedragsproblemen (zoals agressie, spijbelen, plegen van delicten, weglopen, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden) op ten minste twee levensgebieden. Naast externaliserende problematiek kan sprake zijn van comorbide internaliserende problematiek.
- Er is een gezin waar de jongere woont of kan wonen, waarin de opvoeders voor langere tijd de verantwoordelijkheid dragen voor de jongere. Het is niet noodzakelijk dat een jongere zelf gemotiveerd is voor behandeling.
- Er kan een civiel- of strafrechtelijk kader zijn, zoals een ondertoezichtstelling (OTS) of jeugdreclasseringsmaatregel (JR), of een vrijwillig kader waarin nadrukkelijk een te grote opvoedingsbelasting wordt aangegeven door de opvoeder.
- Er is een verhoogd risico op uithuisplaatsing van de jongere of de jongere is al uithuisgeplaatst in een justitiële jeugdinrichting (JJI), open of gesloten jeugdzorg of klinische opname.

Daarnaast hanteert MST de volgende exclusiecriteria:

- De jongere woont zelfstandig.
- De jongere vertoont ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag zonder enige andere vorm van ernstige gedragsproblemen; voor deze jongeren is de adaptatie MST-PSB (Problem Sexual Behavior) ontwikkeld.
- De jongere gedraagt zich actief suïcidaal, acuut psychotisch en/of homicidaal, waarvoor een crisisinterventie in de vorm van een opname nodig is. Na een (korte) opname en/of instelling op medicatie kan MST mogelijk wel plaatsvinden. In geval van ernstige psychiatrische problemen is de adaptatie MST-Psychiatric geschikt.

---

<sup>2</sup> Sinds 2021 is de leeftijdsrange officieel verruimd om MST beter uit te kunnen voeren in de Nederlandse context. De afgelopen jaren zijn steeds vaker 10- en 11-jarigen op casusniveau geïndiceerd, omdat zij in sterk toenemende mate gedrag vertonen dat voorheen vooral bij oudere kinderen werd gezien en past binnen de inclusiecriteria van MST. Daarnaast wordt de behoefte gezien om 18-jarigen (voort) te behandelen met MST en flexibeler te kunnen omgaan met de grens 18-/18+, mede omdat jongeren steeds langer thuis blijven wonen en aansluitend bij verlengde jeugdhulp. Uit onderzoek (Peters, Schmitz & Van der Rijken, 2021) blijkt dat MST behandeling bij deze leeftijden succesvol is en er even goede behandelresultaten worden behaald.

- De jongere heeft een ernstige leerbeperking (IQ lager dan 50).<sup>3</sup>
- De jongere heeft een ernstige mate van autisme (niveau 2 en 3 in het autismespectrum volgens de DSM-V; American Psychiatric Association, 2013).<sup>4</sup>

### **Selectie van jongeren vanuit strafrechtelijk en civielrechtelijk kader**

Bij strafrechtelijke verwijzingen wordt het Landelijk Instrumentarium Strafrechtketen Jeugd (LIJ; Spanjaard et al., 2013) gebruikt om te bepalen of een jongere in aanmerking komt voor een MST behandeling. Het LIJ indiceert MST wanneer sprake is van een midden of hoog algemeen recidiverisico en/of dynamisch risicoprofiel, een midden of hoog recidiverisico op het domein gezin en minimaal een midden recidiverisico op minimaal één van de domeinen school, werk/vrije tijd/financiën, relaties, alcohol en drugs, houding, agressie en/of vaardigheden. Binnen het strafrechtelijk kader kan MST bovendien ingezet worden als gedragsbeïnvloedende maatregel (GBM) door de Raad voor de Kinderbescherming. Op basis van een haalbaarheidsonderzoek door de jeugdreclasserder beslist de rechter of de GBM wordt opgelegd.

Bij civielrechtelijke verwijzingen zijn ernstige zorgen over de ontwikkeling van het kind binnen het gezin, op school en in de interactie met leeftijdgenoten redenen voor verwijzing. Wanneer opvoeder(s) en verwijzer denken dat MST passend is bij de ernst van de problematiek, neemt de verwijzer contact op met de MST supervisor van het MST team. Wanneer verwijzer en/of opvoeders vragen hebben over de inzet van MST, kan eveneens contact opgenomen worden met de MST supervisor voor snel en laagdrempelig overleg.

De MST supervisor toetst in overleg met de verwijzer aan de hand van de aanmeldcriteria en een klinische inschatting van de ernst van de problematiek of een MST behandeling zinvol kan zijn. Vervolgens wordt in een intake bij het gezin thuis uitgelegd wat een MST behandeling inhoudt en wordt besproken wat ieders verwachting is. Bij dit gesprek zijn in ieder geval de jongere en de opvoeder(s) aanwezig, evenals de verwijzer en eventuele steunfiguren. In dit gesprek kunnen onduidelijkheden die nog bestaan ten aanzien van de aanmeldcriteria opgehelderd worden en wordt gezamenlijk besloten of MST wordt ingezet.

### **In kaart brengen van problematiek middels vragenlijsten**

Wanneer MST geïndiceerd is en de behandeling start, wordt een nulmeting gedaan middels vragenlijsten. De vragenlijsten betreffen sociaal-demografische gegevens (SDI; Praktikon/ MST-Nederland/België, 2012), aard en ernst van de gedragsproblematiek (Child Behavior Checklist en Youth Self Report; Achenbach & Rescorla, 2001) en belasting van de opvoeders (Opvoedingsbelastingvragenlijst; Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen & Veerman, 2012). De resultaten helpen om bij de start van de behandeling, naast het gesprek met gezin, verwijzer en eventuele steunfiguren, een goed beeld te krijgen van de aard en ernst van de problemen. Aan het einde van de behandeling worden de vragenlijsten opnieuw ingevuld. Door het vergelijken van de nulmeting met de resultaten bij einde behandeling, wordt het behandelingseffect zichtbaar gemaakt en met het gezin besproken.

### **Betrokkenheid doelgroep**

MST is eind jaren zeventig ontwikkeld in de Verenigde Staten aan de psychologische faculteit van de universiteit van Memphis, specifiek voor jongeren in achterstandsbuurten uit gezinnen met meervoudige en complexe problemen. De doelgroep is altijd betrokken geweest bij onderzoek naar de effectiviteit van MST (Henggeler, 2011). Daarnaast is de doelgroep betrokken bij de doorontwikkeling van MST, doordat gezinnen gedurende de behandeling maandelijks worden gebeld door een onafhankelijk onderzoeksbureau (Praktikon) om feedback te geven op de modeltrouw ('adherence') van de therapeut middels een vragenlijst (TAM, therapist adherence measure). De uitkomsten hiervan worden verwerkt in de individuele ontwikkelingsplannen van MST therapeuten, de op maat gemaakte boosters (verdiepingstrainingen) en het halfjaarlijkse Programma Implementatie Rapport (PIR) per MST team. De kwaliteit van de uitvoering van MST wordt op deze manier voortdurend verbeterd op basis van de feedback van de gezinnen. De feedback die de doelgroep maandelijks geeft via het telefonische interview waarin de TAM wordt afgenomen, draagt ook in

<sup>3</sup> Naar aanleiding van wetenschappelijk onderzoek naar en doorontwikkeling van MST voor gezinnen met een jongere en/of opvoeders met een licht verstandelijke beperking, is de IQ grens verlaagd voor jongeren die in aanmerking komen voor MST (zie 'Onderzoek').

<sup>4</sup> MST-Nederland/België is betrokken bij de ontwikkeling van de adaptatie MST-ASD (Autism Spectrum Disorder), bedoeld voor jongeren met een zwaardere stoornis in het autismespectrum, niveau 2 en 3.

breder zinnen bij aan de doorontwikkeling van de interventie. Zo zijn de resultaten van de TAM nadrukkelijk gebruikt in een onderzoek naar de implementatie van MST, waardoor beter zicht is gekomen op randvoorwaarden die bijdragen aan hogere modeltrouw. Verder meten MST aanbieders bij einde behandeling hoe hoog de cliënttevredenheid is. De uitkomsten hiervan worden geëvalueerd en waar nodig worden verbeteringen doorgevoerd.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Het hoofddoel van MST is het verminderen van de ernstige gedragsproblemen van de jongere en ervoor te zorgen dat het gezin en de omgeving in staat zijn om toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden, zodat de jongere thuis kan (blijven) wonen en uithuisplaatsing wordt voorkomen of verkort.

Dit betekent concreet dat MST aan het eind van de behandeling de volgende hoofdresultaten ('Ultimate Outcomes') behaalt:

1. De jongere blijft thuis wonen (uithuisplaatsing voorkomen) of woont weer thuis (uithuisplaatsing verkort).
2. De jongere gaat naar school of heeft werk/geïndiceerde dagbesteding.
3. De jongere vertoont geen delictgedrag dat leidt tot een actie door het systeem (zoals verwijzing naar Halt of gerechtelijke vervolging).

*Indien van toepassing:*

4. De jongere heeft het problematisch middelengebruik en/of excessief gamen/gokken/internetgedrag verminderd, zodat er geen sprake meer is van nadelige beïnvloeding van het dagelijks functioneren.<sup>5</sup>

### Subdoelen

Om de hoofddoelen te behalen werkt de MST therapeut met de belangrijke betrokkenen in de behandeling aan de volgende instrumentele resultaten ('Instrumental Outcomes'), oftewel subdoelen:

- a. De opvoedingsvaardigheden van de opvoeder(s) zijn zodanig verbeterd dat de opvoeder toekomstige problemen kan hanteren (zoals de opvoeder hanteert voldoende toezicht, de opvoeder biedt de jongere voldoende grenzen in de vorm van regels).
- b. Er zijn duidelijke aanwijzingen voor verbeterde gezinsrelaties, die van invloed waren op het verwijsgedrag van de jongere (zoals meer positieve interacties tussen de gezinsleden en minder conflicten).
- c. Het gezin heeft zijn informeel sociaal netwerk versterkt en de gezinsleden hebben laten zien over vaardigheden te beschikken die nodig zijn om informele en formele ondersteuning waar nodig in te zetten.
- d. De jongere laat zien succesvol te zijn op school of werk/geïndiceerde dagbesteding.
- e. De jongere is betrokken bij prosociale leeftijdgenoten en activiteiten (bijvoorbeeld lidmaatschap van een sportclub of een bijbaan) en heeft minimaal contact met jongeren die een negatieve invloed hebben.
- f. De veranderingen in het gedrag van de jongere en in de systemen die bijdroegen aan het verwijsgedrag lijken duurzaam en houden in ieder geval 3 tot 4 weken stand.

Bij afsluiting van de MST behandeling evalueert de MST therapeut met de sleutelfiguren (belangrijke betrokkenen) aan de hand van vaste criteria of een subdoel is bereikt. Daarnaast neemt de MST aanbieder aan het begin en aan het einde van de behandeling vragenlijsten af die het probleemgedrag van de jongere (Child Behavior Checklist en Youth Self-Report) en de opvoedvaardigheden van de opvoeders (Opvoedingsbelastingvragenlijst) in kaart brengen.

---

<sup>5</sup> De afname van dit gedrag wordt al jarenlang gemeten binnen MST. Per 2021 is dit expliciet als hoofdresultaat toegevoegd, in navolging van andere landen en vanwege het belang binnen de Nederlandse context om dit beter in beeld te brengen.



Bij aanvang van iedere MST behandeling verwerkt de therapeut deze algemene hoofd- en subdoelen in een individueel behandelplan. Hierin neemt de therapeut op maat geformuleerde doelen en meetbare uitkomsten op in samenspraak met alle sleutelfiguren, waaronder in ieder geval de jongere, opvoeders en verwijzer. Deze individuele behandeldoelen van de jongere zijn gericht op de gedragingen die moeten veranderen om de hoofddoelen te behalen. De therapeut formuleert de doelen in positieve termen, waarbij tevens wordt aangegeven met behulp van welke bronnen de doelen worden geëvalueerd (denk aan de opvoeders, jongere, steunfiguren, school en politie) en op basis van welke observeerbare feiten. De therapeut evalueert wekelijks de doelen met het gezin, evenals bij afronding van de behandeling.

### 1.3 Aanpak

#### Opzet van de interventie

MST is een op maat gesneden intensieve gezinsbehandeling om uithuisplaatsing te voorkomen of verkorten. De behandeling vindt plaats in de thuissituatie. Als MST start wanneer de jongere al uit huis geplaatst is, keert de jongere binnen enkele weken volledig terug in de thuissituatie. Het gezin heeft 24/7 een therapeut ter beschikking. MST richt zich op de factoren die volgens wetenschappelijk onderzoek ernstige gedragsproblemen veroorzaken en in stand houden. Met deze onderbouwing pakt de MST therapeut de risicofactoren aan die samenhangen met het probleemgedrag van de jongere en ziet de jongere daarbij als onderdeel van zijn of haar omgeving die bestaat uit verschillende, onderling samenhangende systemen: het gezin, de bredere familie, school, zijn/haar buurt, zijn/haar vrienden/leeftijdsgenoten en specifieke individuele factoren. In alle systemen rondom de jongere intervenueert MST. Er wordt dan ook nauw samengewerkt met de omgeving van het gezin, zoals onderwijsinstellingen, politie, buurtwerk en sportvoorzieningen. Gemiddeld neemt de hulpverlening vier tot vijf maanden in beslag. De behandeling wordt altijd afgestemd op de behoeften van de jongere en het gezin/systeem, waardoor iedere concrete uitvoering verschillend is. De aanpak volgt de negen behandelprincipes en het analytisch proces van MST (zie schema 1 en 'Inhoud van de interventie'). Hierdoor kan flexibel, op maat en in de juiste volgorde worden ingespeeld op de verschillende behoeften in gezinnen.

Bij aanvang van de behandeling wordt een vaste MST therapeut aan het gezin gekoppeld, die de gehele behandeling voor zijn of haar rekening neemt. De therapeut bezoekt het gezin altijd thuis en op tijden die gunstig zijn voor de gezinsleden. De MST therapeut bezoekt het gezin meerdere keren per week en tussen therapie sessies is er telefonisch en e-mailcontact met gezinsleden of andere betrokkenen. De intensiteit van de behandeling is afhankelijk van het actuele risico op terugval in ernstige gedragsproblemen en overige veiligheidsrisico's. De duur van de contacten varieert ongeveer van 15 tot 90 minuten per contact. Daarnaast gaat de therapeut met het gezin mee naar belangrijke gesprekken, bijvoorbeeld op school, bij sportclubs of met de politie. Effectieve strategieën worden direct bij aanvang en gedurende de behandeling ingezet ter bevordering van de duurzame betrokkenheid en motivatie ('engagement' en 'alignment') van de sleutelfiguren binnen alle systemen, inclusief de jongere zelf, gezins- en familieleden, schoolpersoneel, sportcoaches, burens en overige betrokken hulpverleners.

Schema 1. MST analytisch proces (do-loop)



## Inhoud van de interventie

### MST analytisch proces

MST kent een analytisch proces, ook wel behandelstappencyclus of do-loop genoemd (zie schema 1). De MST therapeut doorloopt systematisch alle stappen. Samengevat bestaat het analytisch proces uit de volgende stappen:

- Een MST behandeling start met het zorgvuldig in kaart brengen van het gedrag van de jongere. Hierbij is van belang hoe het specifieke probleemgedrag eruit ziet, hoe vaak het voorkomt, hoe ernstig het is en hoe lang het al bestaat. Daarnaast brengt de therapeut samen met de sleutelfiguren de gewenste uitkomsten in kaart (denk aan de jongere, de opvoeders, andere gezins- en familieleden, de verwijzer en de school).
- De therapeut formuleert samen met de sleutelfiguren de overkoepelende doelen, die samenhangen met het gedrag waarvoor naar MST is verwezen en de gewenste uitkomsten. Deze doelen hebben altijd betrekking op het gedrag van de jongere, zoals het verbeteren van schoolgang, voorkomen van veelvuldige verbale en fysieke agressie in alle leefomgevingen, het houden aan regels thuis, omgang met prosociale vrienden, het voorkomen van crimineel gedrag en/of het verminderen van middelenmisbruik. Er wordt concreet beschreven wat het specifieke gewenste gedrag is (hoe ziet het eruit als het doel behaald is) en hoe dit gemeten wordt (op welke manier wordt vanuit welk perspectief vastgesteld of het doel behaald is). Gedurende de behandeling wordt wekelijks bijgehouden door de therapeut of en in welke mate de behandeldoelen behaald zijn.

*Voorbeeld van een overkoepelend behandeldoel: 'De jongere volgt op school alle lessen volgens het lesrooster, zoals naar voren komt uit de verzuimregistratie in Magister, de observaties thuis door moeder en de wekelijkse communicatie per e-mail en per telefoon tussen moeder en de mentor.'*

- De therapeut onderzoekt middels fitcirkels samen met de sleutelfiguren welke specifieke factoren uit de verschillende systemen bijdragen aan het gedrag waarvoor de jongere is verwezen naar MST. Fitcirkels zijn een centraal onderdeel van de MST behandeling (behandelprincipe 1). Voor ieder gedrag waarvoor de jongere is verwezen naar MST wordt in de startfase een aparte fit gemaakt. Er wordt gestart met de fitcirkel over het probleemgedrag dat het meest acuut of urgent is. In een cirkel wordt het specifieke probleemgedrag van de jongere genoteerd met daaromheen de factoren die het meest waarschijnlijk of al aantoonbaar bijdragen aan het probleemgedrag. De factoren kunnen uit elk van de systemen rondom de jongere afkomstig zijn en de factoren kunnen zowel systemisch als individueel van aard zijn. Meestal is er ook sprake van wederzijdse beïnvloeding tussen factoren.
- Samen met het gezin prioriteert de therapeut welke factoren de problemen in stand houden. Op basis van deze gemaakte probleemanalyse worden toetsbare hypothesen en tussendoelen geformuleerd, met strategieën om de betreffende factoren aan te pakken. De tussendoelen moeten binnen dagen of weken behaald zijn.
- De gekozen behandeltechnieken en -strategieën worden toegepast en barrières voor succes worden geïdentificeerd. Deze behandeltechnieken en -strategieën, voortkomend uit de tussendoelen, vragen zowel tijdens als tussen behandelafspraken inspanning van alle betrokkenen. Hierdoor kunnen in korte tijd de meest beïnvloedende factoren significant veranderen, waardoor gewenst gedrag bij de jongere plaatsvindt.
- De therapeut evalueert in de wekelijkse MST supervisie de resultaten vanuit meerdere invalshoeken, om te bepalen of de gewenste effecten (duurzaam) zijn behaald. Wanneer vanuit de evaluatie van de tussendoelen naar voren komt dat een bepaalde aanpak niet werkt, wordt hiervan een nieuwe fitcirkel gemaakt. Vervolgens worden met de betrokkenen nieuwe hypothesen en tussendoelen geformuleerd, waarop de ingezette behandeltechnieken en -strategieën worden aangepast. Hierdoor vindt voortdurend procesdiagnostiek plaats.
- Zodra volgens therapeut en sleutelfiguren de overkoepelende doelen aantoonbaar en duurzaam zijn behaald, kan de behandeling worden beëindigd.

### **Verzamelen casusinformatie**

In de eerste fase van de behandeling maakt de therapeut samen met het gezin een genogram. Dit genogram geeft informatie over life events, sleutelfiguren en bronnen van steun voor het gezin, de kwaliteit van de relaties tussen gezinsleden onderling en de kwaliteit van de relaties tussen gezinsleden en overige sleutelfiguren. Daarnaast brengen de therapeut en het gezin de krachten (beschermende factoren) en behoeften (risicofactoren) in alle domeinen in kaart middels een grondige assessment. De therapeut verwerkt deze informatie in de 'case summary' en gebruikt dit document gedurende de gehele behandeling bij zowel het maken van de analyses (fitcirkels) als bij het kiezen van in te zetten behandeltechnieken en -strategieën.

### **Behandeltechnieken en -strategieën**

De concrete acties en ingezette behandeltechnieken en -strategieën binnen MST hangen sterk af van het gezin en de situatie. De gemaakte fitcirkels (probleemanalyses) worden wekelijks door de therapeut grondig doorgenomen in supervisie en consultatie. Op basis van de informatie en prioritering uit de fitcirkels wordt bepaald welke behandeltechnieken en -strategieën ingezet moeten worden om de gewenste uitkomsten te bereiken. Het is van belang dat deze voldoen aan de negen behandelprincipes van MST:

1. De fit zoeken (hoe past het probleem in de omgeving):
  - het hoofddoel van de analyse is om te begrijpen waar de samenhang zit tussen het probleemgedrag van de jongere en de omringende systemen.
2. Positief en gericht op sterke kanten:
  - de therapeut is positief en gebruikt de sterke kanten van de systemen rondom de jongere (het gezin, de bredere familie, school, zijn/haar buurt, zijn/haar vrienden/leeftijdsgenoten en specifieke individuele factoren) voor verandering.

3. Verantwoordelijk gedrag vergroten:
  - gebruikte behandeltechnieken en -strategieën zijn gericht op het stimuleren van en aanzetten tot verantwoordelijk gedrag, en het verminderen van onverantwoordelijk gedrag van de gezinsleden.
4. Gericht op het hier en nu en op actie, duidelijk geformuleerd:
  - behandeltechnieken en -strategieën zijn op het heden afgestemd, gericht op actie en pakken duidelijk gedefinieerde problemen aan.
5. Gedragsreeksen (sequenties) zoeken:
  - de behandeltechnieken en -strategieën zijn gericht op gedragsreeksen binnen en tussen meerdere systemen die de geïdentificeerde problemen in stand houden.
6. Aangepast aan het ontwikkelingsniveau:
  - ingezette behandeltechnieken en -strategieën passen bij de ontwikkeling en behoeften van de jongere en de opvoeders.
7. Voortdurende inzet van gezinsleden:
  - ingezette behandeltechnieken en -strategieën vragen een dagelijkse of wekelijkse inspanning van de gezinsleden.
8. Evaluatie en verantwoordelijkheid afleggen:
  - de effectiviteit van een ingezette behandeltechniek en -strategie wordt voortdurend vanuit verschillende bronnen geëvalueerd, waarbij de therapeuten verantwoordelijk zijn voor het wegnemen van barrières die goede resultaten in de weg staan.
9. Generalisatie:
  - ingezette behandeltechnieken en -strategieën streven zoveel mogelijk generalisatie van de behandeling na en zetten in op een langdurig behoud van de therapeutische verandering, door opvoeders in staat te stellen gehoor te geven aan de behoeften van gezinsleden via meerdere systemen en het gezin hierdoor veerkrachtig te maken.

De therapeut zet behandeltechnieken in die bewezen effectief zijn voor deze doelgroep. De technieken vinden hun oorsprong in de cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie, strategische en structurele systeemtherapie, contingency management (bij middelenmisbruik) en farmacotherapie (bijvoorbeeld bij ADHD, depressies en angststoornissen). MST therapeuten worden opgeleid en getraind om deze behandeltechnieken en -strategieën in te zetten, waar nodig in samenwerking met huisarts of kinder- en jeugdpsychiater. De therapeut maakt strategieën per gezin op maat en richt deze op de jongere, het gezin, leeftijdgenoten, school/werk en het sociale netwerk. De meeste strategieën worden echter voor een belangrijk deel door/via de opvoeders toegepast, passend bij de theorie van verandering van MST waarin de opvoeders als belangrijkste motor voor verandering worden gezien. Het is van belang dat de gezinsleden leren zelf hun problemen op te lossen en succesvoller om te gaan met anderen en formele instanties ter ondersteuning en bevordering van positief gedrag bij de jongere. Door opvoeders en jongeren te versterken in het vermogen problemen op deelgebieden stapsgewijs aan te pakken, wordt het probleemoplossingsvermogen van het gehele gezin versterkt en problemen duurzaam aangepakt.

Voorbeeld van behandeltechnieken en -strategieën voor 1) jongeren en 2) ouders:

*1) De therapeut daagt bijvoorbeeld verstoorde cognities van de jongere uit en buigt deze om of traint specifieke vaardigheden van de jongere, zoals sociale vaardigheden en vaardigheden gericht op communicatie, agressieregulatie en probleemoplossingsvermogen. Ouders ondersteunen de jongere in het ontwikkelen van deze vaardigheden. 2) De therapeut werkt met opvoeders vaak aan het ontwikkelen van preventieve en de-escalerende strategieën en vaardigheden om agressie tegen te gaan (gericht op hen en/of anderen binnen het gezin). Bovendien zet de therapeut vaak strategieën in die structuur bieden en ontwikkelt de therapeut monitoringsplannen met opvoeders. Het betrekken en actief inzetten van sociaal netwerk is hierbij een cruciaal aspect voor effectieve implementatie.*

De behandeltechnieken en -strategieën richten zich vaak op het externaliserende probleemgedrag van de jongere, zoals agressie (thuis, op school of bijvoorbeeld vechten in de buurt), crimineel gedrag (waaronder wapenbezit), spijbelen of drugsgebruik.

Voorbeeld van de aanpak van externaliserend probleemgedrag: Voor de aanpak van drugsgebruik wordt binnen MST contingency management toegepast. Dit is een bewezen effectieve gedragstherapeutische

*methode, waarbij de aanpak wordt aangepast op de unieke probleemanalyse van de jongere met betrekking tot drugs. Minstens één keer per week vindt een behandelafpraak plaats die de volgende structuur volgt: testen, de uitslag van de test analyseren, plannen waar nodig bijstellen en de afgesproken privileges volgens een vast systeem uitreiken (door opvoeders). Concreet kan bijvoorbeeld vanuit de fitcirkels naar voren zijn gekomen dat de jongere vooral drugs gebruikt als hij met een aantal specifieke vrienden is. De plannen kunnen er dan op gericht zijn om te voorkomen dat de jongere deze vrienden tegenkomt (zoals een andere route naar school of een andere vrije tijdsbesteding) en om strategieën te leren voor wanneer de jongere deze vrienden toch tegenkomt. Hiervoor worden de benodigde vaardigheden met de jongere, samen met de opvoeders, geoefend.*

Naast externaliserend probleemgedrag kan binnen MST sprake zijn van comorbide internaliserende problematiek. Als blijkt uit de gemaakte fitcirkels dat internaliserende problematiek een belangrijke rol speelt bij de totstandkoming van het externaliserende gedrag waarvoor de jongere is verwezen naar MST, wordt ook de internaliserende problematiek tijdens de MST behandeling aangepakt. Daarnaast blijkt in de praktijk dat door het aanpakken van factoren die leiden tot het externaliserende gedrag, ook comorbide internaliserende problemen (deels) kunnen verdwijnen.

*Voorbeelden van de aanpak van comorbide internaliserende problematiek: 1) Aan agressief gedrag kunnen bijvoorbeeld depressieve klachten ten grondslag liggen. In samenspraak met een kinder- en jeugdpsychiater worden dan behandeltechnieken en -strategieën ingezet gericht op de depressie, zoals cognitieve gedragstherapie en/of medicatie. 2) Als een jongere thuis uitgescholden wordt, niet meer naar school gaat en geen aansluiting vindt bij leeftijdgenoten, kan dat tot zowel externaliserende als internaliserende problemen leiden. Als de onderliggende factoren aangepakt worden binnen MST (zoals opvoedvaardigheden en affectie van opvoeders verbeteren, jongere terug laten keren naar school en contact met prosociale leeftijdgenoten vergroten), leidt dit vaak niet alleen tot een afname van het externaliserende gedrag, maar ook van de internaliserende problematiek.*

### **Aanpak van barrières in de behandeling**

In alle fasen van de behandeling wordt voor de wekelijkse evaluatie in het team een fitcirkel gemaakt wanneer de behandeling niet volgens plan verloopt, bijvoorbeeld als het niet lukt om voldoende afspraken met het gezin te plannen, opvoeders willen stoppen met de MST behandeling of de overeengekomen gedragsveranderingstechnieken niet worden toegepast of niet het gewenste effect opleveren. Eén van de factoren die een rol kan spelen bij een moeizaam verloop van een behandeling is onvoldoende motivatie ('engagement' en 'alignment') bij de opvoeders om intensief aan het werk te gaan met MST, zeker omdat MST vaak een laatste redmiddel is voor gezinnen die al veel hulpverlening hebben gehad. De MST therapeut neemt verantwoordelijkheid voor de motivatie en betrokkenheid van het gezin in de behandeling, door steeds in kaart te brengen welke factoren van de therapeut, het gezin of de overige systemen maken dat de motivatie en betrokkenheid niet optimaal is en hier vervolgens de behandeltechnieken en -strategieën op aan te passen. De therapeut zet zich op deze wijze voortdurend in om het gezin te motiveren aan de doelen te werken, zodat opvoeders weer grip krijgen op de jongere en het gezin toekomstige problemen zelfstandig aan kan pakken zonder hulpverlening.

*Voorbeeld van de aanpak van barrières: Voorkomende factoren bij een motivatieprobleem zijn: opvoeders zijn het vertrouwen in de hulpverlening kwijt, opvoeders zijn volkomen uitgeput of er wordt niet aan alle basisvoorwaarden voor een gezin voldaan (huisvesting, eten, gas/water/licht). De therapeut zal dan eerst helpen bij de basis levensbehoeften voordat naar het gedrag van de jongere gekeken wordt. Vervolgens kan de therapeut bijvoorbeeld een eenvoudig gedragsexperiment opzetten, waarmee de opvoeders snel resultaat boeken. Zo'n succeservaring kan opvoeders vertrouwen geven en motiveren toch door te gaan.*

### **Terugvalpreventieplan**

Zodra een overkoepelend doel behaald is, maakt de therapeut met de sleutelfiguren hiervan een positieve/succes fitcirkel. Hierin wordt vanuit alle systemen en perspectieven zichtbaar welke factoren hebben bijgedragen aan het terugdringen van het oorspronkelijke probleemgedrag. In de laatste fase van de behandeling ontwikkelt de therapeut met het gezin een terugvalpreventieplan (TVP), waarin aan de hand van de positieve fitcirkels naar voren komt welke acties voortgezet moeten worden door welke sleutelfiguren.

Tevens wordt in dit plan, mede aan de hand van de oorspronkelijke fitcirkels én de fitcirkels van de barrières die gedurende de behandeling zichtbaar werden, geanticipeerd op mogelijke lastige situaties in de toekomst. De therapeut werkt samen met het gezin en overige sleutelfiguren uit hoe met deze mogelijke lastige situaties om te gaan, zodat de positieve resultaten ook op de langere termijn standhouden. Het generaliseren van het geleerde naar situaties in de toekomst (behandelprincipe 9) is vanaf de start van de behandeling belangrijk. In de laatste weken van de behandeling werken het gezin en overige betrokkenen zoveel mogelijk zelfstandig met dit terugvalpreventieplan. Het concreet maken en vastleggen van de rol van informele (familie, vrienden, burens) en formele (jeugdbeschermer, jeugdreclasserder, andere hulpverleners) sleutelfiguren uit de verschillende systemen is uitermate belangrijk in deze fase ter ondersteuning van duurzaamheid van de behandelresultaten. Daarna zal de therapeut het gezin in deze fase minder intensief bezoeken of onderhoudt alleen telefonisch contact, om het gevoel van verantwoordelijkheid steeds meer bij opvoeders te leggen en hen het vertrouwen te geven dat ze zelfstandig toekomstige problemen kunnen hanteren. Wanneer geen nieuwe barrières naar voren komen, kan de behandeling worden afgerond. Wanneer wel nieuwe barrières naar voren komen, helpt de therapeut het gezin deze zo veel mogelijk zelfstandig en met behulp van hun eigen informele netwerk op te lossen.

## 2. Uitvoering

### Materialen

MST heeft een uitgebreide internationale online database met materialen (handleidingen, werkformulieren, achtergronden, richtlijnen, etc.) die voortdurend wordt aangevuld en vernieuwd. Daarnaast is er een uitgebreide Nederlandse database voor MST experts en een online bibliotheek voor MST aanbieders. Hieronder wordt slechts een aantal belangrijke materialen uit deze databases opgesomd:

#### Materialen voor therapeuten en supervisors

- MST handboek: Multisysteem Therapie, voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2010). Het MST handboek is eveneens verkrijgbaar in de boekhandel.
- Handleiding MST casus rapportage ('MST Case Summary Guide') over de werkwijze voor MST supervisie en consultatie
- Handboek Dataverzameling over dataverzameling, monitoring en modeltrouw binnen MST in Nederland
- Werkformulieren, achtergronden en richtlijnen over specifieke onderwerpen, zoals agressie/veiligheidsplannen, gedragsplannen en formulieren vanuit de cognitieve gedragstherapie
- Trainingsmaterialen en hand-outs, met daaraan gekoppeld wetenschappelijke artikelen

#### Materialen voor supervisors

- MST Supervisory Manual
- Trainingsmap voor de MST supervisor opleiding
- MST Organizational Manual en Nederlandse Managementhandleiding

#### Materialen voor experts

- MST Expert Manual
- Trainingsmaterialen, zoals presentaties en draaiboeken van alle opleidingen en trainingen
- MST Organizational Manual en Nederlandse Managementhandleiding

#### Materialen voor programmamanagers

- MST Organizational Manual en Nederlandse Managementhandleiding
- Trainingsmap voor programmamanagers
- Implementatiedocumenten, zoals een Feasibility Checklist om de haalbaarheid van implementatie te onderzoeken, voorbeeldbegrotingen, programma opstart checklisten, Goals & Guidelines document (team implementatieplan)
- Materialen voor werving en selectie van alle rollen binnen MST, zoals uitgebreide toolkits (met onder andere functieprofielen, voorbeeld wervingsteksten en rollenspellen) en workshops

#### Overige materialen

- Informatie voor verwijzers, gezinnen en andere belanghebbenden, zoals factsheets, presentaties, position statements, films, animaties en de website van MST-Nederland/België

### Locatie en type organisatie

MST wordt uitgevoerd in de eigen leefomgeving van de jongere (thuis, op school, in de buurt: op alle plekken waar de jongere komt). MST kan worden uitgevoerd door organisaties die een licentie hebben verkregen. Dit kunnen bijvoorbeeld aanbieders zijn met een achtergrond in de GGZ, jeugdhulp (in brede zin), LVG, of een combinatie hiervan.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

#### Opleidingseisen

MST wordt uitgevoerd door een team van hoogopgeleide en ervaren therapeuten. Het zijn behandelaren met een academisch werk- en denkniveau, die een WO-opleiding hebben gevolgd (bijvoorbeeld master psychologie of pedagogiek) of een HBO-opleiding met relevante VO (bijvoorbeeld systeemtherapie of

cognitieve gedragstherapie). Het team wordt intensief begeleid en getraind door een supervisor die een WO-opleiding heeft gevolgd (bijvoorbeeld master psychologie of pedagogiek), een postmaster opleiding (bijvoorbeeld tot GZ-psycholoog of Orthopedagoog-Generalist) of een HBO-opleiding met relevante VO (bijvoorbeeld systeemtherapie of cognitieve gedragstherapie) en ervaring op het gebied van gedragsmatige/systemische hulpverlening. Daarnaast wordt het team wekelijks begeleid en getraind door een expert van MST-Nederland/België. MST supervisoren met meerjarige MST ervaring en goede resultaten komen in aanmerking om opgeleid te worden tot MST expert middels een tweejarig specialistisch opleidingstraject vanuit MST Services.

## **Competenties**

Het is van belang dat MST therapeuten en supervisoren onder andere de volgende competenties hebben:

- Een goed analytisch en logisch denkvermogen
- Doelgericht en initiatiefrijk
- Openstaan voor feedback en supervisie
- De juiste afstand-nabijheid kunnen aanhouden
- Gemotiveerd en sterke werkmentaliteit
- Krachtgericht en coachend
- Sterke interpersoonlijke en contactuele vaardigheden
- Ervaring met systeemtherapie

Een uitgebreid overzicht staat beschreven in de HR toolkits voor werving, selectie en behoud van MST personeel. MST-Nederland/België ondersteunt MST aanbieders bij de werving en selectie.

## **Verplichte scholing gedurende het werk als MST therapeut of supervisor**

Gedurende het werk als MST therapeut of supervisor wordt verplichte scholing gevolgd om gecertificeerd te worden en te blijven. Voorafgaand aan het werk in een MST team, volgen therapeuten en supervisoren de MST basisopleiding. Deze opleiding bevat een introductie in de werkwijze van MST. Supervisoren volgen daarnaast een MST supervisor opleiding, bestaande uit een 2-daagse opleiding en een intensieve individuele opleiding, waarna structurele individuele coaching volgt door een expert van MST-Nederland/België. Therapeuten en supervisoren nemen vervolgens gezamenlijk vier keer per jaar deel aan boosters (verdiepingstrainingen), die worden gegeven door de MST expert die aan het team is verbonden. In elke booster staan één of twee thema's centraal waar de MST therapeut in het dagelijks werk mee te maken heeft; deze thema's zijn kort aan bod gekomen tijdens de MST basisopleiding, maar worden verder uitgediept en geoefend tijdens de booster. De onderwerpen worden bepaald naar specifieke behoefte van de deelnemende teams. Deze verdiepingstraining zet zich wekelijks voort middels supervisie door de MST supervisor en consultatie door de MST expert, waarbij gerichte feedback gegeven wordt op werkelijke praktijksituaties die vooraf volgens duidelijke richtlijnen in een MST format worden voorbereid door de MST therapeut. Naast de gezamenlijke boosters nemen de supervisoren vier keer per jaar deel aan supervisorboosters, die eveneens op maat worden ingericht. Therapeuten en supervisoren blijven gecertificeerd wanneer ze werken in een MST team bij een gelicenseerde MST aanbieder, de verplichte scholing volgen, blijvend voldoen aan het gevraagde competentieniveau en goede resultaten behalen binnen de behandeling. Dit niveau, de ontwikkeling en de modeltrouw van elke therapeut en supervisor wordt voortdurend gevolgd in een persoonlijk ontwikkelingsplan.

## **Kwaliteitsbewaking**

### **MST kwaliteitssysteem**

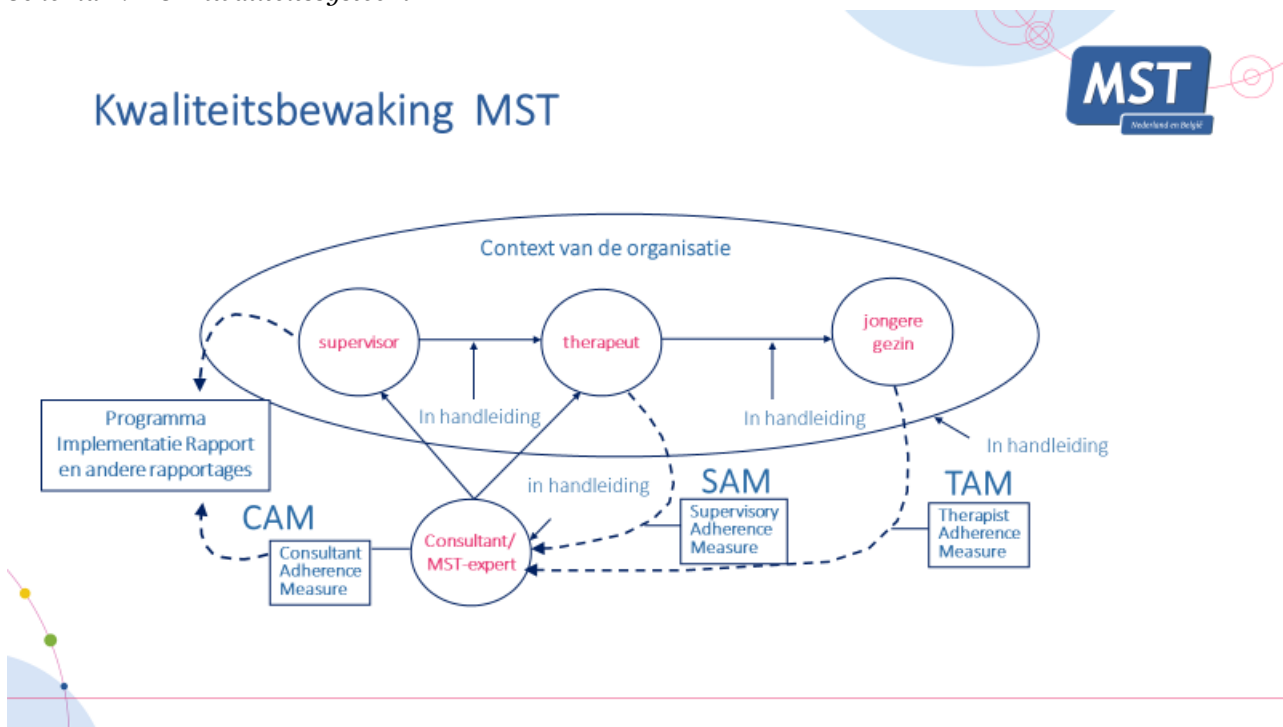
Om ervoor te zorgen dat de behandeling door alle therapeuten wereldwijd wordt uitgevoerd zoals bedoeld en de kwaliteit van alle MST behandelingen te kunnen garanderen, heeft de Amerikaanse licentiehouders (MST Services) een stevig kwaliteitssysteem ontwikkeld (zie schema 2). Hierdoor is implementatie van MST op andere locaties mogelijk met behoud van kwaliteit en de bij MST behorende goede resultaten. Het kwaliteitssysteem is kenmerkend en onderscheidend voor MST en betreft onder andere:

- duidelijke beschrijving van de methodiek;
- gedegen aandacht voor implementatie op inhoudelijk- en organisatieniveau;
- voortdurende metingen naar modeltrouw ('adherence');
- doorlopende scholing;



- concrete wekelijkse coaching op casuïstiek in supervisie en consultatie;
- meten en monitoren van alle behandelresultaten;
- voortdurende kwaliteitsverbetering naar aanleiding van monitoring en uitkomsten uit wetenschappelijk onderzoek.

Schema 2. MST kwaliteitssysteem



### Ondersteuning door MST-Nederland/België

MST-Nederland/België is gecertificeerd als netwerkpartner van MST Services en is verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking van alle Nederlandse en Belgische MST behandelingen. Licenties worden alleen verstrekt of verlengd aan organisaties en aan therapeuten die aan alle kwaliteitseisen voldoen. Om ontwikkelingen gezamenlijk vorm te geven en de hoge kwaliteit van MST te kunnen bieden, wordt met MST Services samengewerkt. Daarnaast wordt er samengewerkt binnen het Europese MST netwerk.

MST-Nederland/België begeleidt zorgaanbieders bij de implementatie van MST en faciliteert organisaties bij het aanbieden van MST. Dit geldt voor reguliere MST teams, evenals MST teams die een specialisatie<sup>6</sup> (in 2021: MST-Intellectual Disability) of een adaptatie van MST voor andere doelgroepen (in 2021: MST-Problem Sexual Behavior, MST-Child Abuse and Neglect, MST-Psychiatric Care) uitvoeren. Daarnaast ondersteunt MST-Nederland/België organisaties die het zorgtraject ThuisBest uitvoeren, waarbij een MST behandeling wordt gecombineerd met een korte plaatsing van de jongere, met als doel de duur van de noodzakelijk plaatsing van de jongere te verkorten. De ondersteuning en facilitering door MST-Nederland/België heeft betrekking op het implementatieproces, het organiseren van opleidingen en trainingen, het delen van expertise en coaching op casuïstiek, het monitoren van de resultaten en PR. MST-Nederland/België heeft in 2019 de audit van het Centraal Register Kort Beroepsonderwijs (CRKBO) positief doorlopen voor herregistratie. Bovendien zijn de MST opleidingen en trainingen geaccrediteerd door diverse beroeps/kwaliteitsregisters en/of beroepsverenigingen, zoals Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ), NVRG, NVO en NIP (Sector Jeugd).

### Gestructureerd monitoringssysteem

Om de kwaliteit van MST te waarborgen en ervoor te zorgen dat de behandelingen overal op vergelijkbare manier met goede resultaten worden uitgevoerd, wordt gebruik gemaakt van een gestructureerd

<sup>6</sup> Alle MST teams zijn bekwaam om effectief te werken in gezinnen waarin sprake is van jongeren of ouders met een licht verstandelijke beperking, maar de MST-ID teams zijn gespecialiseerd in het behandelen van deze doelgroep.

monitoringssysteem. Met deze monitor worden resultaten objectief gemeten voor interne en externe verantwoording. Alle gegevens worden ingevoerd in de database BergOp en voor een klein deel geanonimiseerd doorgevoerd in een internationale MST database. In beide databases zijn dashboards beschikbaar, waarin overzichtelijk (resultaat)gegevens worden getoond voor sturing op de uitvoering van MST. Voorbeelden van data in de dashboards zijn inhoudelijke resultaten op de doelen en de afzonderlijke vragenlijsten, modeltrouw, benutting capaciteit, behandelduur en kenmerken van de doelgroep. Deze data worden gebruikt op verschillende niveaus (gezin, therapeut, team, organisatie, landelijk, internationaal) en ook voor wetenschappelijk onderzoek.

#### *Vragenlijsten met betrekking tot doelgroep en behandelresultaten*

Om de doelgroep en de behandelresultaten landelijk in kaart te brengen en te monitoren, worden zowel aan het begin als aan het eind van elke behandeling vragenlijsten afgenomen. Het betreft de CBCL (Child Behavior Checklist), YSR (Youth Self Report), OBVL (Opvoedingsbelastingvragenlijst) en Sociaaldemografische Informatie (SDI), waarin naast kenmerken van de doelgroep ook de hoofdresultaten en instrumentele resultaten ('Ultimate Outcomes' en 'Instrumental Outcomes') van MST worden uitgevraagd. De resultaten hiervan worden door de MST therapeut met het gezin besproken, zodat de vragenlijsten ook van nut zijn voor de individuele behandeling. Bovendien wordt na afloop van de behandeling bij de gezinnen halfjaarlijks een telefonisch interview afgenomen door een onafhankelijk onderzoeksbureau (Praktikon), om ook de lange termijn resultaten vast te leggen tot 18 maanden na de behandeling.

#### *Vragenlijsten met betrekking tot modeltrouw*

Daarnaast worden, als onderdeel van het monitoringssysteem, verschillende vragenlijsten afgenomen gedurende de behandeling met betrekking tot de modeltrouw ('adherence'), om structureel te meten in welke mate MST wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Dit zijn de TAM (therapist adherence measure), SAM (supervisor adherence measure) en CAM (consultant/expert adherence measure). Deze vragenlijsten hebben grotendeels betrekking op de negen behandelprincipes van MST (zie 'Inhoud van de interventie'). Hiermee wordt een feedbacksysteem gecreëerd, waarbij middels onafhankelijke metingen gedurende de behandeling feedback gegeven wordt van opvoeders over therapeut, van therapeut over supervisor en van supervisor en therapeuten over expert. Uit onderzoek naar het verband tussen de modeltrouw enerzijds en de lange termijn resultaten van de gezinnen anderzijds, kwamen een aantal belangrijke bevindingen naar voren (Schoenwald, Sheidow & Letourneau, 2004):

- Hoe hoger de modeltrouw van de therapeut (gemeten met de TAM), hoe beter de lange termijnresultaten met betrekking tot delictgedrag en uithuisplaatsing en hoe meer verbetering in het gezinsfunctioneren.
- De modeltrouw van de supervisor (gemeten met de SAM) is een voorspeller voor modeltrouw van de therapeut.
- Hogere modeltrouw van de supervisor is gerelateerd aan een afname van gedragsproblemen van de jongere tot een jaar na de behandeling, en een afname in het aantal justitiële vervolgingen op de lange termijn.
- De mate van competentie en van alliantie van de expert met de therapeut (gemeten met de CAM), zijn voorspeller voor een hogere modeltrouw van de therapeut.
- Hogere scores op de CAM hangen samen met verbeteringen in het gedrag van de jongere na de behandeling.

Uit latere onderzoeken blijkt eveneens dat een hoge mate van modeltrouw van de therapeut de uitkomsten van jongeren en gezinnen verbetert op de lange termijn en dat voortdurende kwaliteitsborging de therapietrouw van de MST therapeut en het team verbetert (Henggeler, 2011; Lange, Van der Rijken, Van Busschbach, Delsing & Scholte, 2017; Lofholm, Eichas & Sundell, 2014). De mate van modeltrouw ('adherence') wordt daarom voortdurend in de behandelteams en door de MST expert en MST coach gemonitord en waar nodig geadresseerd in de individuele ontwikkelingsplannen van MST therapeuten, supervisors en experts.

#### **Evaluatie van implementatie**

De MST expert schrijft, in samenwerking met de supervisor van het team, ieder halfjaar een evaluatierapport (Programma Implementatie Rapport). Het doel hiervan is om het management van de zorgorganisatie op de hoogte te brengen van het functioneren van het team en van de mate waarin het MST team voldoet aan de

MST normen, zowel klinisch inhoudelijk (behandeldoelen) als organisatorisch (programma-eisen). Dit rapport is eveneens een werkplan om eventuele knelpunten te verbeteren. Daarnaast vindt regelmatig contact plaats tussen MST-Nederland/België en de MST aanbieder over de implementatie van MST en actuele ontwikkelingen.

## Randvoorwaarden

MST kent een aantal programma eisen voor een goede uitvoering van het programma binnen de organisatie. De belangrijkste worden hieronder uiteengezet.

### Op team niveau

- MST therapeuten werken in teams van 3 tot 4 therapeuten en zij bezoeken de gezinnen thuis. Wanneer een therapeut gedurende de behandeling ziek wordt of met vakantie gaat, wordt de behandeling tijdelijk door een andere therapeut uit hetzelfde team op dezelfde manier voortgezet.
- De caseload per therapeut is laag en bestaat uit gemiddeld 4-5 gezinnen.
- Therapeuten en supervisoren zijn flexibel beschikbaar om aan de behoeften van de gezinnen te kunnen voldoen. Afspraken kunnen ook plaatsvinden buiten kantoor tijden en in het weekend.
- Het MST team heeft een 24/7 bereikbaarheidssysteem, waardoor er altijd een MST therapeut bereikbaar is voor de gezinnen en een MST supervisor voor de therapeuten.
- MST therapeuten hebben de mogelijkheid om op behandelniveau het voortouw te nemen bij besluitvorming in iedere casus, ook al hebben professionals in andere organisaties hiertoe formeel de bevoegdheid of het mandaat.
- De MST supervisor is minimaal 28 uur per week verbonden aan een MST team. MST supervisoren hebben de klinische, en bij voorkeur ook organisatorische, verantwoordelijkheid over de therapeuten in het team.
- Een MST team ontvangt wekelijkse supervisie in teamverband door de supervisor en consultatie van de MST expert.
- MST therapeuten houden via wekelijkse rapportage ('weekly') de voortgang en resultaten voor elk gezin bij in een MST format voor de supervisie en consultatie.
- Het bepalen van het moment waarop de behandeling kan worden afgerond, is gebaseerd op de mate waarin de behandeldoelen (optimaal en duurzaam) behaald zijn.

### Op organisatorisch niveau

- De juiste doelgroep wordt bereikt en er worden duidelijke in- en exclusiecriteria gehanteerd.
- MST therapeuten, supervisoren en programmamanagers nemen deel aan de verplichte scholing.
- Er wordt gewerkt met gestandaardiseerde effectmetingen en metingen met betrekking tot de modeltrouw ('adherence').
- Er wordt een Goals & Guidelines document opgesteld bij de start van het team

## Implementatie

MST is bewezen effectief op de lange termijn voor jongeren met ernstige gedragsproblemen, mits het programma in zijn geheel en modeltrouw wordt uitgevoerd. Het implementatieproces is bij MST daarom zeer goed uitgewerkt en wordt begeleid door MST-Nederland/België via nauw persoonlijk contact. Hierbij worden ter ondersteuning materialen gebruikt die bijdragen aan een zorgvuldig implementatieproces (denk aan plan van aanpak, checklists, formats). De MST aanbieder stelt een programmamanager aan die zorgt voor de organisatorische inbedding. Hieronder volgt een korte beschrijving van de zes fasen van het implementatieproces, waarbij expliciet de rol van de programmamanager wordt benoemd.

### Fase 1. Eerste oriëntatie

De zorgaanbieder neemt voor een eerste oriëntatie contact op met MST-Nederland/België. In dit gesprek geeft de directeur/programma-ontwikkelaar van MST-Nederland/België informatie over MST en verkent samen met de zorgaanbieder of MST het juiste programma is voor deze organisatie/locatie.

### Fase 2. Haalbaarheidsonderzoek en besluit

Vervolgens gaat de zorgaanbieder specifiek uit op zoek naar wat er in de betreffende organisatie nodig is om MST te implementeren. Van belang is of er potentieel voldoende gezinnen in de regio zijn die kunnen profiteren

van MST, of er goede relaties zijn met verwijzers, of financiers bereid zijn om MST bij deze organisatie in te kopen, en of de organisatie bereid en in staat is om het MST model te volgen en aan de vereisten te voldoen. Aan het eind van deze 'feasibility' fase wordt er een besluit genomen van beide kanten. Bij een positief besluit, wordt er een contract getekend tussen MST-Nederland/België en de (nieuwe) MST aanbieder.

### **Fase 3. Planning en inbedding**

In deze fase worden de belangrijkste zaken voor MST geregeld en gepland, zoals het betrekken van interne en externe stakeholders en het opstellen van een Goals & Guidelines document voor het nieuwe team, waarin alle aspecten worden uitgewerkt die voor het nieuwe MST team relevant zijn.

### **Fase 4. Werving en selectie en opleiding**

In deze fase vindt de werving en selectie plaats van het nieuwe MST team, met ondersteuning van MST-Nederland/België. Voor de nieuwe teamleden wordt de MST basisopleiding en de MST supervisor opleiding ingepland.

### **Fase 5. Opstarten team**

In de opstartfase regelt de programmamanager de laatste praktische en inhoudelijke zaken, meestal inmiddels samen met de nieuwe supervisor. Daarnaast volgt het team de MST basisopleiding en volgt de supervisor aanvullend de MST supervisor opleiding. De programmamanager wordt eveneens getraind.

### **Fase 6. 'Kick-off'-bijeenkomst en starten behandelingen**

Als in de loop van fase 5 de meeste benodigde inhoudelijke en praktische voorwaarden zijn geregeld, organiseert de programmamanager samen met MST-Nederland/België een 'Kick-off' bijeenkomst voor alle stakeholders. De eerste verwijzingen komen dan binnen en de intakes kunnen worden gedaan. Zodra het team is getraind kan meteen worden gestart met de behandelingen.

## **Kosten**

MST geeft niet alleen aantoonbaar resultaat, maar is volgens diverse onderzoeken ook kosteneffectief. Het integrale tarief van een succesvolle MST gezinsbehandeling bedraagt circa €20.000, prijspeil 2021. Dit is op basis van een teamsamenstelling met 3 tot 4 fulltime MST therapeuten en een MST supervisor voor 28 tot 32 uur, en veelal de beschikbaarheid van een psychiater voor consultatie. Daarbij wordt uitgegaan van een caseload van gemiddeld 4 casussen per therapeut en een behandelduur van gemiddeld 4 tot 5 maanden (circa 35 casussen per jaar bij een ervaren MST team). De kostprijs wordt voor een belangrijk deel bepaald door de personele kosten voor het team. Deze zijn afhankelijk van de cao van de MST aanbieder. Eventueel verloop van personeel is vanwege het kleine team een belangrijke kostenpost. Een belangrijke andere factor is het hebben van een volle caseload van het team. Daarom is hiervoor in de ondersteuning van het team veel aandacht. Verder kunnen de eigen overheadkosten per zorgaanbieder verschillen. De kosten voor het MST kwaliteitssysteem bedragen ongeveer 7% van het totaal tarief voor een MST behandeling. Hieronder vallen de licentie, de MST opleidingen voor alle betrokkenen, intensieve ondersteuning door de MST expert, ieder kwartaal boostertrainingen op maat voor de therapeuten en supervisors, het meten en monitoren van de behandelresultaten en beschikbaarheid van de dashboards, gebruik van alle materialen en organisatorische ondersteuning. Met de inzet van een MST behandeling worden aanzienlijke kosten bespaard voor de maatschappij ten opzichte van uithuisplaatsingen (zie 'Verantwoording').

### 3. Onderbouwing

#### Probleem

##### Aard en ernst van de problematiek

Multisysteem Therapie richt zich op jongeren met ernstige gedragsproblemen. Van ernstige gedragsproblemen is sprake wanneer de jongere gedurende minstens enkele maanden één of meerdere vormen van storend gedrag vertoont, namelijk dwars en opstandig gedrag, prikkelbaar en driftig zijn, anderen ergeren, antisociaal gedrag en/of agressief gedrag (De Lange et al., 2018; Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017), wat leidt tot nadelige gevolgen voor de jongere en/of de omgeving. Een voorwaarde voor de inzet van MST is dat het probleemgedrag zich op meerdere levensgebieden voordoet en dermate ernstig is dat de jongere uit huis geplaatst dreigt te worden of uit huis geplaatst is. In het algemeen is kenmerkend voor de opvoeders dat de opvoedtaak als (te) zwaar wordt ervaren en dat de zij zich ernstig belast voelen.

Wanneer sprake is van dusdanige ernstige gedragsproblematiek kan uit onderzoek een psychiatrische stoornis naar voren komen, zoals de oppositioneel opstandige stoornis of de normoverschrijdende gedragsstoornis (Burke, Derella, & Johnston, 2018; Frick & Wall Meyers, 2018; Matthys & Lochman, 2017; Matthys & Van West, 2014). Een normoverschrijdende/antisociale gedragsstoornis komt volgens zelfrapportage voor bij ongeveer 5,6% van de Nederlandse jongeren tussen 13 en 18 jaar, en een oppositioneel opstandige gedragsstoornis bij 0,7% van deze jongeren (Verhulst, Van der Ende, Ferdinand & Kasius, 1997). Er zijn geen recente cijfers beschikbaar voor ernstige gedragsproblemen. Bij jongens is vaker sprake van antisociaal gedrag en gedragsproblemen dan bij meisjes (Carr, 2006; Wenar & Kerig, 2005). Met name bij meisjes kan naast het externaliserende gedrag ook sprake zijn van internaliserende problematiek, zoals depressie, angst en PTSS (Belknap & Holsinger, 2006; Hipwell & Loeber, 2006).

Deze jongeren komen regelmatig uit gezinnen met langdurige, meervoudige en ernstige problemen op zowel sociaal-economisch als psychosociaal vlak (Lünnemann, Loeffen, Steketee, Hoefsloot & Bel, 2017; Van der Steege & Zoon, 2017). Denk hierbij aan de volgende problemen: moeilijkheden in de opvoeding en/of huishouding, werkloosheid, schuldenproblematiek, psychische problemen en verslavingen. Draagkracht en draaglast is in deze gezinnen niet in balans en vaak is één of meerdere kinderen uit huis geplaatst (Steketee, 2012). Naar schatting is drie tot vijf procent van de gezinnen in Nederland onderdeel van deze groep, ofwel 75.000 tot 116.000 gezinnen (Van den Berg & De Baat, 2012).

Vanwege de ernst van de gedragsproblemen dreigen deze jongeren uit huis geplaatst te worden in de jeugdzorg of een justitiële jeugdinrichting (JJI), of zijn ze al uit huis geplaatst. Jaarlijks worden zo'n 46.000 kinderen uit huis geplaatst in de jeugdzorg en zitten soms tot 3.000 kinderen in een gesloten instelling (Van Beek, 2020). In 2020 werden 1.366 jongeren voor korte of langere tijd geplaatst in de JeugdzorgPlus (Jeugdzorg Nederland, 2021). Daarnaast verbleven in 2019 dagelijks 450 jongeren in een justitiële jeugdinrichting (JJI; Dienst Justitiële Inrichtingen, 2020). Bovendien is in 2019 het aantal geregistreerde minderjarige verdachten voor het eerst in tien jaar weer gestegen. Ruim 1,5% van de jongeren van 12 tot 18 jaar werd verdacht van ruim 118.000 misdrijven (CBS, 2020). Cijfers op basis van zelfrapportage liggen zelfs hoger; in 2015 zegt ongeveer 35 procent van de 12- tot 18-jarigen dat ze zich in de afgelopen twaalf maanden schuldig hebben gemaakt aan één of meer delicten (Van der Laan & Goudriaan, 2016).

##### Gevolgen van de problematiek

###### *Korte en lange termijn gevolgen*

Ernstige gedragsproblemen hebben een verstorend effect op de sociale omgeving en kunnen tot veel negatieve gevolgen leiden op alle leefgebieden van de jongere. De jongere kan bijvoorbeeld te maken krijgen met afwijzing van leeftijdgenoten (McDonald & Gibson, 2018), sociaal isolement en politiecontacten (Maughan & Rutter, 2001). Opvoeders kunnen negatieve gevoelens richting hun kind ervaren en harde straffen gaan hanteren (De Lange et al., 2018). Bovendien kunnen zij, net als de bredere opvoedomgeving, stress en machteloosheid ervaren. Zonder behandeling kunnen de ernstige gedragsproblemen voortduren in de volwassenheid in de vorm van middelenmisbruik, gewelddadig gedrag of delinquent gedrag (Brook, Lee, Finch, Brown & Brook, 2013). Er kan echter ook sprake zijn van de ontwikkeling van angstproblemen en depressie (Burke et al., 2018). Dit gedrag kan zelfs uitmonden in de vorm van een borderline of antisociale persoonlijkheidsstoornis (Frick & Wall Meyers, 2018; Sellbom, Bach & Huxley, 2018).

### *Uithuisplaatsing van de jongere*

Bovendien heeft uithuisplaatsing van kinderen en jongeren een grote impact; de uithuisplaatsing kan worden ervaren als traumatisch en kan een negatieve invloed hebben op het functioneren van de jongere, zoals op de schoolresultaten (Stone, 2007; Van Beek, 2020). In het geval van plaatsing in de JeugdzorgPlus verloopt vervolgens de terugkeer naar huis en de participatie van de jongere in de maatschappij vaak moeizaam, mede doordat de thuissituatie niet is veranderd (Bartelink, Ten Berge & Van Vianen, 2017; Hammink, Barendregt, De Jonge & Van de Mheen, 2016; Harder, Knorth & Kalverboer, 2011). Uit literatuuronderzoek naar de gevolgen van jeugd-detentie blijkt daarnaast dat jeugd-detentie over het algemeen niet leidt tot een lagere recidive en zelfs kan leiden tot onbedoelde neveneffecten die de prosociale ontwikkeling in de weg staan, zoals het schaden van (de opbouw van) positieve en betekenisvolle relaties met volwassenen en leeftijdsgenoten en het beperken van maatschappelijk perspectief (Van Ham & Ferwerda, 2018).

Daarnaast zijn er hoge maatschappelijke kosten gemoeid met plaatsingen van jongeren: De gemiddelde verblijfsduur in een Justitiële Jeugdinstelling is ruim drie maanden en kost per dag €647, wat uitkomt op gemiddeld bijna €70.000 (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2020). Met een gemiddelde verblijfsduur van 6,5 maanden wordt per plaatsing in de JeugdzorgPlus €78.500 per jongere vergoed (Jeugdzorg Nederland, 2021; Verhagen, Beelen, Rahder, Lenglet & Van Montfoort, 2018). Echter, 13% van de jongeren in de JeugdzorgPlus verblijft langer dan een jaar, waardoor de plaatsingskosten oplopen tot minimaal €145.000 (Jeugdzorg Nederland, 2021). Bovendien is het percentage jongeren dat na plaatsing naar huis gaat (met of zonder hulp) slechts 31%. Het grootste deel van de jongeren (52%) stroomt door naar een open of gesloten jeugdhulpvoorziening, waardoor langdurig hoge plaatsingskosten gemoeid gaan met de zorg voor de jongere. Verder zijn er maatschappelijke kosten als direct gevolg van de ernstige gedragsproblemen, zoals kosten omtrent schooluitval of justitie.

## Oorzaken

Ernstige gedragsproblemen ontstaan door zowel risicokenmerken van de jongere als van de omgeving van de jongere (De Lange et al., 2018; Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017). Het probleemgedrag van de jongere wordt veroorzaakt door meerdere factoren uit de verschillende systemen (school, gezin, buurt, vrienden) om de jongere heen (Bronfenbrenner, 1979; Henggeler, Cunningham, Pickrel, Schoenwald & Brondino, 1996). Naarmate kinderen ouder worden, groeit het aantal systemen waar de jongere deel van uitmaakt en daarmee het aantal risicofactoren voor ernstige gedragsproblemen waarmee hij/zij in aanraking kan komen. Een aantal belangrijke risicofactoren zijn:

### Factoren van de jongere

- Onvoldoende sociale vaardigheden (Carr, 2006).
- Moeite met agressieregulatie (Bookhout, Hubbard & Moore, 2018; McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin & Nolen-Hoeksema, 2011).
- Neurobiologische factoren, zoals problemen met de verwerking van signalen van straf/afkeuring en signalen van beloning/goedkeuring (Matthys, Vanderschuren, & Schutter, 2013).
- Lage intelligentie en zwakke taalontwikkeling (Jarrett & Hilton, 2018; Murray & Farrington, 2010).
- Achterstand in de ontwikkeling van de executieve functies (Jarrett & Hilton, 2018).

### Factoren van het gezin

- Onvoldoende opvoedvaardigheden van opvoeders (Deković & Bodden, 2019; De Lange et al., 2018; Murray & Farrington, 2010; Stormshak, DeVargas & Cardenas, 2018), zoals onvoldoende toezicht, inconsequent en toegeeflijk handelen, hard straffen en minder gedragscontrole van de jongere.
- (Ingesleten) negatieve interactiepatroon tussen opvoeders en de jongere (De Lange et al., 2018; Murray & Farrington, 2010; Stormshak et al., 2018).
- Verminderde affectieve band tussen opvoeder en kind (Deković & Bodden, 2019).
- Persoonlijke problemen van opvoeders (zoals impulsiviteit, depressieve stemming, relatieproblemen, psychiatrie) (Barry, Lindsey, Fair & DiSabatino, 2018; Deković & Bodden, 2019; Murray & Farrington, 2010; O'Leary & Solanto, 2018), waarbij ernstige problemen van opvoeders, zoals persoonlijkheidsstoornissen, onveilige opvoedingssituaties kunnen creëren (Sellbom et al., 2018).

- Overbelasting en machteloosheid bij opvoeders, waardoor deelname aan behandeling wordt belemmerd (De Lange et al., 2018; Scott & Dadds, 2009).

Factoren van de bredere sociale systemen van de jongere (leeftijdsgenoten, school, wijk)

- Woonachtig in arme/slechte wijken met veel criminaliteit (Burt, Klump, Gorman-Smith & Neiderhiser, 2016; Murray & Farrington, 2010).
- Problemen op andere leefgebieden, zoals school of werk (Carr, 2006; Hirschfield & Gasper, 2011; Loeber & Burke, 2011; Matthys & Boersma, 2018; Murray & Farrington, 2010; Salmon, James, Cassidy & Javaloyes, 2000). Denk bij schoolfactoren aan lage schoolprestaties, leerproblemen, moeilijkheden in de omgang met leeftijdsgenoten op school (zoals agressief gedrag, pesten en gepest worden) of de leerkracht (zoals autoriteitsconflicten), schoolverzuim en -uitval.
- Negatieve vrijetijdsbesteding met negatieve vrienden, en verbondenheid met de criminele wereld (Murray & Farrington, 2010; Utrzan, Pehler & Dishion, 2018).
- Negatief voorbeeld van familie of de buurt in de vorm van crimineel gedrag (Fite, Rubens, Evans & Poquez, 2018; Murray, Farrington & Sekol, 2012).
- Verstoord sociaal netwerk, bijvoorbeeld vanwege conflicten met burens of vrienden, of ontbreken van sociaal netwerk, waardoor gezinnen vaker in isolement leven en minder steun ervaren om met de problemen thuis om te gaan (Deković & Bodden, 2019; Fernandez, 2007; Ghazarian & Roche, 2010).

Naast deze factoren voor het ontstaan en in stand houden van ernstige gedragsproblemen, dragen de volgende factoren uit het sociale domein en de organisatie van de jeugdzorg bij aan de inzet van (lange) uithuisplaatsingen:

- Gezinsgerichte jeugdhulp wordt onvoldoende (tijdig) ingezet, omdat beslissingen omtrent de inzet van interventies niet altijd op basis van bewijskracht of richtlijnen worden gemaakt (Buysse, Dickhoff, Faulstich, De Groot & Hofstra, 2019; Vissenberg, Tempel & Jurrius, 2017; Tempel & Vissenberg, 2018). Hierdoor worden mogelijk meer jongeren geplaatst in de JeugdzorgPlus dan nodig.
- Bij gezinnen waar sprake is van problemen op meerdere leefgebieden is onvoldoende samenwerking tussen instellingen en wordt niet altijd dezelfde werkwijze gehanteerd (Bartelink et al., 2017; Lünemann et al., 2017; Transitie Autoriteit Jeugd, 2018).
- Er zijn veel belemmeringen die de transformatie in de weg staan, waardoor plaatsingen mogelijk langer duren (Verhagen et al., 2018). Denk aan de mindset bij een 'gesloten' plaatsing, de tijd om wezenlijke veranderingen door te voeren en angst om met het praktische perspectief van de jongere aan de gang te gaan.

Tot slot zijn de volgende beschermende factoren belangrijk in het terugdringen van ernstige gedragsproblemen. Allereerst dat opvoeders zich inzetten voor hun kind en bereid zijn om samen te werken met school en hulpverlening (Matthys & Powell, 2018). Bovendien kan binding met school en het behalen van een diploma tegengaan dat jongeren vervallen tot delinquent gedrag (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), 2009). Daarnaast draagt op het niveau van de wijk betrokkenheid bij activiteiten in de buurt bij en een sterk informeel netwerk (Biglan, Brennan, Foster & Holder, 2004; Hoge, Guerra & Boxer, 2008; Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber & Van Kammen, 1998). Verder is intensieve samenwerking met informeel netwerk door de hulpverlener van belang voor het voorkomen van een uithuisplaatsing (Van Dam & Verhulst, 2016).

## Aan te pakken factoren

*In deze alinea wordt gerefereerd aan de hoofd- en instrumentele resultaten van MST uit paragraaf 1.2:* MST is allereerst gericht op het verbeteren van het gezinsfunctioneren (subdoelen a en b) en pakt hiermee de genoemde risicofactoren van het gezin aan. Vanuit het verbeterde gezinsfunctioneren helpt de MST therapeut vervolgens de betrokkenen om de doelen op het domein van leeftijdgenoten (subdoel e) en school (subdoel d) te behalen, en beïnvloedt hiermee de risicofactoren gerelateerd aan de jongere en de bredere sociale systemen van de jongere. Bovendien wordt, na het verbeteren van het gezinsfunctioneren, gewerkt aan doelen in de gemeenschap (subdoel c), waarmee zowel risicofactoren van het gezin, de bredere sociale systemen van de jongere en het sociale domein en de organisatie van de jeugdzorg worden veranderd. Wanneer de doelen op alle domeinen behaald zijn, zijn de ernstige gedragsproblemen van de jongere

verminderd, het functioneren verbeterd en zijn de individuele behandeldoelen ook behaald (hoofddresultaten 1, 2, 3 en 4). Door de trapsgewijze manier van werken en doordat de betrokkenen zelf de verbeteringen doorvoeren in een steeds steviger groeiend steunend netwerk naar zowel de jongere als de rest van het gezin, wordt het generalisatiedoel (veranderingen zijn gedurende langere tijd zichtbaar) ook behaald (subdoel f). Wanneer in het werken aan de doelen op een van de domeinen tevens individuele factoren van de jongere en/of opvoeders naar voren komen, worden deze meegenomen in de behandeling. Daarnaast zijn er factoren in aanleg bij de jongere (zoals neurobiologische factoren, lage intelligentie en zwakke taalontwikkeling, achterstand in de ontwikkeling van executieve functies), voorgeschiedenis van het gezin en de omgeving van de jongere (zoals woonachtig in arme/slechte wijken met veel criminaliteit) die op zichzelf moeilijk te veranderen zijn. Binnen MST worden deze factoren echter meegenomen door te bekijken hoe de invloed van de factoren veranderd kan worden, bijvoorbeeld door de manier waarop het bredere systeem de jongere of het gezin steunt in combinatie met het werken aan vaardigheden. Daarmee wordt de factor zelf niet veranderd, maar wel de mate waarin de factor een probleem vormt voor de ontwikkeling van de jongere.

## Verantwoording

Bij het ontstaan, de instandhouding en/of het beïnvloeden van ernstige gedragsproblemen spelen zowel factoren van de jongere als van de omgeving van de jongere een rol (De Lange et al., 2018; Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017). Interventies die met behulp van verschillende technieken ingrijpen op verschillende domeinen tegelijk (zoals school en gezin), gericht zijn op personen of factoren die in een bepaalde ontwikkelingsfase het meest belangrijk zijn en achterliggende factoren beïnvloeden, lijken effectief om gedragsproblemen bij kinderen en jongeren te kunnen verminderen (Meij & Boendermaker, 2008). Daarnaast moeten interventies bij voorkeur *plaatsvinden in de leefomgeving van de jongere, theoretisch goed zijn onderbouwd en uitgevoerd worden zoals bedoeld door goed getrainde professionals die regelmatig supervisie krijgen* (Van der Laan, Slotboom & Stams, 2010). De *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen* beveelt voor jongeren met ernstige gedragsproblemen vanaf twaalf jaar gezinstherapie of een multisysteeminterventie, en cognitieve gedragstherapie aan (De Lange et al., 2018). Bovendien benoemt de *Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* specifieke werkzame factoren voor hulp aan gezinnen met meervoudige en complexe gezinnen, waaronder een hoge intensiviteit van hulp met een grote mate van bereikbaarheid van de professional, een grondige analyse van de krachten en problemen en de inzet van praktische hulp (Van der Steege, De Veld & Zoon, 2017). MST is een op maat gesneden ambulante gezinsbehandeling, die aan bovengenoemde aanbevelingen voldoet: de behandeling is intensief, multisysteemisch, richt zich op de belangrijkste risicofactoren die van invloed zijn op het probleemgedrag, vindt plaats in de leefomgeving van de jongere, heeft een 24/7 bereikbaarheidsdienst en wordt uitgevoerd binnen een sterk kwaliteitssysteem met voortdurende scholing en supervisie. MST wordt dan ook genoemd in diverse Richtlijnen voor Jeugdhulp en Jeugdbescherming als passende en effectieve interventie, waaronder de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen* (De Lange et al., 2018), de *Richtlijn Middelengebruik* (Wits et al., 2017) en de *Richtlijn Uithuisplaatsing* (Bartelink et al., 2017). Bovendien wordt MST genoemd in de *Richtlijn Residentiële Jeugdhulp* als geschikte interventie na verblijf van een jongere in een instelling (De Lange, Addink, Haspels & Geurts, 2017).

Wanneer bovendien sprake is van een groot risico op (recidive van) delinquent gedrag bij de jongere, is het van belang dat de interventie aansluit bij de risicofactoren en kenmerken van de jongere om gedragsverandering te bewerkstelligen en daarmee de kans op recidive en delinquent gedrag te verminderen: het Risk-Needs-Responsivity (RNR) model (Andrews, Bonta & Wormith, 2006; Andrews & Bonta, 2010; Van der Laan et al., 2010). Het RNR model vindt zijn oorsprong in de sociale leertheorie en de sociale cognitietheorie en gaat er vanuit dat crimineel gedrag wordt aangeleerd in de sociale context. Het *'risico beginsel'* houdt in dat de intensiteit van de behandeling moet worden afgestemd op het recidiverisico: *hoe groter de kans op recidive/delinquent gedrag, hoe intensiever de behandeling moet zijn. Het 'behoefte beginsel' beschrijft* waarop effectieve interventies zich dienen te richten: het reduceren van de invloed van criminogene factoren. Met name de aanpak van dynamische (veranderbare) criminogene factoren is van belang om het recidiverisico te verminderen. Deze factoren kunnen zich voordoen op kindniveau (zoals gedragsproblemen), gezinsniveau (bijvoorbeeld ouderlijke stress) en omgevingsniveau (bijvoorbeeld het ontbreken van een zinvolle vrijetijdsbesteding). Naast dynamische risicofactoren kan sprake zijn van statische risicofactoren die kunnen samenhangen met een verhoogde kans op ernstig delinquent gedrag, zoals mannelijke sekse, een allochtone afkomst, een laag opleidingsniveau, een lage sociaaleconomische



status of eerdere politiecontacten (Van der Laan, Van der Schans, Bogaerts & Doreleijers, 2009). *Het 'responsiviteitsbeginsel' beschrijft* hoe gedragsverandering tot stand kan worden gebracht: interventies moeten aansluiten bij de persoonlijke leerstijl, de mogelijkheden en de motivatie van de jongere. Daarbij is het vooral belangrijk dat jongeren gedragsalternatieven aangeboden krijgen, zodat ze leren hoe ze zich op een niet deviante manier kunnen handhaven in de samenleving (Van der Laan et al., 2010; Stams, 2011). Doordat MST via het analytisch proces (middels fitcirkels) voortdurend hypothesen toetst over de risico- en beschermende factoren die op dat moment een rol spelen in het probleemgedrag van de jongere, sluit de behandeling optimaal aan bij de risico's, behoeften en mogelijkheden van de jongere en zijn omgeving.

Aan MST ligt de theorie van verandering ten grondslag, die hoofdzakelijk gebaseerd is op verschillende aspecten van de sociaalecologische theorie van Bronfenbrenner (1979). Het centrale kenmerk is de multigedetermineerde aard van menselijk gedrag: het probleemgedrag van de jongere wordt veroorzaakt door meerdere factoren uit de verschillende systemen om de jongere heen (school, gezin, buurt, vrienden). Het probleemgedrag is alleen te begrijpen als het gezien wordt binnen deze systemen en in de natuurlijke context. Vanuit deze visie wordt het gezin thuis bezocht, wordt voor het probleemgedrag altijd in alle systemen naar oorzaken gezocht en wordt met alle systemen rondom de jongere samengewerkt om het probleemgedrag te verminderen. De behandeltechnieken en -strategieën die binnen MST worden gebruikt moeten voldoen aan de negen behandelprincipes van MST en zijn bewezen effectief voor de factoren die ermee beïnvloed moeten worden: cognitieve gedragstherapie (Foolen, Ince, De Baat & Daamen, 2013), gedragstherapie (Foolen et al., 2013), strategische en structurele systeemtherapie (Wetenschapsraad NVP, 2019), contingency management (Higgins, Silverman & Heil, 2008; Wits et al., 2017) en farmacotherapie (bijvoorbeeld voor ADHD: Jadad, Boyle, Cunningham, Kim & Schachar, 1999; Schachter, Pham, King, Langford & Moher, 2001).

Binnen deze theorie van verandering ziet MST de opvoeders als de belangrijkste motor voor verandering. De behandeling valt of staat met de mate waarin het lukt om de betrokkenen te motiveren voor hulp en op één lijn te komen over wat deze hulp in moet houden ('engagement' en 'alignment'). In de opzet van het behandelprogramma is hier dan ook specifiek rekening mee gehouden:

- Het hulp-aan-huismodel neemt barrières om professionele hulp te krijgen weg, waarbij de flexibele werkuren van de therapeut bijdragen aan de mogelijkheid om tot afspraken te komen met het gezin.
- Een beperkte caseload zorgt ervoor dat therapeuten tijd hebben om moeilijker bereikbare gezinnen te motiveren en om de behandeling zo intensief vorm te geven als nodig is.
- De 24/7 bereikbaarheid van therapeuten maakt dat gezinnen zich gesteund voelen in moeilijke situaties buiten kantooruren en crises direct gebruikt worden om nieuwe vaardigheden te oefenen.
- De behandelprincipes benadrukken de sterke kanten van het gezin, het aansluiten bij het ontwikkelingsniveau van de jongere en opvoeder(s) en het belang van de culturele omgeving van het gezin, waardoor het gezin zich begrepen en gewaardeerd voelt.
- De behandelprincipes zijn gericht op acties in het hier en nu, op voortdurende inzet van gezinsleden en zetten aan tot verantwoordelijk gedrag om weer grip te krijgen op het eigen leven. Motivatie neemt toe wanneer een interventie meer gericht is op dergelijke empowerment (Foolen et al., 2013).
- De behandeldoelen en de aard van de ingezette behandeltechnieken en -strategieën worden samen met het gezin bepaald, waardoor er meer draagvlak is (Bartelink, Meuwissen & Eijgenraam, 2017).
- Door de wekelijkse ondersteuning in de vorm van supervisie en consultatie en door het volgen van het analytisch proces, worden barrières voor motivatie voortdurend in beeld gebracht en kunnen tijdig strategieën ingezet worden om de motivatie te behouden of te vergroten.

MST therapeuten worden getraind in klinische vaardigheden (zoals heretiketteren, reflectief luisteren, warmte en empathie) en strategieën (zoals hulp bij praktische zaken) om motivatie en betrokkenheid te vergroten.

De MST-theorie van verandering beschrijft dat het versterken van de opvoedvaardigheden en het sociale netwerk van opvoeders ervoor zorgt dat het gezin beter in staat is problemen duurzaam zelf op te lossen. Het uiteindelijke doel is de jongere te omringen met een omgeving die aanzet tot prosociaal gedrag en een sociaal vangnet te creëren om te zorgen dat bereikte veranderingen ook na afloop van de behandeling in stand blijven en (nieuwe) uithuisplaatsing voorkomen kan worden (Henggeler et al., 2010). Deze theorie wordt op een aantal manieren ondersteund:

1. Allereerst hebben ‘state-of-the-art’ methoden in gezinstherapieën een aantal kenmerken (Lebow, 2005), die overeenkomen met de MST-theorie van verandering:
  - Aandacht voor de biologische basis van gedrag (voorbeeld MST: combinatie van farmacotherapie en therapeutische technieken gericht op het verbeteren van de opvoedvaardigheden van ouders).
  - Nadruk op het opbouwen van therapeutisch contact (voorbeeld MST: nadruk op de motivatie en betrokkenheid (‘engagement’ en ‘alignment’) van alle betrokkenen en de verantwoordelijkheid van de therapeut hierin).
  - Interventiestrategieën toespitsen op beschikbare kennis over specifieke problemen (voorbeeld MST: de behandeltechnieken en -strategieën zijn gericht op empirisch onderbouwde risicofactoren).
  - Multisystemische focus behouden (voorbeeld MST: alle systemen van de jongere worden betrokken bij de behandeling).
  - Focus op duurzame veranderingen (voorbeeld MST: nadruk op veranderen van de sociale omgeving en opzetten van een sociaal vangnet).
  - Nadruk op de sterke kanten van het gezin (voorbeeld MST: tweede behandelprincipe, waaraan alle ingezette therapeutische technieken moeten voldoen).
  - Aandacht voor doelen van de cliënt (voorbeeld MST: behandeldoelen komen voort uit de gewenste uitkomsten van alle betrokkenen).
  - Resultaten meten (voorbeeld MST: resultaatmetingen zijn een integraal onderdeel van het MST kwaliteitssysteem).
  - Aandacht voor cultuur (voorbeeld MST: alle analyses en gebruikte methoden worden gezamenlijk met de betrokkenen ontwikkeld, waarbij culturele invloeden, met name protectieve factoren, worden meegenomen).

Onderzoek heeft aangetoond dat gezinstherapieën effectiever zijn voor de behandeling van ernstige gedragsproblemen dan andere behandelvormen, zoals individuele therapie (Carr, 2014; Hogue et al., 2015).

2. Ten tweede richt MST zich op alle variabelen uit alle systemen, in tegenstelling tot vroegere behandelingen voor delinquent gedrag bij jongeren, die gericht waren op een beperkt aantal variabelen waarvan bekend was dat ze verband hielden met delinquent gedrag. Dit is in overeenstemming met hetgeen uit meerdere longitudinale onderzoeken naar voren komt: ernstige gedragsproblemen worden door meerdere factoren in de jongere en in zijn of haar sociale omgeving bepaald (gezin, leeftijdgenoten, school en wijk) (Elliott, 1994; Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber & Van Kammen, 1998; Thornberry & Krohn, 2003). Interventies met een multisystemische aanpak hebben meer effect dan interventies die zich alleen op de ouders of de jongere richten (Goei & Kleijnen, 2009). De meest effectieve behandelingen richten zich op de jongere, ouders en factoren buiten het gezin, zoals omgang met deviante leeftijdgenoten en het sociale netwerk (Murrihy, Kidman & Ollendick, 2010).
3. Ten derde is de MST-theorie van verandering op verschillende manieren empirisch getoetst:
  - Allereerst blijkt uit effectonderzoeken naar MST dat MST niet alleen effectief is in het terugdringen van ernstige gedragsproblemen bij jongeren, maar ook dat MST effectief verandering brengt in belangrijke variabelen die samenhangen met de ernstige gedragsproblemen van jongeren, zoals omgang met verkeerde vrienden (Henggeler, 2011; Van der Stouwe, Asscher, Stams, Deković & Van der Laan, 2014). Uit Nederlands onderzoek blijkt dat MST effectiever is dan de controleconditie in het verminderen van zelfgerapporteerd delinquent en externaliserend gedrag van de jongere, cognities en opvoedgedrag van de ouders en omgang met prosociale vrienden (Asscher et al., 2013).
  - Daarnaast zijn de MST-veranderingsmechanismen wetenschappelijk getoetst. Het maken van fitcirkels is onderdeel van het analytisch proces en helpt therapeuten zich aan de behandelprincipes te houden en daardoor modeltrouw te werken. Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat de mate van modeltrouw van de therapeut een voorspeller is voor de behandeluitkomsten (Lange et al., 2017; Lofholm et al., 2014; Schoenwald et al., 2004). Hoe hoger de modeltrouw van de therapeut (gemeten met de TAM), hoe beter de lange termijnresultaten met betrekking tot delictgedrag en uithuisplaatsing en hoe meer verbetering in het gezinsfunctioneren en betrokkenheid in school of werk.

- Tot slot is door een Nederlandse gerandomiseerde studie bewijs geleverd voor de werkzaamheid van de MST-theorie van verandering: doordat opvoeders zich competentier voelen, verbeteren hun opvoedvaardigheden en vermindert het probleemgedrag van de jongere (Deković et al., 2012).

Hiermee is de werkzaamheid van de MST methodiek aangetoond en wetenschappelijk onderbouwd.

Bovendien worden de resultaten van alle MST behandelingen gemeten en zijn de positieve hoofdresultaten ('Ultimate Outcomes') van MST al jarenlang stabiel. De resultaten over 2020 laten de volgende uitkomsten zien voor jongeren na afloop van de behandeling:

- 93% woont (weer) thuis;
- 83% gaat naar school of heeft werk/geïndiceerde dagbesteding;
- 95% pleegt geen delicten.

Concluderend kan gesteld worden dat MST een bewezen effectieve, evidence based practice (EBP) is voor jongeren met ernstige gedragsproblemen. Door MST in te zetten, kan uithuisplaatsing worden voorkomen. Ook kan MST een brug slaan tussen (kort) verblijf in de (gesloten) jeugdzorg en terugkeer naar de thuissituatie, zodat de plaatsing wordt verkort en de moeizame overgang naar de thuissituatie voorkomen (Bartelink et al., 2017; Hammink et al., 2016; Harder et al., 2011). Uit een rechtstreekse vergelijking van MST en residentiële behandeling, blijkt dat met MST betere effecten worden behaald (Barth et al., 2007). Bovendien worden met MST aanzienlijke kosten bespaard voor de maatschappij op de korte termijn, aangezien uithuisplaatsing een duur alternatief is. Uit berekeningen blijkt dat een MST team jaarlijks gemiddeld 3 miljoen euro bespaart per jaar ten opzichte van uithuisplaatsingen. Ook wanneer MST wordt afgezet tegen andere behandelingen blijken de maatschappelijke kosten ongeveer 50% lager te zijn (Vermeulen, Jansen, Knorth, Buskens & Reijneveld, 2017). Daarnaast worden met een MST gezinsbehandeling op de lange termijn ongunstige effecten van uithuisplaatsing en bijbehorende doorlopende hoge maatschappelijke kosten voorkomen (Stone, 2007; Van Beek, 2020; Van Ham & Ferwerda, 2018). MST geeft kinderen en hun ouders weer een toekomst.

## 4. Onderzoek

Er is veel onderzoek gedaan naar Multisysteem Therapie. Een aantal hoogtepunten over dit onderzoek worden uiteengezet om hiervan een beeld te schetsen:

- Er zijn wereldwijd **85 studies** voltooid.
- Hieruit zijn meer dan **160 peer-reviewed wetenschappelijke publicaties** verschenen.
- Aan de studies hebben **meer dan 58.000 gezinnen** deelgenomen.
- Hiervan zijn **28 studies gerandomiseerd** uitgevoerd (RCT).
- Bovendien zijn **59 studies door onafhankelijke onderzoekers** uitgevoerd.

Een volledig overzicht wordt jaarlijks aangevuld en online gepubliceerd in 'Research at a Glance' (MST Services, 2021; www.mstservices.com). Daarnaast wordt jaarlijks een overzicht met Europese publicaties aangevuld en online gepubliceerd (MST Services, 2021) en wordt een lijst met Nederlandse publicaties bijgehouden.

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Vanwege de veelheid aan (inter)nationale onderzoeken en publicaties, wordt hieronder een kleine selectie weergegeven van het beschikbare Nederlandse onderzoek naar de uitvoering van MST. Met deze selectie wordt een duidelijk beeld geschetst van de uitvoering van MST in Nederland in de periode van 2015 tot 2020, wordt onderbouwing gegeven voor de officiële verruiming van de leeftijdsgrens voor MST vanaf 2021 en wordt een beeld geschetst van het uitgevoerde onderzoek in Nederland naar modeltrouw ('adherence').

#### Onderzoek 1

- a) M. Boonstoppel (2021). *Procesevaluatie Multisysteem Therapie*. MST-Nederland/België (intern document).
- b) Een procesevaluatie over de uitvoering van MST in de periode van 2015 tot 2020. Het doel van deze procesevaluatie was het beschrijven van de huidige stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van MST in Nederland. Er is gebruik gemaakt van administratieve gegevens, literatuuronderzoek en resultaat- en cliënttevredenheidsgegevens. Resultaatgegevens zijn gehaald uit de Sociaaldemografische Informatie (SDI) over 2019, die wordt ingevuld door de MST therapeut in elke casus en de hoofddata en instrumentele resultaten ('Ultimate Outcomes' en 'Instrumental Outcomes') van MST bevat; in deze periode zijn 898 MST behandelingen afgesloten in Nederland. Voor analyse van de cliënttevredenheidsgegevens, die bij MST aanbieders op verschillende wijze wordt uitgevraagd, is gekeken naar gegevens van De Viersprong en Yorneo. Bij De Viersprong is de GGZ Jeugdthermometer (Kok & Van Wijngaarden, 2003) gemeten over 805 opvoeders in de periode van 2016 tot 2019, met de volgende responspercentages op de subschalen: 99% op de subschaal 'Tevredenheid met betrokkenheid' bekend, 98% op de subschaal 'Tevredenheid met de hulpverlener', 96% op de subschaal 'Tevredenheid met de uitkomst van de behandeling', 91% op het rapportcijfer. Bij Yorneo is de Exit-vragenlijst Jeugdhulp bekeken over 2019 met een onderzoeksgroep van 29 gezinnen en een responspercentage van 62% (Praktikon, 2018).
- c) Uit de procesevaluatie komen de volgende resultaten:
  1. *Mate waarin de interventie is uitgevoerd volgens plan*

Om ervoor te zorgen dat de behandeling door alle therapeuten wereldwijd wordt uitgevoerd zoals bedoeld en de kwaliteit van alle MST behandelingen te kunnen garanderen, heeft MST een stevig kwaliteitssysteem. MST-Nederland/België is verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking van alle Nederlandse en Belgische MST behandelingen. Door de borging in het uitgebreide kwaliteitssysteem en de dagelijkse inzet van MST-Nederland/België om te zorgen voor opleiding en training, programmaontwikkeling en continue kwaliteitsverbetering, wordt MST uitgevoerd zoals bedoeld.
  2. *Bereik van de interventie*

In 2019 zijn in Nederland 898 MST behandelingen afgesloten door 31 MST teams, verspreid over 12 MST aanbieders. Van deze teams voerden 5 teams de MST specialisatie Intellectual Disability (ID). Alle MST teams zijn bekwaam om effectief te werken in gezinnen waarin sprake is van een licht verstandelijke beperking, maar deze teams zijn gespecialiseerd in het behandelen van de betreffende doelgroep.

Daarnaast voerden in 2019 een aantal teams een MST adaptatie uit, namelijk 6 MST-CAN (Child Abuse and Neglect) teams en 3 MST-PSB (Problem Sexual Behavior) teams; dit betekent dat in totaal 40 MST teams in Nederland actief waren in 2019. De adaptaties MST-CAN en MST-PSB worden niet meegenomen in de aantallen en resultaten in deze procesevaluatie. Concluderend kan gesteld worden dat MST een groot bereik heeft in Nederland, met een steeds betere landelijke dekking. Verder blijkt uit onderzoek over de periode van 2012 tot 2017 dat de beoogde doelgroep wordt bereikt (Dik, Kiers, Waanders & Lange, 2020): de jongeren zijn gemiddeld 15 jaar oud, hebben ernstige externaliserende problemen, ongeveer de helft heeft politiecontacten gehad in de zes maanden voorafgaand aan MST en ongeveer 40% heeft geen zinvolle dagbesteding bij aanvang van MST. Verschuivingen in de doelgroep die volgens het onderzoek hebben plaatsgevonden tijdens de transitie jeugdzorg ,passen binnen de beoogde doelgroep van MST: vermindering in het aantal strafrechtelijke of civiele maatregelen, verlaging van de leeftijd, relatieve verhoging van het aantal meisjes, hogere complexiteit van gedragsproblemen.,

### 3. *Behandelresultaten van de interventie*

De hoofdresultaten ('Ultimate Outcomes') van MST in 2019 laten de volgende resultaten zien voor de jongeren na afloop van de behandeling: 93% woont (weer) thuis, 84% gaat naar school of heeft werk/geïndiceerde dagbesteding, 94% pleegt geen delicten. De positieve resultaten op de hoofdresultaten van MST zijn al jarenlang stabiel. Dit is in lijn met uitkomsten uit de vele onderzoeken die gedaan zijn naar MST (MST Services, 2021; zie 'Onderzoek naar behaalde effecten'). Concluderend kan gesteld worden dat MST een evidence-based behandeling is voor jongeren met ernstige gedragsproblemen.

### 4. *Waardering en ervaring van deelnemers en uitvoerders*

Bij De Viersprong krijgt MST gemiddeld het cijfer 7.4. Daarnaast is het gemiddelde op de subschalen hoog: tevredenheid met de betrokkenheid 0.90, tevredenheid met de hulpverlener 0.96, tevredenheid met de uitkomst van de behandeling 0.82. Bij Yorneo krijgt MST gemiddeld het rapportcijfer 8.6. Wat betreft de tevredenheid van MST behandelaren en supervisors worden de opleidings- en trainingsdagen gemiddeld zeer goed beoordeeld met een 4 of 5 op een 5-puntschaal. De feedback uit de evaluatieformulieren wordt door de MST expert en de MST coach gebruikt om de opleidingen en trainingen te verbeteren en de MST expert zo goed mogelijk en kwalitatief hoogwaardige opleidingen en trainingen te laten geven. Daarnaast zijn MST aanbieders zowel op directie- als op managementniveau tevreden over de nauwe samenwerking met en ondersteuning door MST-Nederland/België, welke onderscheidend is en waarin veel aandacht is voor implementatie en kwaliteitsborging van MST. Verbeterpunten die voortkomen uit deze samenwerking worden direct meegenomen. Concluderend kan gesteld worden dat het algemene beeld is dat zowel deelnemers als uitvoerders tevreden zijn over de inzet van MST en de behandelresultaten. Om nog beter zicht te krijgen op de cliënttevredenheid zal de komende tijd gewerkt worden aan uniforme cliënttevredenheidsmetingen bij alle MST aanbieders.

### 5. *Succes- en faalfactoren*

De volgende succesfactoren worden besproken: uitgebreid en gedegen kwaliteitssysteem, nauw contact met onderzoeksveld, dagelijkse inzet van MST-Nederland/België om aan te sluiten bij het jeugdzorgveld (zoals doorontwikkeling van de specialisatie MST-ID, waardoor MST voortdurend bijdraagt aan het optimaal behandelen van gezinnen waarin sprake is van licht verstandelijke beperking) en de aansluiting bij het landelijke jeugdbeleid en de transformatiegedachte. Verder zijn de volgende factoren uit de praktijk besproken die optimale uitvoering van MST belemmeren: onvoldoende pogingen om uithuisplaatsingen te voorkomen middels een intensieve systeembehandeling als MST, financiële tekorten binnen gemeenten en te lage tarieven voor MST vanwege de incorrecte vergelijking van MST met de inzet van lichtere vormen van ambulante behandeling.

### 6. *Aanbevelingen*

Omdat MST een antwoord biedt op problemen waar gemeenten mee worstelen, is het van belang dat MST-Nederland/België zich blijft inspannen om de barrières weg te nemen die de inzet van MST in de weg staan. Dit betekent dat MST-Nederland/België onder andere samenwerkt met andere partijen om het belang van evidence based werken in de jeugdzorg kenbaar te maken, samenwerkt met Jeugdzorg(Plus) instellingen met als doel het voorkomen of verkorten van uithuisplaatsingen en gesprekken met overheden en andere (landelijke) partijen voert om te helpen een kostendekkende prijs voor MST behandelingen te verkrijgen. Het doel is dat in alle regio's en gemeenten MST (voldoende) wordt aangeboden met de best mogelijke resultaten, om de missie te realiseren dat ieder kind waar mogelijk in de eigen omgeving kan opgroeien.

## Onderzoek 2

- a) Peters, M., Schmitz, L. & Rijken, R. van der (2021). *Data analyse leeftijden MST*. Nijmegen: Praktikon.
- b) De afgelopen jaren zijn steeds vaker jongere kinderen (10- en 11-jarigen) op casusniveau geïndiceerd en succesvol behandeld met MST, omdat zij in sterk toenemende mate gedrag vertonen dat voorheen vooral bij oudere kinderen werd gezien en past binnen de inclusiecriteria van MST. Daarnaast wordt in Nederland de klinische behoefte gezien om oudere jongeren (18-jarigen) te behandelen met MST, mede omdat jongeren steeds langer thuis blijven wonen en aansluitend bij de verlengde jeugdhulp. Om na te gaan of de MST hoofdresultaten en instrumentele resultaten ('Ultimate Outcomes' en Instrumental Outcomes) verschillen tussen de verschillende leeftijdsgroepen, zijn de uitkomsten van de leeftijdsgroepen 10, 11, 18 en 19 jaar vergeleken met de uitkomsten van de groep die valt binnen de officiële MST leeftijdscriteria (12 tot en met 17 jaar). Vervolgens is voor de leeftijdsgroepen 10 en 11 jaar ook een vergelijking gemaakt met alleen 12-jarigen, omdat zij qua leeftijd het dichtst bij elkaar liggen en qua problematiek mogelijk het meest op elkaar lijken. Met dezelfde reden is ook de leeftijdsgroep van 18 en 19 jaar vergeleken met alleen de 17-jarigen. Dit is gedaan voor zowel reguliere MST als voor MST-ID (Intellectual Disability). Voor de data analyse is gebruik gemaakt van de Sociaaldemografische Informatie (SDI) uit de export van BergOp (database waarin alle in MST behandelingen verzamelde gegevens binnen het monitoringssysteem worden ingevoerd). Hierbij is de periode geselecteerd van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2020 (de afgelopen vijf jaar). Uit deze periode zijn 121 10-, 11-, 18- en 19-jarigen geïnccludeerd uit reguliere MST (43 10-jarigen, 72 11-jarigen, 6 18-jarigen), en afgezet tegen ongeveer 3100 jongeren van 12 t/m 17 jaar oud binnen reguliere MST (precieze aantal is afhankelijk van de betreffende uitkomstmaat). Daarnaast zijn uit deze periode 29 10-, 11-, 18- en 19-jarigen geïnccludeerd uit MST-ID (10 10-jarigen, 14 11-jarigen, 4 18-jarigen, 1 19-jarige), en afgezet tegen ongeveer 580 jongeren van 12 t/m 17 jaar oud binnen MST-ID (precieze aantal is afhankelijk van de betreffende uitkomstmaat).
- c) Instrumentele resultaten ('Instrumental Outcomes')  
Uit de analyses blijkt dat binnen MST Regulier op twee van de zes instrumentele resultaten voor de leeftijdsgroepen 10 en 11 jaar een significant verschil bestaat met de leeftijdsgroep 12 tot en met 17 jaar. Het gaat hierbij om het slagen in opleiding/werk en het hebben van prosociale vrienden/activiteiten. De resultaten van de jonge kinderen zijn hier significant beter dan die van de reguliere leeftijdsgroep, wat verklaarbaar is, omdat jonge kinderen nog op de basisschool zitten. Dit wordt onderschreven door de vergelijking met alleen 12-jarigen; hun resultaten zijn vergelijkbaar. Op de overige instrumentele resultaten zijn geen significante verschillen gevonden voor 10- en 11-jarigen. De instrumentele resultaten van de 18-jarigen verschillen niet van die van de reguliere leeftijdsgroep. Binnen MST-ID werden geen significante verschillen gevonden tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat MST(-ID) bij 10-, 11-, 18- en 19-jarigen even goede instrumentele resultaten behaalt als bij de reguliere leeftijdsgroep.

### Hoofdresultaten ('Ultimate Outcomes')

Uit de analyses blijkt dat binnen MST Regulier op één van de drie hoofdresultaten voor de leeftijdsgroepen 10 en 11 jaar een significant verschil bestaat met de leeftijdsgroep 12 tot en met 17 jaar. Het gaat hierbij om het hoofdresultaat 'Zinnvolle dagbesteding'. Jonge kinderen hebben significant vaker een zinnvolle dagbesteding dan de reguliere leeftijdsgroep. Ook dit kan waarschijnlijk verklaard worden door het volgen van de basisschool, opnieuw onderschreven door de vergelijking met alleen de 12-jarigen, die dezelfde resultaten laten zien. Bij 18-jarigen zijn alle hoofdresultaten vergelijkbaar met die van de reguliere leeftijdsgroep. Binnen MST-ID werden geen significante verschillen gevonden tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat MST(-ID) bij 10-, 11-, 18- en 19-jarigen even goede resultaten behaalt als bij de reguliere leeftijdsgroep.

### Resultaten op middelenmisbruik

Uit de analyses blijkt dat binnen MST Regulier op één van de drie resultaten op middelenmisbruik voor de leeftijdsgroepen 10- en 11-jarigen een significant verschil bestaat met de reguliere leeftijdsgroep; 10- en 11-jarigen zijn minder vaak in behandeling voor middelenmisbruik dan de reguliere leeftijdsgroep. Ook hier zijn de resultaten vergelijkbaar met die van de 12-jarigen binnen de

reguliere leeftijdsgroep. Bij 18-jarigen werd geen verschil gevonden wat betreft de resultaten op middelenmisbruik. Ook hier kan geconcludeerd worden dat MST even goede resultaten behaalt bij de 'nieuwe leeftijden' als bij de reguliere leeftijdsgroep. Bij MST-ID is de behandeling van de oudere cliënten relatief vaker gericht op middelenmisbruik. Het gaat hier echter om zulke kleine aantallen, dat voorzichtigheid geboden is bij de interpretatie. Op de overige resultaten en voor 10- en 11-jarigen werden binnen MST-ID geen verschillen gevonden met de reguliere leeftijdsgroep. MST-ID behaalt even goede resultaten bij de 'nieuwe leeftijden' als bij de reguliere leeftijdsgroep.

Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat MST(-ID) even goede behandelresultaten behaalt bij kinderen/jongeren in de leeftijd van 10, 11, 18 en 19 jaar. Het lijkt dan ook verantwoord de leeftijdsgrenzen binnen MST officieel uit te breiden. Per 2021 is de leeftijdsgrens voor MST in Nederland daarom officieel verruimd om MST beter uit te kunnen voeren in de Nederlandse context.

### Onderzoek 3

- a) Lange, A. M. C., van der Rijken, R. E. A., Busschbach, J. J. V., Delsing, M. J. M. H. & Scholte, R. H. J. (2017). It's not just the therapist: Therapist and countrywide experience predict therapist adherence and adolescent outcome. *Child Youth Care Forum*, 46, 455-471.
- b) In dit replicatieonderzoek zijn 4.290 jongeren en hun gezinnen meegenomen die in de periode van september 2004 tot oktober 2014 in Nederland een MST behandeling hebben afgerond. In deze periode hebben 1.145 andere gezinnen ook een MST behandeling afgerond, maar zij zijn geëxcludeerd vanwege het ontbreken van valide modeltrouwbeoordelingen. Deze geëxcludeerde groep verschilde van de uiteindelijke steekproef op de volgende punten: vaker behandeling afgesloten vanwege gebrek aan motivatie en betrokkenheid of een gesloten plaatsing van de jongere, vaker negatieve behandeluitkomsten, jongere was opvoeder en de behandelende therapeuten zijn eerder gestart in het implementatieproces van MST. De volgende gegevens zijn verzameld: uitkomsten op de Therapeutic Adherence Measure (TAM) van elk gezin, landelijke ervaring met MST in jaren, team ervaring in jaren, therapeut ervaring in jaren en resultaten bij einde behandeling.
- c) Uit de resultaten blijkt dat de modeltrouwscores en de resultaten bij einde behandeling in de eerste jaren van de uitvoering van MST in Nederland toenamen en vervolgens stabiliseerden. Wat betreft voorspellers van de modeltrouw van de therapeut blijkt dat modeltrouw van de therapeut hoger is wanneer de therapeut meer ervaring heeft (effectsize 0.14) en wanneer de TAM-R werd afgenomen in een andere taal (effectsize -0.05). Daarnaast voorspelde de landelijke ervaring de modeltrouw van de therapeut (0.20). Het geslacht van de jongere was geen voorspeller (0.02). Wat betreft voorspellers voor de behandeluitkomsten blijkt dat de eerste drie hoofdresultaten ('Ultimate Outcomes') van MST worden voorspeld door modeltrouw van de therapeut: hoe hoger de modeltrouw van de therapeut, hoe groter de kans dat de jongere bij einde behandeling thuis woont, naar school gaat of werk heeft en geen politiecontacten heeft gehad (effectsizes tussen 0.07 en 0.11). Verder voorspelt meer ervaring van de therapeut een grotere kans op het voorkomen van politiecontacten (effectsize 0.08) en ervaring van het team voorspelt de kans op betrokkenheid bij school of werk. Landelijke ervaring voorspelt ook betrokkenheid bij school of werk en voorkomen van recidive. Er zijn daarnaast indirecte effecten gevonden van ervaring: de ervaring van de therapeut voorspelde de behandeluitkomsten via de modeltrouw van de therapeut en de landelijke ervaring voorspelde het thuis wonen van de jongere en betrokkenheid bij school of werk via de modeltrouw van de therapeut. Verder is er geen modererend effect gevonden voor team of landelijke ervaring op de associatie tussen de ervaring van de therapeut en de modeltrouw van de therapeut. Geconcludeerd kan worden dat het effect van landelijke ervaring op de behandeluitkomsten mogelijk de toegenomen ervaring in scholing en ondersteuning van de therapeuten weerspiegelt. Het suggereert dat landelijke kwaliteitscontrole gerelateerd is aan betere modeltrouw en behandeluitkomsten voor jongeren die worden behandeld met MST.

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Multisysteem Therapie is een bewezen effectieve evidence based practice (EBP). De effectiviteit van MST voor jongeren met ernstige gedragsproblemen is herhaaldelijk aangetoond door diverse onafhankelijke onderzoeksteams. De resultaten van deze studies tonen onder andere aan dat MST:

- Het aantal nieuwe arrestaties (recidive) op de lange termijn vermindert, wat blijkt uit onderzoeken met ernstige jeugddelinquenten (o.a. Sawyer & Borduin, 2011).
- Het aantal uithuisplaatsingen vermindert (o.a. Van der Stouwe et al., 2014).
- Het gezinsfunctioneren verbetert (o.a. Van der Stouwe et al., 2014).
- Het middelengebruik onder jongeren vermindert (o.a. Van der Stouwe et al., 2014).
- Psychische problemen bij jongeren vermindert (o.a. Painter, 2009).
- Schoolverzuim vermindert (Weiss et al., 2013) en school functioneren verbetert (Timmons-Mitchell, Bender, Kishna & Mitchell, 2006).

Op basis van de uitgevoerde onderzoeken is MST wereldwijd gecertificeerd op het hoogste niveau door Blueprints<sup>7</sup>, samen met slechts 3 andere jeugdinterventies. Blueprints certificeert op dit niveau alleen interventies die sterke bewijzen van effectiviteit hebben op basis van wetenschappelijk onderzoek.

Vanwege de veelheid aan (inter)nationale onderzoeken en publicaties, wordt hieronder een kleine selectie weergegeven van het beschikbare Nederlandse onderzoek naar de (kosten-)effectiviteit van MST. Met deze selectie wordt een duidelijk beeld geschetst van de behaalde effecten van MST in Nederland en ook van de behaalde effecten wereldwijd. De selectie in onderzoek is gemaakt op basis van de volgende criteria: verschillende gedegen onderzoeksmethodes (zoals een RCT en internationale meta-analyse) en studies uitgevoerd/publicaties geschreven door Nederlandse onderzoekers.

### Onderzoek 1

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant): ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: ja
- Er is een voormeting: ja
- Er is een nameting: ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: ja

#### - Publicatie 1

- a) Asscher, J. J., Deković, M., Akker, A. L. van den, Prins, P. J. M. & Laan, P. H. van der (2018). Do extremely violent juveniles respond differently to treatment? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 958-977.
- b) In deze gerandomiseerde studie (RCT) zijn 256 gezinnen vergeleken, waarvan 147 gezinnen die MST kregen en 109 gezinnen die andere, reeds bestaande behandelingen kregen (TAU: Treatment As Usual). Verschillende vragenlijsten zijn afgenomen bij start van de behandeling en einde behandeling bij zowel de opvoeders (subschalen van de Child Behavior Checklist (CBCL), Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VvGK), Nijmeegse Opvoedingsvragenlijst (NOV), Parenting Stress Index (PSI), Network of the Relationship Inventory (NRI), Parent-Adolescent Communication Scale (PACS)) als de jongeren (subschalen van de Youth Self Report (YSR), Self-Report Delinquency scale (SRD), NRI, PACS, Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)). Verder is een deel van de Coder Impressions Inventory gebruikt tijdens een observatie thuis. Daarnaast werd maandelijks gedurende de behandeling in een telefonisch interview een verkorte versie van de genoemde vragenlijsten afgenomen.

<sup>7</sup> Blueprints for Healthy Youth Development, <https://www.blueprintsprograms.org/>.



- c) Uit de vergelijking van de voor- en nameting blijkt bij zowel de extreem gewelddadige groep jongeren als de niet extreem gewelddadige jongeren een afname in externaliserend gedrag zichtbaar is en een verbetering van de kwaliteit van relaties bij zowel MST als TAU (effectsizes tussen -0.44 en 0.57). Extreem gewelddadig gedrag liet geen modererend effect zien, wat betekent dat MST even effectief is voor extreem gewelddadige en niet extreem gewelddadige jongeren. Daarnaast laten de resultaten van de analyse naar verandering binnen de behandeling zien dat zowel extreem gewelddadige als niet extreem gewelddadige jongeren in de MST groep verschilden van de jongeren in de TAU groep met betrekking tot de veranderingen in het externaliserend gedrag en de opvoeder-kind relatie gedurende de behandeling. De mate van externaliserend gedrag en de opvoeder-kind relatie veranderden niet significant in de TAU groep, waarbij eveneens geen verschil zichtbaar was tussen de extreem gewelddadige jongeren en de niet extreem gewelddadige jongeren. Echter, in de MST groep was een verschil zichtbaar tussen de beide groepen jongeren in het patroon van verandering. Bij de extreem gewelddadige jongeren namen de externaliserende gedragsproblemen gedurende de eerste maand van de behandeling licht toe en daarna namen deze problemen af tot een lager niveau dan de andere groepen in zowel de TAU als MST groep. Bij de opvoeder-kind relatie gebeurt voor deze groep eerst hetzelfde, maar na de lichte daling in maand 1 verbetert de kwaliteit tot maand 3, waarna de kwaliteit van de opvoeder-kind relatie stabiliseert. Concluderend kan gesteld worden dat MST meer effectief is dan TAU voor zowel extreem gewelddadige als niet extreem gewelddadige jongeren, wat suggereert dat MST er ook in slaagt om gunstige effecten te bereiken bij moeilijk te behandelen jongeren.

#### - Publicatie 2

- a) Vermeulen, K. M., Jansen, D. E. M. C., Knorth, E. J., Buskens, E. & Reijneveld, S. A. (2017). Cost-effectiveness of multisystemic therapy versus usual treatment for young people with antisocial problems. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27, 89-102.
- b) De kosteneffectiviteit werd tegelijk gemeten tijdens een gerandomiseerde studie. Voor deze publicatie is gebruik gemaakt van gegevens verzameld bij begin, einde en 6 maanden na afloop van de behandeling. De data is verzameld van 1 maart 2008 tot 31 juli 2012. De steekproef bestaat uit 116 jongeren die zijn toegewezen aan MST of aan reeds bestaande behandelingen (TAU: Treatment As Usual; MST n=51; TAU n=65). Er is gebruik gemaakt van gestandaardiseerde zelfrapportage vragenlijsten bij opvoeders (subschalen van de Child Behavior Checklist (CBCL), aangepaste versie van de Trimbos/iMTA vragenlijst voor kosten verbonden aan psychiatrische ziekte (TiC-P)) en jongeren (subschalen van de Youth Self Report (YSR), TiC-P). De belangrijkste uitkomstmaat is de kwaliteit van leven, zoals waargenomen door de jongeren en gemeten middels de EuroQol five dimensions questionnaire (EQ-5D). Voor de kostenbeoordeling is gebruik gemaakt van een maatschappelijk perspectief. De uitval voor follow-up was 48% voor MST en 69% voor TAU.
- c) Ongeveer twee derde van de onderzoeksgroep was man, met de gemiddelde leeftijd van 16 jaar en een hoog percentage Nederlandse nationaliteit (92% binnen MST, 80% binnen TAU). Ongeveer de helft van de jongeren woonde in een een-ouder-gezin, vanwege een scheiding. De moeder vulde de opvoedingsvragenlijsten in bij ruim 80% van de jongeren. Bijna de helft van de opvoeders had alleen de basisschool afgerond.
- De kwaliteit van leven volgens de jongere verbeterde met 0.02 punten in de MST groep, ten opzichte van een verslechtering van 0.02 punten in controlegroep (TAU). Vanuit het perspectief van de opvoeders was er geen significant verschil gevonden in de kwaliteit van leven van jongeren. Daarnaast toonden de resultaten dat in beide groepen een neiging was voor vermindering van agressie en delinquentie, maar beiden zonder significant voordeel voor de MST groep. Wat betreft de kosten werd geen verschil gevonden bij start tussen de twee groepen (MST en TAU). Bij einde behandeling waren kostengegevens beschikbaar voor 38 jongeren met MST en 45 jongeren met TAU; deze toonden aan dat de gemiddelde kosten per jongere met MST €13.430 bedroegen en bij TAU €15.201 (verklaard door hogere kosten voor institutionele zorg bij TAU). Kosten voor rekening van opvoeders bedroegen €481 bij MST en €442 bij TAU, met gemiddelde kosten voor verloren productiviteit van respectievelijk €90 en €32. Zes maanden na einde behandeling waren kostengegevens beschikbaar voor 20 jongeren met MST en 14 met TAU; deze toonden aan dat de gemiddelde kosten per jongere met MST €4.144 bedroegen en bij TAU €9.674 (verklaard door hogere kosten voor institutionele zorg bij TAU). Kosten

voor rekening van opvoeders bedroegen €381 bij MST en €324 bij TAU, met gemiddelde kosten voor verloren productiviteit respectievelijk €405 en €0. Wat betreft kosteneffectiviteit komt uit de analyses een kostenbesparing en winst in kwaliteit van leven (puntschatting ICER €384.633). Daarnaast was de incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) €384.633 (95% BI: €2.001.433 tot €2.024.681), wat duidt op dominantie van MST ten opzichte van TAU. Zonder extra investeringen is MST kosteneffectiever dan TAU met een kans van 75%. Concluderend blijkt dat de totale kosten vanuit maatschappelijk perspectief ongeveer 50% lager waren voor MST dan voor TAU.

#### - Publicatie 3

- a) Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W., van der Laan, P. H., Prins, P. J. M. & van Arum, S. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in the Netherlands: effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 10, 227-243.
- b) In deze gerandomiseerde studie (RCT) zijn 256 gezinnen vergeleken, waarvan 147 gezinnen die MST kregen en 109 gezinnen die andere, reeds bestaande behandelingen kregen (TAU: Treatment As Usual). Bij start behandeling vond de voormeting plaats en zes maanden na afloop van de behandeling vond de eindmeting plaats middels vragenlijsten voor opvoeders (subschalen van de Child Behavior Checklist, Disruptive Behaviors Disorder rating scales) en jongeren (subschalen van de Youth Self Report, Self-Report Delinquency scale). Delinquentie werd daarnaast beoordeeld met officiële justitiële gegevens zes maanden, twee jaar en gemiddeld 3,06 jaar na afloop van de behandeling.
- c) De positieve effecten van MST met betrekking tot externaliserende gedragsproblemen, ODD, CD en vermogensdelicten houden volgens de opvoederrapportages en zelfrapportages op lange termijn stand; de effecten waren zelfs groter zes maanden na behandeling dan direct na de behandeling (effectsizes bij einde behandeling tussen 0.25 en 0.36, effectsizes bij zes maanden follow-up tussen 0.37 en 0.83). Er werd geen effect gevonden voor geweldsdelicten (effectsizes 0.01 en 0.03). De officiële recidivecijfers laten daarnaast echter geen verschil zien in frequentie, timing en type nieuwe arrestatie tussen MST en TAU op lange termijn (effectsizes bij zes maanden follow-up tussen 0.05 en 0.13, effectsizes bij 2 jaar follow-up tussen -0.20 en 0.16). Verder werden weinig en inconsistente moderator-effecten gevonden. De tegengestelde resultaten op basis van verschillende informatiebronnen benadrukken het belang van het gebruik van verschillende informatiebronnen met betrekking tot delinquentie, omdat elke informatiebron voor- en nadelen heeft.

#### - Publicatie 4

- a) Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., Laan, P. H. van der & Prins, P. J. M. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: Post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, 9, 169-187.
- b) In deze gerandomiseerde studie (RCT) zijn aan het begin en einde van de behandeling gegevens verzameld bij gezinnen die MST kregen en gezinnen die andere, reeds bestaande behandelingen kregen (TAU: Treatment As Usual). In het onderzoek zijn 256 gezinnen meegenomen met een jongere die voldeed aan de inclusiecriteria van MST (MST n=147; TAU n=109). Op de twee meetmomenten werden verschillende vragenlijsten afgenomen bij zowel de opvoeders (Therapist Adherence Measure (TAM) en subschalen van: Child Behavior Checklist (CBCL), Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VvGK), Parenting Dimensions Inventory (PDI), Parenting Practices questionnaire, Nijmeegse Opvoedingsvragenlijst (NOV), Parenting Stress Index (PSI), Network of the Relationship Inventory (NRI), Parent-Adolescent Communication Scale (PACS)) als de jongeren (subschalen van: Youth Self Report (YSR), Self-Report Delinquency scale (SRD), Children's Automatic Thought Questionnaire (CATS), self-perception profile for children (SPPC), PDI, The Psychological Control Scale – Youth Report (PCS-YSR), NRI, PACS, Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA), Family, Friends and Self (FFS) Assessment Scales, Basic Peer Questionnaire) en werd gebruik gemaakt van observaties middels een deel van de Coder Impressions Inventory.
- c) MST leidde tot een verhoogd competentiegevoel en positieve disciplinerende bij de opvoeders, een betere opvoeder-kind relatie volgens opvoeders en een grotere afname van het externaliserende

probleemgedrag en de vijandigheid van jongeren ten opzichte van de controleconditie (effectsizes tussen 0.26 en 0.47). Jongeren rapporteerden geen effect in de opvoeder-kind relatie (effectsize 0.10). Door jongeren gerapporteerde positieve disciplinerende nam daarnaast af in zowel de controleconditie als de MST groep (effectsize 0.28); de daling was echter groter in de controleconditie. Zowel opvoeders als jongeren rapporteerden geen effect in de inept disciplinerende (effectsizes 0.03, -0.17). Echter, volgens de observaties was MST effectiever dan de controleconditie in zowel positieve disciplinerende, inept disciplinerende en de kwaliteit van de opvoeder-kind relatie (effectsizes tussen .27 en .37). MST is effectiever dan de controleconditie in het verminderen van Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis (ODD), Gedragsstoornis (Conduct Disorder – CD) en betrokkenheid bij vermogensdelicten (effectsizes tussen 0.25 en 0.36), maar niet effectiever in het verminderen van geweldsdelicten (effectsize 0.03). MST is daarnaast effectiever in het veranderen van de omgang met prosociale leeftijdgenoten (effectsize 0.41), maar niet effectiever in het verminderen van contacten met deviante leeftijdgenoten (effectsize 0.05). Er is geen effect gevonden voor het gevoel van eigenwaarde van de jongeren (effectsize 0.18) en een negatief effect werd gevonden voor persoonlijk falen (effectsize -0.26). Naast deze resultaten werden verschillende moderatoren van behandelresultaten onderzocht (leeftijd, geslacht, etniciteit): MST is even effectief voor alle leeftijden en verschillende etniciteiten, maar MST laat grotere (en meer positieve) effecten zien voor cognities bij jongens dan bij meisjes. Geconcludeerd kan worden dat de gevonden positieve effecten van MST in Nederland vergelijkbaar zijn met de positieve bevindingen in de Verenigde Staten en Noorwegen.

#### - Publicatie 5

- a) Deković, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J. M. & Laan, P. van der (2012). Within-intervention change: Mediators of intervention effects during multisystemic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 574-587.
- b) In deze gerandomiseerde studie (RCT) zijn aan het begin en einde van de behandeling gegevens verzameld bij gezinnen die MST kregen en gezinnen die andere, reeds bestaande behandelingen kregen (TAU: Treatment As Usual). Op de twee meetmomenten werden verschillende vragenlijsten afgenomen bij zowel de opvoeders als de jongeren en werd gebruik gemaakt van observaties (zie publicatie 4). Daarnaast werd maandelijks gedurende de behandeling in een telefonisch interview een verkorte versie van de genoemde vragenlijsten afgenomen. In het onderzoek zijn 256 gezinnen meegenomen met een jongere die voldeed aan de inclusiecriteria van MST (MST n=147; TAU n=109).
- c) Significante effecten werden gevonden bij de MST groep ten opzichte van de TAU groep voor de toename in het competentiegevoel van opvoeders, positieve discipline en de kwaliteit van relaties en een afname in externaliserende problemen (effectsizes tussen 0.34 en 0.55). Er werd geen significant verschil gevonden voor veranderingen in inept discipline (effectsize -0.12). Deze resultaten met betrekking tot de voor- en nameting worden weerspiegeld in de resultaten met betrekking tot verandering binnen de interventie. Uit de resultaten met betrekking tot verandering binnen de interventie wordt de MST-theorie van verandering ondersteund: doordat opvoeders zich competenten voelen, verbeteren hun opvoedvaardigheden, waardoor het probleemgedrag van de jongere vermindert. Bovendien is geen sprake van een negatief effect op de kwaliteit van de opvoeder-kind relatie in een periode waarin ouderlijke discipline, supervisie en beperkingen toenemen. Hiermee wordt het belang benadrukt van het direct aanpakken van het competentiegevoel van opvoeders en positieve discipline door interventies die als doel hebben om gedragsproblemen bij jongeren te verminderen.

## Onderzoek 2

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd: ja (de meta-analyse is in Nederland uitgevoerd, maar de meegenomen effectiviteitsonderzoeken zijn wereldwijd uitgevoerd)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant): ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: nee, op basis van reeds uitgevoerd onderzoek in de praktijk

- Er is een voormeting: n.v.t.
  - Er is een nameting: n.v.t
  - Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: n.v.t.
- a) Stouwe, T. van der, Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M. & Laan, P. H. van der (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 468-481.
- b) In deze meta-analyse over de effectiviteit van MST werden alle internationale effectiviteitsonderzoeken meegenomen waarin jongeren met antisociaal en/of delinquent gedrag werden toegewezen aan MST of een controlegroep, waarbij sprake was van een voor- en nameting en/of follow-up metingen. Dit resulteerde in 22 onafhankelijke steekproeven in de periode 1985-2012. In totaal werden 1890 jongeren die MST kregen, vergeleken met 1835 jongeren uit de controlegroep.
- c) MST liet, vergeleken met de controlegroepen, kleine, maar significante effecten zien in het verminderen van recidive, uithuisplaatsing, ernstige gedragsproblemen, gezinsproblematiek, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden (effectsizes tussen 0.14 en 0.29). Alleen op vaardigheden en cognities werd geen significant effect gevonden (effectsize -0.16). Wanneer werd gecorrigeerd voor publicatie bias werden alleen significante effecten gevonden voor ernstige gedragsproblemen en gezinsproblematiek (effectsizes 0.17 en 0.13). Verschillende factoren bleken de behandeluitkomsten te beïnvloeden. Allereerst is MST met name effectief in het verminderen van recidive bij jongeren onder de 15 jaar met ernstige problemen bij start behandeling en jongeren die al eerder in contact zijn geweest met justitie. Het effect van MST is groter bij autochtone jongeren dan bij allochtone jongeren. Ook worden grotere effecten behaald als opvoeders na de behandeling meer verbetering laten zien in hun opvoedvaardigheden. Deze meta-analyse stelt de resultaten van de meta-analyse van Littell, Campbell, Green & Toews (2005) in een ander daglicht; het onderzoek geeft onder andere een genuanceerder beeld van de invloed van de directe betrokkenheid van MST ontwikkelaars bij effectiviteitsonderzoek, waar eerder veel kritiek op was. Niet zozeer de betrokkenheid van de onderzoekers, als wel het land waar het onderzoek wordt uitgevoerd, de kwaliteit van het onderzoek en of het een efficacy of effectiviteitsstudie betreft, hangt samen met de gevonden behandel-effecten. Ook de gebruikte vergelijkingsgroep is van invloed op de resultaten: het effect is groter wanneer de behandeling van de controlegroep niet multimodaal is (en dus minder op MST lijkt). Ten slotte blijkt het type onderzoek, RCT of quasi experimenteel onderzoek met een vergelijkingsgroep, de effecten niet te beïnvloeden.

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

**Multisysteem Therapie** vermindert ernstige gedragsproblemen van de jongere en zorgt ervoor dat het gezin en de omgeving in staat zijn om toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden, om uithuisplaatsing te voorkomen of verkorten. De volgende werkzame elementen maken dat dit doel gerealiseerd kan worden:

### Inhoudelijke elementen

- Multisystemische aanpak: geïntegreerde behandeling door één therapeut, gericht op alle systemen rondom de jongere (zoals school, gezin, buurt en vrienden).
- Gericht op het versterken van de probleemoplossende vaardigheden van het gezin, de opvoedvaardigheden van de opvoeders en het sociale netwerk (formeel en informeel), zodat de veerkracht van het gezin wordt vergroot en het gezin beter in staat is problemen duurzaam zelf op te lossen. De therapeut ondersteunt het gezin intensief bij het oefenen van nieuwe vaardigheden.
- Grote investering in de therapeutische relatie en het motiveren van gezinsleden voor de behandeling, onder andere doordat behandeldoelen en de aard van de ingezette behandeltechnieken en -strategieën samen met het gezin worden bepaald, therapeuten klinische vaardigheden inzetten die hierop gericht zijn (zoals heretiketteren, reflectief luisteren, warmte en empathie) en therapeuten gebruik maken van engagementstrategieën (zoals hulp bij praktische zaken).
- Duidelijk analytisch proces, waarmee achterliggende (criminogene) factoren worden onderzocht en beïnvloed die volgens wetenschappelijk onderzoek bijdragen aan het ontstaan of in stand houden van het probleemgedrag (onder andere door het versterken van het contact met prosociale leeftijdgenoten, het realiseren van een zinvolle dagbesteding van de jongere en het verbeteren van gezinsrelaties).
- Inzet van verschillende bewezen effectieve behandeltechnieken en -strategieën op maat, passend bij de unieke analyse van het probleemgedrag van de jongere.
- Werken volgens 9 behandelprincipes:
  1. De 'fit' zoeken (hoe past het probleem in de omgeving);
  2. Positief en gericht op sterke kanten van de systemen;
  3. Verantwoordelijk gedrag vergroten van gezinsleden;
  4. Gericht op het hier en nu en op actie, duidelijk geformuleerd;
  5. Gedragsreeksen (sequenties) zoeken binnen en tussen meerdere systemen;
  6. Aangepast aan het ontwikkelingsniveau van de jongere en opvoeders;
  7. Voortdurende inspanning van gezinsleden;
  8. Evalueren van interventies met behulp van verschillende bronnen, waarbij de therapeut verantwoordelijk is voor het wegnemen van barrières;
  9. Generalisatie en duurzaam behoud van de verandering.

### Praktische elementen

- Intensieve behandeling aan huis in de leefomgeving van de jongere, waardoor drempels voor toegang tot hulp worden weggenomen en waarbij de contactfrequentie **kan** worden geïntensiveerd naarmate de ernst van het gedrag of de mate van onveiligheid van de jongere en/of andere gezinsleden toeneemt.
- Lage caseload en flexibele beschikbaarheid van therapeuten en supervisors om aan de behoeften van de gezinnen te kunnen voldoen en moeilijker bereikbare gezinnen te motiveren.
- 24/7 bereikbaarheid van therapeuten voor de gezinnen en van supervisors voor de therapeuten, wat maakt dat gezinnen zich gesteund voelen in moeilijke situaties buiten kantooruren en crises direct gebruikt worden om nieuwe vaardigheden te oefenen.
- Hoge professionaliteit van het MST team, mede door wekelijkse supervisie en consultatie, voortdurende scholing en het werken met persoonlijke ontwikkelingsplannen.
- Beschikbaarheid van veel ondersteunend materiaal in internationale online database, Nederlandse database en een online bibliotheek.
- Sterk en onderscheidend kwaliteitssysteem dat wordt bewaakt door MST-Nederland/België, waaronder voortdurend meten en monitoren van behandelresultaten en -integriteit.

- Aangepast aan de Nederlandse situatie en zorgvuldig implementatieproces met ondersteuning van MST-Nederland/België, waarna regelmatige evaluaties en contact volgen om eventuele knelpunten meteen aan te pakken in te spelen op actuele ontwikkelingen.
- Beschikbaarheid en uitvoering van veel (wereldwijd) onderzoek naar (de uitvoering van) MST.

## Aangehaalde literatuur

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.): DSM-5*. Washington DC: APA.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *Rehabilitating criminal justice policy and practice. Psychology, Public Policy and Law*, 16, 39-55.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2006). *The recent past and near future of risk and/or need assessment. Crime & Delinquency*, 52, 7-27.
- Asscher, J. J., Deković, M., Akker, A. L. van den, Prins, P. J. M. & Laan, P. H van der. (2018). Do extremely violent juveniles respond differently to treatment? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 958-977.
- Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., Laan, P. H. van der, Prins, P. J. M. & Dutch MST cost-effectiveness study group. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, 9, 169-187.
- Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W., Laan, P. H. van der, Prins, P. J. M., Arum, S. van & Dutch MST cost-effectiveness study group. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 10, 227-243.
- Barry, T. D., Lindsey, R. A., Fair, E. C. & DiSabatino, K. (2018). Parent psychopathology. In J. E. Lochman & W. Matthys (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders*, (pp. 275-290). Chichester: WileyBlackwell.
- Bartelink, C., Berge, I. ten & Vianen, R. van (2017). *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bartelink, C., Meuwissen, I. & Eijgenraam, K. (2017). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Barth, R. P., Greeson, J. K. P., Guo, S., Green, R. L., Hurley, S. & Sisson, J. (2007). Outcomes for youth receiving intensive in-home therapy or residential care: A comparison using propensity scores. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 497-505.
- Beek, H. van (2020). *Kinderen van de staat. Jeugdzorg in Ademnood*. Baarn: Nobel Boeken.
- Belknap, J. & Holsinger, K. (2006). The Gendered Nature of Risk Factors for Delinquency. *Feminist Criminology*, 1(1), 48-71.
- Berg, G. van den & Baat, M. de (2012). Gezinnen met meervoudige problemen. In M. de Klerk, M. Prins, P. Verhaak & G. van den Berg (red.). *Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik* (pp. 75-97). Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Biglan, A., Brennan, P. A., Foster, S. L. & Holder, H. D. (2004). *Helping adolescents at risk: Prevention of multiple problem behaviors*. New York: Guilford Press.
- Blankenstein, A., Lange, A., Rijken, R. van der, Scholte, R., Moonen, X. & Didden, R. (2020). Brief report: Follow-up outcomes of multisystemic therapy for adolescents with an intellectual disability and the relation with parental intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(3), 618-624.
- Blankenstein, A., Rijken, R. van der, Eeren, H. V., Lange, A., Scholte, R., Moonen, X., Vuyst, K. de, Leunissen, J. & Didden, R. (2019). Evaluating the effects of multisystemic therapy for adolescents with intellectual disabilities and antisocial or delinquent behaviour and their parents. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32, 575-590.
- Bookhout, M. K., Hubbard, J. A. & Moore, C.C. (2018). Emotion regulation. In J.E. Lochman, & W. Matthys (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 221-236). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buysse, W., Dickhoff, N., Faulstich, N., Groot, M. de & Hofstra, D. (2019). *Vraag en aanbod JeugdzorgPlus*:

- Factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling in jeugdregio's*. Amsterdam: DSP-groep BV.
- Carr, A. (2006). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A contextual approach (second edition)*. London: Routledge.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 107-157.
- CBS. (2020). *Statline – Jeugdmonitor. Jongeren (0 tot 25 jaar); geslacht, leeftijd, migratieachtergrond, regio's*. Binnengehaald 3 december 2020, van <https://jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/dataset/71009ned/taale?ts=1611839098301>.
- Boonstoppel, M. (2021). *Procesevaluatie Multisysteem Therapie*. Den Bosch: MST-Nederland/België (intern document).
- Brook, J. S., Lee, J. Y., Finch, S. J., Brown, E. N. & Brook, D. W. (2013). Long-term consequences of membership in trajectory groups of delinquent behavior in an urban sample: violence, drug use, interpersonal, and neighbourhood attributes. *Aggressive behavior*, 39(6), 440-452.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burke, E. F., Derella, O. J. & Johnston, O. G. (2018). Diagnostic issues in oppositional defiant disorder. In J. E. Lochman & W. Matthys (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders*, (pp. 21-36). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Burt, S. A., Klump, K. L., Gorman-Smith, D. & Neiderhiser, J. M. (2016). Neighborhood Disadvantage Alters the Origins of Children's Nonaggressive Conduct Problems. *Clinical Psychological Science*, 4(3), 511-526.
- Dam, L. van & Verhulst, S. (2016). *De JIM-aanpak: Het alternatief voor uithuisplaatsing van jongeren*. Amsterdam: Boom.
- Deković, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J. & Laan, P. van der (2012). Within-intervention change: mediators of intervention effects during Multisystemic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 574-587.
- Deković, M. & Bodden, D. (2019). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Kenmerken en verschillende typen. In: Knot-Dickscheit, J. & Knorth, E. J. (red.). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2020). *Dit is DJI in cijfers en feiten*. Den Haag: DJI.
- Dik, M., Kiers, N., Waanders, S. & Lange, A. (2020). *Invloed van de transitie in de jeugdzorg op doelgroep en uitkomsten van Functional Family Therapy en Multisysteem Therapie*. Manuscript toegevoegd voor publicatie.
- Elliott, D. S. (1994). Serious violent offenders: Onset, developmental course, and termination. *Criminology*, 32, 1-21.
- Fernandez, E. (2007). Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review*, 29, 1368-1394.
- Fite, P. J., Rubens, S. L., Evans, S. C. & Poquez, J. (2018). The broader context: School and neighborhood factors contributing to ODD and CD symptoms. In J. E. Lochman & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 355-369). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Foolen, N., Ince, D., Baat, M. de & Daamen, W. (2013). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut
- Frick, P. J. & Wall Meyers, T. D. (2018). Conduct disorder and callous-unemotional traits. In J. E. Lochman & W. Matthys (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders*, (pp. 37-54). Chichester: WileyBlackwell.
- Ghazarian, S. R. & Roche, K. M. (2010). Social support and low-income, urban mothers: Longitudinal associations with adolescent delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1097-1108.
- Goei, L. S. & Kleijnen, R. (2009). *Literatuurstudie Onderwijsraad 'Omgang met zorgleerlingen met gedragsproblemen'*. Zwolle: Windesheim.
- Ham, T. van & Ferwerda, H. (2018). *Het nut van vasthouden. Literatuuronderzoek naar de effecten van detentie op jongeren en adolescenten*. Arnhem: Bureau Beke.
- Hamminck, A., Barendregt, C., Jonge, E. de & Mheen, D. van de (2016). *Als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan*. Rotterdam: IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving.
- Harder, A. T., Knorth, E. J. & Kalverboer, M. E. (2011). Transition secured? A follow-up study of adolescents who have left secure residential care. *Children and Youth Services Review*, 12(33), 2482-2488.
- Henggeler, S. W. (2011). Efficacy studies to large-scale transport: The development and validation of



- Multisystemic Therapy programs. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 351-381.
- Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., Schoenwald, S. K. & Brondino, M. J. (1996). Multisysteemtherapie: een effectieve benadering voor jeugdige delinquenten gericht op het voorkomen en verminderen van geweld (vertaald artikel). *Literatuurselectie Kinderen en Adolescenten*, 3, 417-443.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham P. B. (2010). *Multisysteemtherapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Higgins, S. T., Silverman, K. & Heil, S. H. (2008). Contingency management in substance abuse treatment. New York: Guilford Press.
- Hipwell, A. E. & R. (2006). Do we know which interventions are effective for disruptive and delinquent girls? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 221-255.
- Hirschfield, P. J. & Gasper, J. (2011). The relationship between school engagement and delinquency in late childhood and early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 3-22.
- Hoge, R. D., Guerra, N. G. & Boxer, P. (2008). *Treating the Juvenile Offender*. New York: Guilford Press.
- Hogue, A., Dauber, S., Henderson, C. E., Bobek, M., Johnson, C., Lichvar, E., et al. (2015). Randomized Trial of Family Therapy Versus Nonfamily Treatment for Adolescent Behavior Problems in Usual Care. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(6), 954-969.
- Jadad, A. R., Boyle, M., Cunningham, C., Kim, M. & Schachar, R. (1999). *Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Jarrett, M. A. & Hilton, D. C. (2018). Cognitive Functions. In J. E. Lochman & W. Matthys (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, (pp. 159-174). John Wiley & Sons Ltd.
- Jeugdzorg Nederland. (2021). *Jeugdzorg<sup>Plus</sup>. Plaatsings- en uitstroomgegevens 2020*. Binnengehaald 3 mei 2021, van <https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2021/04/JeugdzorgPlus-2020-2.pdf>.
- Kok, I. & Wijngaarden, B. van (2003). *Clïëntwaardering in de GGZ. Vragenlijsten en handleiding: GGZ Thermometer voor de volwassenzorg (versie 2003) en GGZ Jeugdthermometer (versie 2003)*. Utrecht: GGZ Nederland/Trimbos-instituut.
- Laan, A. M. van der, Schans, C. A. van der, Bogaerts, S. & Doreleijers, T. A. H. (2009). *Criminogene en beschermende factoren bij jongeren die een basisraadsonderzoek ondergaan: Een verkennende inventarisatie van de mate van zorg en van risico- en beschermende factoren gesignaleerd door raadsonderzoekers*. Meppel: Boom Juridische Uitgevers.
- Laan, A. van der & Goudriaan, H. (2016). *Monitor Jeugdcriminaliteit. Ontwikkelingen in de jeugdcriminaliteit 1997 tot 2015*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).
- Laan, A. van der, Slotboom, A.-M. & Stams, G. J. (2010). Wat werkt? Bijdrage aan het terugdringen van recidive. In P. J. van Koppen, H. Merckelbach, M. Jelicic & J. W. Keijsers (Red.), *Reizen met mijn rechter. Psychologie van het recht* (pp. 987-1001). Deventer: Kluwer.
- Lange, M. de, Addink, A., Haspels, M. & Geurts, E. (2017). *Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Lange, A. M. C., Rijken, R. E. A. van der, Busschbach, J. van, Delsing, M. J. M. H. & Scholte, R. H. J. (2017). It's not just the therapist: therapist and country-wide experience predict therapist adherence and adolescent outcome. *Child & Youth Care Forum*, 46, 455-471.
- Lange, M. de, Matthys, W., Veld, D. de, Foolen, N., Addink, A., Menting, A. & et al. (2018). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Lebow, J. L. (Ed.). (2005). *Handbook of clinical family therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Littell, J. H., Campbell, M., Green, S. & Toews, B. (2005). Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Art. No: CD004797.
- Loeber, R. & Burke, J. D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 34-46.
- Loeber, F., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M. & Kammen, W. B. van. (1998). *Antisocial behavior and mental health problems: Explanatory factors in childhood and adolescence*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Lofholm, C. A., Eichas, K. & Sundell, K. (2014). The Swedish implementation of multisystemic therapy for adolescents: Does treatment experience predict treatment adherence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43, 643-655.
- Lünnemann, K., Loeffen, M., Steketee, M., Hoefsloot, T. & Bel, K. (2017). *Domein overstijgende aanpak MPG. Voorbij de scheiding tussen veiligheidsdomein en zorgdomein*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Matthys, W. (2011). *Gedragstoornissen bij kinderen; diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W. & Boersma, C. (2018). *Brutaal, boos of agressief gedrag op school: Omgaan met sociaal storend gedrag*. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W. & Lochman, J. E. (2017). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood (second edition)*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Matthys, W. & Powell, N. P. (2018). Problem solving structure of assessment. In J. E. Lochman & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 373-389). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Matthys, W., Vanderschuren, L. J. M. J. & Schutter, D. J. L. G. (2013). The neurobiology of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Altered functioning in three mental domains. *Development and Psychopathology*, 25, 193-207.
- Matthys, W. & West, D. van (2014). Gedragstoornissen. In F.C. Verhulst, F. Verheij & M. Danckaerts, (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (pp. 255-280). Assen: Koninklijke Van Gorcum
- Maughan, B. & Rutter, M. (2001). Antisocial children grown up. In J. Hill & B. Maughan (red.). *Conduct disorders in childhood and adolescence*, (pp. 507-552). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- McDonald, K. L. & Gibson, C. E. (2018). Peer rejection and disruptive behavior disorders. In J. E. Lochman & W. Matthys (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders*, (pp. 325-338). Chichester: Wiley-Blackwell.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544-554.
- Meij, H. & Boendermaker, L. (2008). *Oorzaken en achtergronden van een problematische ontwikkeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- MST Services (2021). *European Multisystemic Therapy Research Summary*. Binnengehaald 28 april 2021, van <https://www.mstservices.com/mst-reports-research>.
- MST Services (2021). *Multisystemic Therapy Research at a glance. Published MST Outcome, Implementation and Benchmarking studies*. Binnengehaald 28 april 2021, van <https://www.mstservices.com/mst-reports-research>.
- Murray, J. & Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633-642.
- Murray, J., Farrington, D. P. & Sekol, I. (2012). Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 175-210.
- Murrihy, R., Kidman, A. & Ollendick, T. (2010). *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*. New York: Springer
- O'Leary, K. D. & Solanto, J. (2018). Relationship discord, intimate partner physical aggression, and externalizing problems of children. In J. E. Lochman & W. Matthys (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders*, (pp. 291-306). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Painter, K. (2009). Multisystemic therapy as community-based treatment for youth with severe emotional disturbance. *Research on Social Work Practice*, 19, 314-324.
- Peters, M., Schmitz, L. & Rijken, R. van der (2021). *Data analyse leeftijden MST*. Nijmegen: Praktikon.
- Praktikon (2018). *Exit-vragenlijst Jeugdhulp 2018*. Binnengehaald 15 december 2020, van <https://www.bergo.p.info/wp-content/uploads/2018/06/Vignet-Exit-vragenlijst-Jeugdhulp-201806.pdf>.
- Praktikon/ MST-Nederland/België. (2012). *Sociaal Demografische Informatie*. Ongepubliceerde vragenlijst.
- Salmon, G., James, A., Cassidy, E. L. & Javaloyes, M. A. (2000). Bullying a review: Presentations to an

- adolescent psychiatric service and within a school for emotionally and behaviourally disturbed children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(4), 563–579.
- Sawyer, A.M. & Borduin, C.M. (2011). Effects of MST through midlife: A 21.9-year follow up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 643-652.
- Schachter, H. M., Pham, B., King, J., Langford, S. & Moher, D. (2001). How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *CMAJ*, 165, 1475-1488.
- Schoenwald, S. K., Sheidow, A. S. & Letourneau, E. J. (2004). Towards effective quality assurance in evidence-based practice: Links between expert consultation, therapist fidelity, and child outcomes. *Journal of Child and Adolescent Clinical Psychology*, 33, 94-104.
- Scott, S. & Dadds, M. R. (2009). Practitioner review: When parent training doesn't work: Theory-driven clinical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(12), 1441–50
- Sellbom, M., Bach, B. & Huxley, E. (2018). Related personality disorders located within an elaborated externalizing psychopathology spectrum. In J. E. Lochman & W. Matthys (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders*, (pp. 104-123). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Spanjaard, H., Polak, S., Put, C. van der, C. Maes, M., Persoon, A., Vogelvang, B., et al. (2013). *Handleiding Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (versie 3.3)*. Amsterdam/Woerden: PI Research/ Adviesbureau van Montfoort.
- Stams, G. J. (2011). Het recht van de zwakste: De forensische jeugdzorg in orthopedagogisch perspectief. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50, 243-257.
- Steege, M. van der, Veld, D. de & Zoon, M. (2017). *Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Steege, M. van der & Zoon, M. (2017). *Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Steketee, M. (2012). Multiprobleemgezinnen: wie zijn ze en wat kunnen we ze bieden? In T. Notten & F. Spierings (red.). *Zorgen om de jeugd: Tussen paniek en passende voorzieningen* (pp. 109-127). Den Haag: Boom Lemma.
- Stone, S. (2007). Child-maltreatment, out-of-home placement and academic vulnerability: A fifteen-year review of evidence and future directions. *Children and Youth Services Review*, 29, 139-161.
- Stormshak, E. A., DeVargas, E. & Cardenas, L. E. (2018). Parenting practices and the development of problem behavior across the life span. In J. E. Lochman, & W. Matthys (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 307-322). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Stouwe, T. van der, Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M. & Laan, P. H. van der (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 468-481.
- Tempel, H. & Vissenberg, C. (2018). Een gat tussen wetenschap en praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 11&12, 22-28.
- Thornberry, T. P. & Krohn, M. D. (red.). (2003). *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies*. New York: Kluwer/Plenum.
- Timmons-Mitchell, J., Bender, M. B., Kishna, M. & Mitchell, C. C. (2006). An Independent Effectiveness Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Justice Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(2), 227-236.
- Transitie Autoriteit Jeugd. (2018). *Tussen droom en daad. Op weg naar een volwassen jeugdstelsel*. Binnengehaald 2 december 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/16/tussen-droom-en-daad-op-weg-naar-een-volwassen-jeugdstelsel> .
- Utrzan, D. S., Piehler, T. F. & Dishion, T. J. (2018). The role of deviant peers in oppositional disorder and conduct disorder. In J. E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 325-338). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Verhagen, A., Beelen, H., Rahder, J., Lenglet, M. & Montfoort, A. van (2018). *Onderzoek JeugdzorgPlus. Knelpunten en aanbevelingen*. Woerden: VanMontfoort.
- Verhulst, F. C., Ende, J. van der, Ferdinand, R. F. & Kasius, M. C. (1997). De prevalentie van psychiatrische

- stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 777-781.
- Vermeulen, K. M., Jansen, D., Knorth, E. J., Buskens, E. & Reijneveld, S. A. (2016). Cost-effectiveness of multisystemic therapy versus usual treatment for young people with antisocial problems. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(1), 89-102.
- Vermulst, A., Kroes, G., Meyer, R. de, Nguyen, L. & Veerman, J. W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL). Handleiding*. Nijmegen: Praktikon.
- Vissenberg, C., Tempel, H. & Jurrius, K. (2017). *Action learning – uitstroom 24-uurszorg: Een onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren bij de instroom en doorstroom van jongeren in de 24-uurszorg. Eindrapportage*. Binnengehaald 3 december 2020, van [https://www.researchgate.net/publication/n/329452949\\_Action\\_learning\\_-\\_uitstroom\\_24-uurszorg\\_Een\\_onderzoek\\_naar\\_bevorderende\\_en\\_belemmerende\\_factoren\\_bij\\_de\\_instroom\\_en\\_doorstroom\\_van\\_jongeren\\_in\\_de\\_24-uurszorg\\_Eindrapportage](https://www.researchgate.net/publication/n/329452949_Action_learning_-_uitstroom_24-uurszorg_Een_onderzoek_naar_bevorderende_en_belemmerende_factoren_bij_de_instroom_en_doorstroom_van_jongeren_in_de_24-uurszorg_Eindrapportage).
- Weiss, B., Han, S., Harris, V., Catron, T., Ngo, V. K., Caron, A., Gallop, R. & Guth, C. (2013). An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1027-1039.
- Wenar, C., & Kerig, P. (2005). *Developmental psychopathology*. London: McGraw-Hill.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). (2009). *Vertrouwen in de school: over de uitval van 'overbelaste' jongeren*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wetenschapsraad NVP. (2019). *Systeemtherapie bij kinderen, jeugdigen en volwassenen. Stand van wetenschap en praktijk*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.
- Wits, E., Doreleijers, T., Brink, W. van den, Meije, D., Wijngaarden, B. van & Glind, G. van de (2017). *Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

