

## Checklist MST/FFT

De ontwikkeling van een indicatie-instrument voor MST en FFT in de vorm van een checklist



**© 2009 Nederlands Jeugdinstituut**

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

**Opdrachtgever**

ZonMw

**Subopdrachtgeverschap**

Yorneo

**Auteurs**

Marjolein Oudhof

Ingrid ten Berge

Marianne Berger

**Nederlands Jeugdinstituut**

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

Website [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Infolijn (030) 230 65 64, e-mail [info@nji.nl](mailto:info@nji.nl)



# Inhoudsopgave

<b>INHOUDSOPGAVE</b> .....	<b>3</b>
<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>4</b>
<b>2. VERHELDEREN INDICATIECRITERIA</b> .....	<b>5</b>
2.1 VERKENNING VAN DE SITUATIE .....	5
<b>3. VAN INDICATIE-INSTRUMENT NAAR CHECKLIST</b> .....	<b>10</b>
<b>4. EERSTE VERKENNING BRUIKBAARHEID INDICATIE-INSTRUMENT</b> .....	<b>11</b>
4.1 UITVOERING .....	11
4.2 RESULTATEN PILOT .....	11
<b>5. DEFINITIEVE CHECKLIST MST/FFT</b> .....	<b>13</b>
<b>6. NIEUWE ONTWIKKELINGEN</b> .....	<b>16</b>
<b>7. AANBEVELINGEN</b> .....	<b>17</b>
<b>LITERATUUR</b> .....	<b>18</b>
<b>BIJLAGE I DOELGROEPBESCHRIJVING MST EN FFT</b> .....	<b>20</b>
<b>BIJLAGE II DOELGROEPBESCHRIJVINGEN ANDERE GEZINSINTERVENTIES</b> .....	<b>24</b>
<b>BIJLAGE III DEELNEMERS EXPERTMEETING MST/FFT</b> .....	<b>28</b>
<b>BIJLAGE IV DEELNEMERS PILOT</b> .....	<b>29</b>
<b>BIJLAGE V VRAGENLIJST PILOT</b> .....	<b>30</b>
<b>BIJLAGE VI CHECKLIST MST/FFT (INCLUSIEF TOELICHTING)</b> .....	<b>34</b>
INTRODUCTIE OP DE CHECKLIST .....	34
CHECKLIST MST/FFT .....	38
<b>BIJLAGE VII BESTAANDE INSTRUMENTEN</b> .....	<b>46</b>
<b>BIJLAGE VIII CONCEPT CHECKLIST MST/FFT/MDFT (INCLUSIEF TOELICHTING)</b> .....	<b>47</b>
INTRODUCTIE OP DE CHECKLIST .....	47
CHECKLIST MST/FFT/MDFT (CONCEPT) .....	51
<b>HET NEDERLANDS JEUGDINSTITUUT</b> .....	<b>59</b>

## 1. Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) wil de komende jaren een impuls geven aan de landelijke verspreiding van effectief gebleken interventies in het jeugdzorg domein. Voor de groep jongeren in de leeftijd van 11 tot 18 jaar met ernstige gedragsproblemen en oppositioneel gedrag met een antisociaal karakter, inclusief delinquent gedrag, in samenhang met een (zeer) problematische gezinssituatie, zijn MST (Multi System Therapy) en FFT (Functional Family Therapy) twee in het buitenland (ondermeer in de VS) bewezen effectieve behandelvormen. De instellingen verenigd in het consortium MST/FFT Nederland (De Viersprong, de Bascule en Yorneo) zijn in 2007 samen met het Nederlands Jeugdinstituut/NJi gestart met het project 'Ontwikkeling & implementatieproject MST en FFT in Nederland'.

Nederland is op dit moment wereldwijd een van de weinige landen waar voor de doelgroep zowel MST als FFT ingevoerd worden. Een gedegen studie naar de overeenkomsten en verschillen in doelgroepkenmerken van beide programma's is nog niet voorhanden. Om in Nederland een adequate indicatiestelling voor FFT en MST te realiseren opdat de juiste doelgroep hiermee wordt bereikt, is het van belang de indicatiestelling voor de inzet van FFT of MST op rationele wijze te gaan onderbouwen met behulp van een indicatie-instrument.

Dit project<sup>1</sup> richt zich op de verheldering van de indicatiecriteria en de ontwikkeling van een indicatie-instrument MST/FFT. Een belangrijke invalshoek vormt de aard en de ernst van de problematiek. Beide programma's zijn bedoeld voor jongeren tussen 11 en 18 jaar met ernstige, veelal antisociale, gedragsproblematiek gecombineerd met zware gezinsproblematiek. Binnen deze categorie is de problematiek van de doelgroep van MST ernstiger dan die van de doelgroep van FFT. Ook is het onderscheid MST/FFT versus andere intensieve ambulante gezinsinterventies in kaart gebracht.

In dit rapport wordt beschreven hoe het indicatie-instrument MST/FFT in de vorm van een checklist tot stand is gekomen. In hoofdstuk 2 gaan we in op het verhelderen van de indicatiecriteria voor MST, FFT en andere ambulante intensieve gezinsinterventies. Hoofdstuk 3 geeft weer hoe we van een indicatie-instrument tot een checklist zijn gekomen. De pilot waarin de eerste werkversie uitgetoet is in de praktijk, wordt beschreven in hoofdstuk 4 en de definitieve checklist wordt beschreven in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 en 7 staan de nieuwste ontwikkelingen en aanbevelingen tot verdere ontwikkeling beschreven.

---

<sup>1</sup> Dit project is een deelproject van het project 'Ontwikkeling & implementatieproject MST en FFT in Nederland' met ZonMw als opdrachtgever. Voor dit deelproject ligt het subopdrachtgeverschap bij Yornea.

## 2. Verhelderen indicatiecriteria

Een gedegen studie naar de overeenkomsten en verschillen in doelgroepkenmerken van beide programma's is nog niet voorhanden. Om de verschillen in doelgroepkenmerken van MST/FFT versus andere ambulante intensieve gezinsinterventies en de verschillen tussen MST en FFT in kaart te brengen, hebben we literatuur (methodiekbeschrijvingen en effectonderzoek) bestudeerd. Vervolgens hebben we door middel van een expertmeeting, experts uit het veld geraadpleegd voor ervaringen vanuit de praktijk.

### 2.1 Verkenning van de situatie

#### 2.1.1 Werkwijze

Om de indicatiecriteria voor MST, FFT en andere ambulante intensieve gezinsinterventies helder te krijgen, zijn verschillende bronnen gebruikt:

- a. Methodiekbeschrijvingen: welke doelgroepkenmerken (criteria) worden in de methodiekbeschrijvingen genoemd?
- b. Onderzoeksliteratuur: wat blijkt uit effectonderzoek te werken voor welke doelgroep?
- c. Expertise (kennis en ervaring) van ervaren behandelaars (hulpverleners) die zowel met MST als FFT werken.
- d. Expertise (kennis en ervaring) van ervaren indicatiestellers van bureaus jeugdzorg.

In eerste instantie is gekeken welke criteria onderscheidend zijn voor MST/FFT versus andere ambulante (intensieve) gezinsinterventies. Hiermee wordt inzichtelijk wat MST en FFT onderscheidt van andere ambulante intensieve gezinsinterventies. Dit is een logische stap voorafgaand aan het onderscheid tussen MST en FFT. De indicatiecriteria zoals beschreven in de methodiekbeschrijvingen van de volgende interventies zijn vergeleken met de indicatiecriteria van MST en FFT:

- Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) (Van der Steege, 2005);
- IOG- Erger Voorkomen (Berger, Bierling, Van Dam & Wijgergangs, 2006);
- Multidimensional Family Therapy (MDFT) (Van Beers, 2007; Erasmus MC, n.d.; Rigter, Wetser, 2007);
- Intensieve Trajectbegeleiding (ITB) (Bijl, Beenker & Van Baaldewijk, 2003);
- Families First (Berger, 2005).

Vervolgens is gekeken naar de criteria die specifiek onderscheidend zijn voor MST versus FFT. Het doel en de indicatiecriteria voor MST en FFT staan in bijlage I<sup>2</sup>.

In bijlage I staat daarnaast voor welke doelgroep(en) MST of FFT uit onderzoek effectief is gebleken. Helaas is er geen vergelijkend onderzoek gedaan tussen MST en FFT, waardoor moeilijk te zeggen is

---

<sup>2</sup> Deze criteria zijn gebaseerd op de volgende literatuur: Breuk, van Dam, Disse & Dorelijers (2002); Elling (2005); Perkins-Dock (2001); Sexton, Weeks & Robbins (2003); Boendermaker (2005); Konijn, Boendermaker, Cavelaars & Kroneman (2003); Berger & Boendermaker (2003); Van der Veldt & Van Leeuwen (2003); Aanvraag erkenning MST (2007).

welke methodiek effectiever is voor welke doelgroep. Ook is er weinig onderzoek gedaan naar de subgroepen binnen MST en FFT<sup>3</sup>.

Tot slot is nagegaan in welke situaties en voor welke doelgroepen gesloten jeugdzorg of plaatsing in een justitiële jeugdinstelling de voorkeur heeft boven MST en FFT, aangezien MST en FFT in sommige gevallen dienen als alternatief voor een dergelijke plaatsing.

## **2.1.2 Overeenkomsten en verschillen in doelgroep op basis van de literatuur**

### **1. MST/FFT versus andere methodieken**

Er zijn een aantal verschillen in doelgroepenkenmerken gevonden tussen MST/FFT en bovengenoemde andere ambulante gezinsinterventies (zie bijlage II voor een korte beschrijving van deze interventies). Zo is IOG geschikt voor gezinnen met kinderen waar de ernst en complexiteit met name te vinden is in de opvoedingsproblematiek. MST en FFT zijn meer gericht op jongeren met ernstige gedragsproblemen en delinquent gedrag uit gezinnen waar ook forse opvoedingsproblemen spelen. IOG richt zich in mindere mate op het systeem van de jongere. IOG-EV richt zich op jongeren uit dezelfde leeftijdscategorie als MST/ FFT waarbij sprake is van normoverschrijdend gedrag. De ernst van de gedragsproblemen is minder dan bij MST/ FFT jongeren. IOG-EV is vooral bedoeld voor risicojongeren en first offenders en richt zich met name op het verminderen van recidive en het voorkomen dat de jeugdige een criminele loopbaan ontwikkelt. MDFT richt zich zowel op de jongere, als het gezin en het systeem om de jongere heen. Qua problematiek lijkt deze doelgroep erg op die van MST en FFT. Echter, de insteek bij MDFT is specifiek (drugs)verslavingsproblematiek van de jongere. Daarnaast vinden bij MDFT ook gesprekken met de jongere alleen plaats, terwijl dit bij MST en FFT vooral met de ouders en het gezin is.

ITB richt zich evenals MST/FFT op delinquente jongeren die al meerdere delicten hebben gepleegd en jongeren met meervoudige problematiek. Een verschil is de leeftijd van de doelgroep: MST en FFT richten zich op alle jongeren tussen de 11 en 18 jaar terwijl ITB in de praktijk met name oudere jongeren bereikt. Een ander verschil is dat het gezin in de ITB-aanpak geen centrale rol speelt en een specifieke gezinsaanpak ontbreekt, terwijl dat bij MST en FFT juist een belangrijk uitgangspunt is.

### **2. MST versus FFT**

Het verschil tussen de MST en FFT doelgroep is klein. Veel indicatiecriteria komen overeen. Een klein onderscheid kan zowel op kind- als op gezinsniveau gemaakt worden.

#### *Op kindniveau*

MST richt zich op jongeren met heftig antisociaal en oppositioneel gedrag waarbij de ernstgraad iets hoger is dan bij FFT jongeren. MST jongeren hebben de diagnose (antisociale) gedragsstoornis als hoofdprobleem. MST jongeren hebben een 'hoog' risico op delinquentie en een hoog recidiverisico waar dit bij FFT jongeren 'matig' tot 'hoog' is. Qua gedragsproblemen is er verder weinig verschil tussen MST en FFT jongeren. De gedragsproblemen bij MST jongeren doen zich voor op meer leefgebieden, hebben een chronisch karakter en worden veroorzaakt door kenmerken van de

---

<sup>3</sup> Gebruik is gemaakt van de volgende literatuur: Cottrell & Boston (2003); Fonagy & Kurtz (2002); Boendermaker (2005); Konijn, Boendermaker, Cavelaars & Kroneman (2003); Brosnan & Carr (2000); Fonagy & Kurtz (2002); Alexander, Sexton & Robbins (2002); Brestan & Eyberg (1998).

jeugdige zelf, het gezin, de vriendengroep, de school en de buurt. Bij FFT doen zich ook problemen voor op diverse leefgebieden maar ligt de kern van het probleem veelal bij het gezinsfunctioneren.

#### *Op gezinsniveau*

Zowel bij MST als FFT spelen forse gezinsproblemen. Bij MST is sprake van gezinnen met een zeer lage organisatiegraad met weinig opvoedcompetenties, waarbij problemen buiten de gezinscontext een continue negatieve invloed hebben op het gezinsfunctioneren. Daarnaast zijn de ouders het zicht op wat de jongere buitenshuis doet volledig kwijt. Bij FFT gaat het voornamelijk om problematische gezinsrelaties en negatieve gezinsinteractiepatronen (communicatie). MST richt zich dan ook meer op de systemen buiten het gezin en het inzetten van een sociaal netwerk, terwijl FFT zich voornamelijk richt op onderlinge relationele problemen binnen het gezin.

Berger & Boendermaker (2003) beschrijven in het rapport Multisysteembehandeling in Nederland ook de overeenkomsten en verschillen tussen MST en FFT. Daarin wordt aangegeven dat bij indicatiestelling eerst wordt nagegaan of FFT aangewezen is; als de inschatting is dat de problematiek te ernstig en te complex is voor FFT en dat de interventie zich ook moeten richten op het sociaal netwerk en de school, wordt MST ingezet. Wanneer de veiligheid van de jongere of zijn omgeving in het geding is, wordt gekeken of MST geschikt is of dat uithuisplaatsing noodzakelijk is. Beide interventies hebben duidelijke relaties met een systeemtheoretisch kader. Beide interventies richten zich op jongeren met aanzienlijke gedragsproblemen waarbij tevens sprake is van disfunctionerende gezinspatronen. Van de doelgroep van de FFT wordt gezegd dat daarbij sprake is van 'medium risk' tot 'high risk' criminaliteit, terwijl MST zich richt op jongeren bij wie sprake is van 'high risk' gewelddadig en crimineel gedrag. Beide interventies kunnen in een aantal gevallen dienen als alternatief voor een verblijf in een residentiële voorziening (Berger & Boendermaker, 2003).

### **3. MST/FFT versus (klinische) dagbehandeling, justitiële crisisplek of gesloten jeugdzorg**

MST en FFT kunnen in sommige gevallen een alternatief zijn voor een (klinische) dagbehandeling, justitiële crisisplek of gesloten jeugdzorg. Wanneer MST of FFT in plaats van een justitiële crisisplek wordt ingezet, is het belangrijk dat dit tijdig gebeurt. Er mag dan geen wachtlijst voor MST of FFT zijn. Verder moet de veiligheid van de jongere centraal staan. Wanneer een jongere bijvoorbeeld slachtoffer is van een loverboy kan crisisplaatsing in een JJI beter zijn. Ook wanneer een jongere weinig gemotiveerd is, kan een plaatsing in een JJI beter zijn. Het schrikeffect bij een gesloten plaatsing is groter, wat vaak goed is voor de motivatie van de jongere (Van der Veldt & Van Leeuwen, 2004).

#### *Verskil in doelstelling en werkwijze MST en FFT*

Er zijn enkele opvallende verschillen in doelstelling tussen beide interventies. FFT richt zich op het versterken van de motivatie van de gezinsleden en op het begrijpen en veranderen van disfunctionele gedragspatronen in het gezin. MST richt zich vanuit een ruimere ecologische oriëntatie op de wederkerige relatie tussen het geïdentificeerde probleemgedrag en verschillende sociale factoren in de omgeving - onder meer het sterk verzwakte gezinssysteem - die daarop inwerken. Vervolgens probeert men via MST daarin verandering aan te brengen.

FFT wordt aangeboden binnen een bestaande klinische setting of dagbehandeling (en minder frequent thuis), terwijl MST bij mensen thuis, op school en bij andere voor de jongere belangrijke systemen plaatsvindt. Bij FFT staat met name de communicatie tussen gezinsleden centraal, terwijl

MST een bredere range aan thema's bestrijkt (NIZW Jeugd, 2003). MST is aanzienlijk intensiever (vervanging voor 24-uurzorg) en is dan ook twee maal zo duur als FFT (Elling, 2005).

Volgens Breuk, Van Dam, Disse en Doreleijers (2004) legt MST het zwaartepunt op de sociale ecologie van het kind – het brede netwerk van jeugdige en gezin, waarbij verbetering van het gezinsfunctioneren een van de doelen van de interventie is – terwijl FFT zich primair richt op het functioneren van het gezin zelf. (dit is een herhaling van wat hierboven staat, zou ik samenvoegen) In de praktijk werkt MST van buiten naar binnen, dat wil zeggen, het accent ligt op het sociale netwerk in de buurt, op school en het grote vrienden- en familienetwerk van de jongere, terwijl FFT eerst met het gezin zelf werkt en daarna in de generalisatiefase het gezin leert zelf gebruik te maken van de steun en hulpbronnen uit de omgeving. Daarnaast is MST meer een gedragstherapie met interventies gericht op de ouders, terwijl FFT meer een gezinstherapie is, die vooral in de gedragsveranderingfase gebruik maakt van gedragstherapeutische interventies (elementen uit de structurele gezinstherapie, communicatietheorie en de strategische school) (Breuk, Van Dam, Disse & Doreleijers, 2004).

Het doel van MST en FFT en bijbehorende aanpak verschilt. Dit onderscheid kan van belang zijn bij de selectie van jongeren en gezinnen voor MST of FFT.

### **2.1.3 Overeenkomsten en verschillen in doelgroep op basis van practice based evidence**

Op 2 september 2008 is een expertmeeting georganiseerd door het Nederlands Jeugdinstituut/NJi. Aan deze bijeenkomst namen experts (behandelaars en indicatiestellers bureau jeugdzorg) met veel MST en FFT ervaring deel. Daarnaast waren experts van MST en FFT Nederland aanwezig. In bijlage III staat een lijst met deelnemers.

Tijdens de expertmeeting is aan de hand van casuïstiek besproken wat belangrijke - met name inhoudelijke - criteria zijn die zowel voor de doelgroep van MST als FFT gelden en criteria die onderscheidend zijn voor de MST en FFT doelgroepen. Belangrijke bevindingen waren de volgende:

- Overeenkomstige criteria voor MST/FFT (versus andere interventies):
  - Ernstige problemen zowel bij de jongere zelf (delinquent en/of antisociaal gedrag) als in het gezin en/of tussen gezinsleden;
  - de problemen doen zich voor in verschillende systemen rondom de jongere;
  - motivatie is geen vereiste;
  - er is vaak sprake van psychopathologie;
  - psychiatrische problemen en verslavingsproblematiek zijn niet het 'hoofdprobleem';
  - enige vorm van veiligheid voor jongere, gezin en omgeving moet gewaarborgd zijn;
  - jongere maakt deel uit van het gezinssysteem of maakt daar binnenkort weer deel van uit;
  - zeer 'zwakke jongeren' vormen een contra-indicatie voor MST/FFT (o.a. persoonlijkheidsproblematiek);
  - bij een laag recidiverisico geen MST/FFT.
- Criteria onderscheidend voor MST versus FFT:
  - IQ: bij MST is de ondergrens 70, bij FFT is er geen strikte ondergrens (wel moet verbale communicatie mogelijk zijn);
  - FFT kan in sommige gevallen ook ingezet worden bij jongeren boven de 18;



- bij FFT kan er sprake zijn van ernstig antisociaal gedrag maar het kan ook minder ernstig zijn (matig);
- bij veel veiligheidsrisico's eerder MST dan FFT (en anders gesloten jeugdzorg);
- het onderscheid is met name te vinden in de combinatie van problemen. Wanneer er ernstige opvoedingsonmacht is in combinatie met andere problemen (geen toezicht en pedagogische vaardigheden en problemen op andere gebieden) dan eerder MST.

Veel criteria gelden voor zowel MST en FFT. Het verschil zit vooral in de ernst en vaak ook in de combinatie van problemen. Bij het onderscheid MST/FFT gaven de experts de klinische suggestie uit te gaan van 'FFT, tenzij...'. Dit aangezien je wanneer mogelijk de minst intensieve interventie inzet. Op dit moment is er geen wetenschappelijk onderzoek voor handen wat de voorkeur voor MST of FFT kan onderbouwen.

### 3. Van indicatie-instrument naar checklist

Zowel uit de literatuur als uit de expertmeeting blijkt dat er weinig harde (inhoudelijke) onderscheidende criteria met betrekking tot de doelgroep voor MST en FFT zijn. Het onderscheid tussen MST/FFT en andere ambulante intensieve gezinsinterventies is duidelijker (aard en ernst problematiek) dan het onderscheid tussen MST en FFT. Het verschil tussen MST en FFT zit vooral in de combinatie van problemen en risicofactoren en de inschatting welke insteek de beste kansen heeft. Op enkele 'harde criteria' (leeftijd, IQ) na lijkt het voornamelijk om een afweging te gaan op casuïstiekniveau. Tijdens de expertmeeting is gezamenlijk geconcludeerd dat het niet haalbaar is een instrument te ontwikkelen met (objectieve) inhoudelijke criteria waar een 'score' voor de keuze MST dan wel FFT uitrolt. De experts zijn van mening dat de - op basis van evidence-based practice en practice-based evidence - 'onderscheidende' criteria het beste als checklist kunnen dienen bij de casuïstiekbespreking. Informatie uit bestaande instrumenten levert de input om de criteria te kunnen beoordelen. Een dergelijke checklist kan de besluitvorming (zowel bij bureaus jeugdzorg als bij zorgaanbieders) ondersteunen en onderbouwen. In overleg met het projectteam is dan ook besloten het indicatie-instrument een 'checklist' te noemen.

Na het verhelderen van de indicatiecriteria door middel van literatuuronderzoek en de expertmeeting is een conceptversie van de checklist MST/FFT ontwikkeld. Deze checklist bevat twee stappen:

1. Criteria onderscheidend voor MST/FFT versus andere ambulante intensieve gezinsinterventies;
2. Criteria onderscheidend voor MST versus FFT.

Op dit concept is via de mail feedback gevraagd aan de deelnemers van de expertmeeting en aan het projectteam. Deze feedback is vervolgens verwerkt en heeft geleid tot een eerste werkversie.

## 4. Eerste verkenning bruikbaarheid indicatie-instrument

In het voorjaar van 2009 is een kleine pilot uitgevoerd met de eerste werkversie van de checklist MST/FFT. Een aantal bureaus jeugdzorg (afdeling jeugdreclassering) en zorgaanbieders zijn benaderd om de checklist enkele weken uit te proberen in de praktijk.

Doel van de pilot was het verkrijgen van een eerste indruk in hoeverre professionals het instrument inhoudelijk relevant, inhoudelijk dekkend, hanteerbaar en beslissingsondersteunend vinden. Met deze pilot hebben we de face-validiteit in kaart gebracht.

De betrouwbaarheid en validiteit van het instrument zijn verder niet onderzocht en kunnen meegenomen worden in fase 2 van het innovatieprogramma MST/FFT.

### 4.1 Uitvoering

Professionals van bureaus jeugdzorg en enkele zorgaanbieders<sup>4</sup> zijn gevraagd de checklist gedurende 4 à 5 weken te gebruiken bij elke aanmelding waar een 'intensieve gezinsinterventie' overwogen wordt. Tevens konden zij de checklist 'met terugwerkende kracht' uitproberen bij lopende trajecten MST en FFT. De checklist kan een leidraad zijn voor de informatieverzameling en ondersteunt de besluitvorming in de casuïstiekbespreking of het teamoverleg. De professionals is verzocht na deze 4 à 5 weken een door het NJi opgesteld evaluatieformulier eenmalig in te vullen om de algemene indruk over de bruikbaarheid weer te geven. Zie bijlage V voor het evaluatieformulier (de versie voor bureaus jeugdzorg) en de toelichting hierop voor de professionals. De twintig geretourneerde evaluatieformulieren zijn zowel op kwantitatieve als kwalitatieve wijze geanalyseerd.

### 4.2 Resultaten pilot

Uit de pilot blijkt dat de meeste professionals van bureaus jeugdzorg de checklist gebruikt hebben bij de overweging om MST of FFT in te zetten. Over het algemeen werd de checklist niet in het team besproken. Bij zorgaanbieders werd de checklist met name bij de casuïstiekbespreking (voordeuroverleg) of bij de aanmelding gebruikt. Slechts enkelen vonden dat de indicatiestelling langer duurde doordat de checklist werd gebruikt. Dit komt omdat men in het begin de toelichting op de criteria goed moest lezen. Wel vond iedereen het de extra tijdsinvestering waard. De meeste respondenten vonden de checklist (redelijk) makkelijk in te vullen. Daarbij werd enkelen opgemerkt dat het wel concentratie vergt om de checklist goed en snel in te vullen. Genoemd werd dat een beslisboom bij stap 2 wellicht makkelijker in te vullen is.

Over het algemeen waren er weinig onduidelijkheden in de checklist en de toelichting. Over enkele inhoudelijke criteria waren opmerkingen (in hoeverre deze correct weergegeven waren), zoals ondergrens leeftijd, motivatie jongere en ouders en mate van veiligheidsrisico's. Vaak werd hier genoemd dat het in de praktijk soms anders gaat of dat het wisselt per instelling.

Verder werden er zo goed als geen criteria gemist en waren er ook geen criteria overbodig.

Als meest ondersteunend aan de checklist werd genoemd:

- overzichtelijk, visueel en schematisch opgesteld;

---

<sup>4</sup> Via het projectteam en experts betrokken bij de expertmeeting hebben wij een aantal teams bij bureaus jeugdzorg (waar zowel MST als FFT in het aanbod zit) en drie zorgaanbieders gevraagd deel te nemen aan de pilot. Zie bijlage IV voor de betrokken bureaus jeugdzorg en zorgaanbieders.

- volledig;
- dient als een quickscan;
- goed in te vullen;
- ondersteunend bij besluitvorming;
- geeft aandachtspunten voor/is leidraad voor discussie;
- vooral stap 2 is bruikbaar.

Als minder ondersteunend werd genoemd:

- geeft geen uitsluitsel, beslisboom wellicht beter;
- vervangt discussie en professioneel oordeel niet;
- vergt enige concentratie om te snappen wat bedoeld wordt.

Aan de hand van de resultaten van de pilot is de checklist aangepast. Opnieuw is naar een aantal inhoudelijke criteria gekeken. Daarnaast is gekeken hoe de checklist gemakkelijker in te vullen is. Bij stap 2 is een soort beslisboom, 'FFT tenzij....,' ingevoegd op basis van klinische suggesties van experts en professionals betrokken bij de pilot. Het uitgangspunt is dus dat FFT wordt ingezet (minst intensieve), tenzij op basis van de inhoudelijke criteria MST duidelijk de voorkeur heeft. De aanpassingen hebben geresulteerd in een herziene, definitieve versie van de checklist MST/FFT.

## 5. Definitieve checklist MST/FFT

De checklist MST/FFT kunnen professionals gebruiken als ondersteunend hulpmiddel bij de indicatiestelling door het bureau jeugdzorg en/of de zorgaanbieder. De checklist is bedoeld voor casussen waar een intensieve ambulante gezinsinterventie wordt overwogen en is zowel in forensisch als niet-forensisch kader toe te passen. De checklist is geen objectief meetinstrument, maar biedt aandachtspunten en richtlijnen ter ondersteuning van de professionele beoordeling en besluitvorming.

De checklist kan ingezet worden bij het ordenen van beschikbare informatie, de beoordeling van de casus en de besluitvorming in het team over de benodigde hulp (zie box 1). De checklist is niet bedoeld voor het verzamelen van relevante informatie; daarvoor zijn andere instrumenten beschikbaar (bijvoorbeeld de STEP -Standaard Taxatie Ernst Problematiek-).

De checklist bestaat uit een overzicht van criteria die onderscheidend zijn voor MST/FFT versus andere ambulante intensieve gezinsinterventies en criteria die onderscheidend zijn voor MST versus FFT. Een aanvullende bijlage bevat een toelichting op de in de checklist genoemde criteria. Het is belangrijk deze toelichting vooraf goed te lezen in verband met eenheid van taal en een juiste beoordeling van de criteria. Verder wordt onderscheid gemaakt in formele en inhoudelijke criteria. De formele criteria (leeftijd, IQ) zijn gebaseerd op onderliggende inhoudelijke aspecten waardoor in sommige gevallen afgeweken kan worden.

De uiteindelijke afweging over de benodigde hulp is een professioneel oordeel op basis van de beoordeling van de criteria uit de checklist. De checklist is puur ondersteunend voor deze professionele oordeelsvorming en kent geen weging of verplichting tot gebruik. Wel wordt aangeraden de checklist in ieder geval te gebruiken bij complexe casuïstiek, bij twijfelgevallen en bij het inwerken van nieuwe collega's.

De checklist dient ter ondersteuning van het stellen van de meest wenselijke indicatie. Vervolgens moet gekeken worden naar het pragmatische criterium of het aanbod ook aanwezig en (direct) beschikbaar is.

Figuur 1 geeft de checklist MST/FFT weer. In bijlage VI staat de checklist inclusief de toelichting, instructie en de bijlage van de checklist.

Figuur 1. Checklist MST/FFT

Stap 1 Criteria onderscheidend voor MST/FFT versus andere ambulante intensieve gezinsinterventies

Stap 2 Criteria onderscheidend voor MST versus FFT

Stap 1	Andere ambulante gezinsinterventies	MST/FFT
<b>A. Formele criteria</b>		
jongere < 11 jaar	<i>Ja (afhankelijk van interventie)</i>	<i>Nee</i>
Forensisch kader	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
<b>B. Inhoudelijke kerncriteria</b>		
Matig tot ernstig delinquent/ antisociaal gedrag	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Matig tot hoog recidiverisico	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Ernstige of complexe gezinsproblemen en/of relatieproblemen	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Problematiek op verschillende leefdoeinen	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Psychopathologie	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Veiligheidsrisico's voor jongere zelf en/of omgeving	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Motivatie voor hulp ontbreekt bij jongere en ouders	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
(Zwaardere) stoornis autistisch spectrum	<i>Ja (afhankelijk van interventie)</i>	<i>Nee</i>
Verslavingsproblematiek als substantieel probleem	<i>Ja (afhankelijk van interventie)</i>	<i>Nee</i>
Jongere maakt (op korte termijn) deel uit van het gezinssysteem	<i>Nee (afhankelijk van interventie)</i>	<i>Ja</i>
Toelichting:		

## Stap 2

### A. Formele criteria

1. Leeftijd en IQ	In te zetten interventie
A. Jongere > 17,5 jaar + IQ > 70	<i>FFT</i>
B. Jongere > 17,5 jaar + IQ 55-70	<i>FFT</i>
C. Jongere <17,5 jaar + IQ 55-70	<i>FFT</i>
D. Jongere < 17,5 jaar + IQ > 70	<i>MST of FFT</i>

### B. Inhoudelijke kerncriteria

Indien jongere <17,5 jaar en IQ>70 (optie D), dan:

#### **FFT, tenzij**

2. Actieve tegenwerking jongere
3. Jongere maakt naar verwachting binnen 2 sessies nog geen deel uit van gezinssysteem (maar wel max. 2 weken na start)
4. Ernstig delinquent/ antisociaal gedrag, in combinatie met:
5. Hoog recidiverisico
6. Ernstige pedagogische onmacht in combinatie met problemen in andere systemen
7. Hoge mate van veiligheidsrisico's

Toelichting:

De criteria in de checklist kunnen zowel door de individuele professional als in/door het team beoordeeld worden. Daarbij wordt gebruik gemaakt van beschikbare informatie, bestaande instrumenten en eigen expertise. De STEP is een van de instrumenten die bij bureaus jeugdzorg gebruikt wordt. De STEP geeft een inschatting van de ernst van de problematiek en kan bijvoorbeeld input leveren. Ook wordt bij de toelichting op de criteria soms naar een instrument verwezen. Een kort overzicht van bruikbare bestaande instrumenten die input kunnen leveren bij het verzamelen, ordenen van informatie voor het beoordelen van de criteria is opgenomen in bijlage VII. Dit betreft verschillende instrumenten; het is afhankelijk van de professional zelf en zijn werklocatie of een bepaald instrument ingezet mag en kan worden.



## 6. Nieuwe ontwikkelingen

Gedurende het traject van de ontwikkeling van de checklist MST/FFT hebben zich in Nederland ontwikkelingen voorgedaan op het gebied van systeeminterventies. Met name Multidimensional Family Therapy (MDFT) heeft inmiddels een grote landelijke dekking. MDFT is bestemd voor een doelgroep die grotendeels overeenkomt met de doelgroepen MST/FFT. Onderscheidend is dat MDFT zich met name richt op jongeren waarbij verslavingsproblematiek op de voorgrond staat. Wat betreft de aanpak vinden er bij MDFT naast sessies met ouders en het gezin ook sessies met de jongere alleen plaats.

Voor het gebruik van de checklist in de praktijk is het goed om aan te sluiten bij de nieuwste ontwikkelingen. Dit betekent dat de ontwikkeling van een checklist MST/FFT/MDFT voor de hand ligt. In overleg met MDFT Nederland is besloten om – in het kader van dit project - een eerste concept checklist MST/FFT /MDFT te ontwikkelen. Deze checklist komt overeen met de checklist MST/FFT maar onderscheidt ook MDFT. In bijlage VIII staat een eerste concept van deze checklist met een toelichting op de criteria. Opgemerkt moet worden dat bij de ontwikkeling van deze checklist niet dezelfde uitgebreide procedure is gevolgd zoals hierboven beschreven voor MST en FFT (d.w.z. geen uitvoerig literatuuronderzoek, expertmeeting en pilot).



## 7. Aanbevelingen

Tot slot doen wij enkele aanbevelingen voor het verder ontwikkelen van een checklist MST/FFT (en MDFT).

- Het is wenselijk de checklist MST/FFT/MDFT verder te ontwikkelen. Hierbij is het belangrijk verder literatuuronderzoek te doen en de conceptversie van de checklist uit te proberen in de praktijk. Aanbevolen wordt samenwerking te zoeken met MDFT Nederland.
- Als vervolgstap is het wenselijk de betrouwbaarheid en validiteit van de checklist MST/FFT (en MDFT) te onderzoeken.
- De checklist MST/FFT is gebaseerd op beschikbare empirische kennis en op practice-based evidence. De huidige beschikbare kennis is echter beperkt. Daarom zal in de toekomst bij nieuwe (wetenschappelijke) inzichten over wat werkt bij welke doelgroep de checklist mogelijk aangepast moeten worden.
- Het besluit om te indiceren voor of ambulante behandeling versus gesloten jeugdzorg (opsluiting) is een belangrijk besluit dat vooraf gaat aan de indicatie MST of FFT. Hiervoor zijn nog geen uitgewerkte criteria en richtlijnen. Het is wenselijk om deze te ontwikkelen, zodat het voor indicatiestellers duidelijk is wanneer MST en FFT een goed alternatief zijn voor gesloten jeugdzorg.
- Het is wenselijk de checklist verder af te stemmen met het recentelijk ontwikkelde Landelijk Diagnostisch Instrumentarium Strafrechtketen.
- Bij verder ontwikkeling is goed te bekijken in hoeverre het wenselijk is ook de verschillen in aanpak van de interventies in de checklist te verwerken. Bijvoorbeeld: is het wenselijk dat er ook sessies met de jongere alleen worden gehouden?

## Literatuur

Kenniscentrum MST (2007). *Aanvraag erkenning strafrechtelijke gedragsinterventie MST*. Kenniscentrum MST.

Alexander, J.F., Sexton, T.L. & Robbins, M.S. (2002). The developmental status of family therapy in family psychology intervention science. In H.S. Liddle, D. Santsiteban, R. Levant, & J. Bray (Eds.), *Family psychology intervention science*. Washington, DC: American Psychological Association.

Beers, M. van (2007). *Te optimistisch over nieuwe aanpak drugsverslaving*. Gedownload op 2 april 2008 op [www.pedagogiek.net](http://www.pedagogiek.net)

Berger, M.A. (2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Families First'*. Utrecht: NIZW

Berger, M., Bierling, I., Dam, C. van & Wijergangs, H. (2006). *IOG - Erger voorkomen: de methodiekhandleiding*. Lichtenvoorde: Forium.

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

Bijl, B, Beenker, L.G.M. & Baardewijk, Y. van, (2005). *Individuele traject begeleiding op papier en in de praktijk*. WODC, PI Research: Duivendrecht.

Boendermaker, L (2005). *De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen*.

Braak, J. van den & Konijn, C. (2006). *Werken aan effectiviteit. Doorlichting van drie werksoorten van Spirit: Beter met Thuis, Regionaal Ambulante Teams, Nieuwe Perspectieven*. Amsterdam: Spirit.

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

Breuk, R.E., Dam, A. van, Disse, C.M., & Doreleijers, T.A.H. (2004). *Functionele Gezinstherapie in de behandeling van jeugdige forensische psychiatrische patiënten*.

Brosnan, R. & A. Carr (2000). Adolescent Conduct Problems. In: Carr, A. (Ed) et al. *What works with children and adolescents: a critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. (pp. 131-154) New York, NY, US: Routledge.

Cottrell, D & Boston, P. (2003). De effectiviteit van systeemgerichte gezinstherapie voor kinderen en adolescenten: een praktijkbeschuwing. *Kind en Adolescent Review*, 10, 5-52.



Elling, M (2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Functionele Gezintherapie/FFT*. Utrecht: NJi. Gedownload op 22 januari 2008 van <http://www.jeugdinterventies.nl>

Erasmus MC (n.d.). Folder MDFT: *MultiDimensionele FamilieTherapie. De Nederlandse versie van een actieve gezinsbehandeling met ernstig probleemgedrag en of verslaving*. Rotterdam: Erasmus MC.

Fonagy, P. & Kurtz, A. (2002). Disturbance of conduct. In: P. Fonagy, M. Target, D. Cottrell, J. Phillips & Z. Kurtz Eds.). *What Works for Whom: a Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. New York: Guilford Publications.

Konijn, C., Boendermaker, L., Cavelaars, E. & Kroneman, M. (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

Perkins-Dock, R.E. (2001). Family interventions with incarcerated youth: a review of literature. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 606-625.

Rigter, H. & Wetser, P. (2007). *Herstel van jongeren met psychische en gedragsproblemen via meervoudige gezintherapie*. Rotterdam: Erasmus MC, afdeling MGZ.

Steege, M. van der (2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Intensieve Orthopedagogische Gezinsondersteuning (IOG)*. Utrecht: NJi. Gedownload op 14 januari 2008 van <http://www.jeugdinterventies.nl>

Veldt, M.C.A.E, van der, & Leeuwen, E. van. (2004). *Inzicht in OTS, uitzicht op MST. Civielrechtelijk in JJI'en geplaatste jongeren als mogelijk doelgroep voor MultiSysteem Therapie. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: NIZW

# Bijlage I Doelgroepbeschrijving MST en FFT

## Doelgroepcriteria gebaseerd op methodiekbeschrijvingen

### Doel MST

MST richt zich op de volgende drie doelen:

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

### Doelgroep MST: criteria

#### Indicaties

#### *Kenmerken jongeren*

- Ernstige gedragsproblemen met de diagnose antisociale gedragsstoornis vormen het hoofdprobleem
- delinquent gedrag
- Er is sprake van co-morbiditeit. Er kan een wisselwerking zijn met:
  - oppositioneel gedrag
  - openlijke gedragsproblemen: pesten, tiranniseren, vechten, beroving, verkrachting)
  - heimelijke gedragsproblemen: liegen, stelen, inbraak, brandstichten, aanzetten tot of profiteren van antisociaal gedrag van anderen, fraude)
  - complexe psychosociale problemen of beperkingen van de jongere zelf
  - internaliserende problemen zoals angst of depressieve klachten
  - aandachtsproblemen
  - gebruik alcohol en drugs
  - problemen in de gezins- en opvoedingssituatie
  - leerprestaties en gedrag op school
  - vrije tijdsbesteding en omgaan met antisociale vrienden en kennissen
  - negatief ontwikkelingsperspectief
- de gedragsproblemen doen zich op meerdere leefgebieden voor en hebben een chronisch karakter
- Het antisociale gedrag wordt veroorzaakt door kenmerken van de jeugdige zelf, het gezin, de vriendengroep, de school en de buurt.
- Hoogrisico op recidive/criminaliteit/verergering problemen
- het gaat vaak om jongeren die zelf slachtoffer zijn (geweest) van kindermishandeling, seksueel misbruik of getuige van mishandeling van andere gezinsleden.

#### *Kenmerken gezin*

- Ernstige opvoedingsonmacht bij ouders:
  - gezinssituatie met een (zeer) lage organisatiegraad
  - problemen buiten de gezinscontext hebben voortdurende negatieve invloed op gezinsfunctioneren
  - ouders zijn zicht op wat jongere buitenshuis doet volledig kwijt.

### Contra-indicaties

- Jongeren waarbij niet een gedragsstoornis maar een andere stoornis als hoofdstoornis is geconstateerd (zoals stemmingsstoornis, aandachtsstoornis, schizofrenie en andere psychotische stoornissen of verslaving).
- Jongeren die in een crisissituatie verkeren vanwege ernstige psychiatrische problematiek (suïcidaal, homicidaal of psychotisch gedrag) in engere zin waarvoor opname nodig is. Jongeren met antisociaal gedrag, waarbij sprake is van bijkomende psychiatrische problematiek, kunnen wel in aanmerking komen.
- Jongeren met dominante zedenproblemen.
- Jongeren die delicten hebben gepleegd met een hoge maatschappelijke gevoeligheid, waarvoor (eerst) geslotenheid nodig is.
- Jongeren met een (zwaardere) stoornis in het autistisch spectrum

### Toepassing bij etnische groepen

MST is niet speciaal ontwikkeld voor jongeren met een allochtone achtergrond. Door de cliënt- en gezinsgerichte opzet van de behandeling wel heel geschikt om toe te passen bij allochtone gezinnen.

### **Doel FFT**

FFT richt zich op het veranderen van interacties tussen gezinsleden en het verbeteren van het functioneren van het gezin als geheel, de subsystemen en de individuele leden. FFT wil het gedrag van de jongere in het gezin en op school of werk en het functioneren van het gezin verbeteren en de kans op herhaling van crimineel gedrag verkleinen.

### **Doelgroep FFT: criteria**

#### Indicaties

#### *Kenmerken jongeren*

- Er is sprake van ernstige gedragsproblemen (waaronder delinquentie) wat tot uiting komt in heftig antisociaal gedrag en oppositioneel gedrag
- Er is een sterke wisselwerking met andere problemen zoals:
  - andere psychische problemen en beperkingen van de jongere zelf
  - gebruik alcohol en drugs
  - problemen in de gezins- en opvoedingssituatie
  - leerprestaties en gedrag op school
  - vrije tijdsbesteding en omgaan met antisociale vrienden en kennissen
  - negatief ontwikkelingsperspectief
- Gemiddeld tot hoog risico op recidive/criminaliteit/verergering problemen

#### *Kenmerken gezin*

- Er is sprake van problematische gezinsrelaties en negatieve gezinsinteractiepatronen zoals elkaar beschuldigen, defensief reageren op elkaar, elkaar weinig ondersteunen
- Het gaat zowel om gezinnen met het label 'ongemotiveerd', 'vol weerstand' en 'disfunctioneel communicerend' als gezinnen die redelijk adequaat functioneren

### Contra-indicaties

- Dominante zedenproblemen



- ernstige psychiatrische stoornissen van de jongere die residentiële behandeling noodzakelijk maakt
- Delicten met een hoge maatschappelijke gevoeligheid waarvoor geslotenheid nodig is
- risico op gewelddadige escalaties tussen gezinsleden waarbij het gezin weigert dit geweld te bespreken en dermate verzwakking van de ouders door eigen problematiek dat zelfs minimaal toezicht niet gegarandeerd kan worden

### Toepassing bij etnische groepen

De ontwikkelaars hebben oog gehad voor allochtone gezinnen met jeugdige delinquenten. Er is in de Nederlandse versie dan ook rekening gehouden met te verwachten allochtone cliëntengroepen (met name jongeren met een Surinaamse en Marokkaanse achtergrond).

### **Doelgroepcriteria gebaseerd op effectonderzoek**

#### **MST**

MST blijkt effectief voor:

- chronische en/ of gewelddadige delinquenten (waaronder zedendelinquenten)
- jongeren met een antisociale gedragsstoornis of een oppositionele gedragsstoornis
- antisociale en agressieve jongeren
- jongeren die middelen misbruiken
- Jongeren met deviante vrienden

#### **FFT**

FFT blijkt effectief voor:

- een brede groep probleemjongeren:
- van first-offenders tot zware (meervoudig)delinquenten
- van hoogrisico jongeren (zoals spijbelen, schooluitval) tot jongeren met serieuze meervoudige problematiek (met geweld), zoals een antisociale gedragsstoornis
- jongeren met verslavingsproblematiek
- verschillende culturele en etnische groeperingen
- Gezinnen met verschillende problemen, zoals multi-problemgezinnen

Alexander, J.F., Sexton, T.L. & Robbins, M.S. (2002). The developmental status of family therapy in family psychology intervention science. In H.S. Liddle, D. Santsiteban, R. Levant, & J. Bray (Eds.), *Family psychology intervention science*. Washington, DC: American Psychological Association.

Boendermaker, L (2005). *De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen*.

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

Brosnan, R. & A. Carr (2000). Adolescent Conduct Problems. In: Carr, A. (Ed) et al. *What works with children and adolescents: a critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. (pp. 131-154) New York, NY, US: Routledge.

Cottrell, D & Boston, P. (2003). De effectiviteit van systeemgerichte gezinstherapie voor kinderen en adolescenten: een praktijkbeschouwing. *Kind en Adolescent Review*, 10, 5-52.

Fonagy, P. & Kurtz, A. (2002). Disturbance of conduct. In: P. Fonagy, M. Target, D. Cottrell, J. Phillips & Z. Kurtz Eds.), *What Works for Whom: a Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. New York: Guilford Publications.

Konijn, C., Boendermaker, L., Cavelaars, E. & Kroneman, M. (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

## Bijlage II Doelgroepbeschrijvingen andere gezinsinterventies

Doelgroepbeschrijvingen:

1. Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) en IOG-EV
2. MultiDimensionele FamilieTherapie (MDFT)
3. Intensieve Trajectbegeleiding (ITB)
4. Families First

### **1. Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) en IOG-EV**

#### *Doel IOG*

Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) is een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT). Het doel van IOG is tweeledig:

1. Het zodanig verbeteren van het gezinsklimaat dat het kind er veilig kan opgroeien en zich kan ontwikkelen.
2. De gezinsleden hebben meer vaardigheden om gebruik te maken van hun sociale netwerk.

#### *Doelgroep*

IOG richt zich op gezinnen met kinderen van elke leeftijd die meervoudige en ernstige problemen hebben en/of een langdurige hulpverleningsgeschiedenis. Bij de gezinnen die in aanmerking komen voor IOG speelt gezins- en opvoedingsproblematiek en er is sprake van ernstige problemen op andere gezinstaken als het huishouden of het maatschappelijk functioneren. Een specifieke variant is IOG-LVG, deze richt zich op gezinnen waar de draaglast bovendien verzwaard is door een licht verstandelijke handicap bij een van de gezinsleden.

#### *Aanpak*

De hulpverlening van IOG vindt bij het gezin thuis plaats en richt zich op de volle breedte van de problematiek. De behandeling duurt gemiddeld vijf maanden, de hulpverlener bezoekt het gezin twee keer per week maximaal anderhalf uur. De behandeling bestaat uit drie fasen. In de eerste zes weken bouwt de hulpverlener een werkrelatie op met het gezin, stelt samen met de gezinsleden de doelen op en gaat waar mogelijk reeds aan de slag. In de periode tot vier maanden gaan de hulpverlener en het gezin gericht aan de slag om de gewenste veranderingen te bereiken. De laatste maand staat in het teken van de afbouw van de hulpverlening. IOG kent daarnaast vormen van nazorg. Evaluaties vinden, op basis van schriftelijke rapportages, plaats op een aantal vaste momenten in aanwezigheid van het gezin en de casemanager van het bureau jeugdzorg. De hulpverlener sluit aan bij de vragen en wensen van het gezin, versterkt dat wat goed gaat en de aanwezige krachten en richt zich op het concreet aanleren van vaardigheden.

#### *Doel IOG-EV*

Het doel van IOG-EV is het voorkomen dat de jongere een criminele loopbaan ontwikkelt, dan wel het ombuigen van een zich reeds ontwikkelende criminele carrière. IOG-EV probeert dit te bereiken door middel van:

- het versterken van vaardigheden en krachten bij ouders zodat ze kunnen omgaan met de vragen en problemen die de opvoeding van kinderen en adolescenten meebrengt, én



- het versterken van vaardigheden en krachten bij de jongeren zodat ze kunnen omgaan met de problemen die ze tegenkomen in gezin, vriendengroep, op school of in de buurt.

#### *Doelgroep*

IOG-EV is voor jeugdigen tussen de 8 en 18 jaar waarbij sprake is van normoverschrijdend gedrag (risico jongeren, first offenders en licht criminelen).

#### *Aanpak*

IOG-EV is een intensieve behandeling waarbij de gezinshulpverlener de jongere en de ouders meerdere malen per week in de thuissituatie bezoekt. Daarnaast zijn er contacten met de voor de jongere en het gezin belangrijke anderen, bijvoorbeeld de leerkracht, sportclub of werkgever. De behandeling duurt minimaal 3 weken en maximaal 6 maanden. De behandeling is, nadrukkelijker dan bij de reeds bestaande module IOG het geval is, op het normovertredend gedrag van de jongere gericht. Een nieuw aspect is bijvoorbeeld de delictbespreking, die als doel heeft te achterhalen wat er bij de jongere fout gaat in de verwerking van de sociale informatie, om zo de beste aanpak te bepalen. IOG-EV houdt zich niet alleen bezig met het gezin rondom de jongere, maar ook met andere aspecten van zijn of haar leven, zoals school en buurt.

Een overeenkomst met IOG en MST is dat de hulp in de thuissituatie plaatsvindt, waarbij met het hele gezin gewerkt wordt. Ook wat betreft de uitgangspunten zijn er overeenkomsten: er wordt aangesloten bij de krachten in het gezin en geprobeerd wordt deze te benutten bij het werken aan de gestelde doelen. Een verschil is dat bij MST de jongere centraal staat terwijl IOG eerder inzoomt op de ouders als opvoeders (Berger & Boendermaker, 2003).

Stege, M. van der (2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Intensieve Orthopedagogische Gezinsondersteuning (IOG)*. Utrecht: NJi. Gedownload op 14 januari 2008 van <http://www.jeugdinterventies.nl>

Berger, M., Bierling, I., Dam, C. van. & Wijgengangs, H. (2006). *IOG - Erger voorkomen: de methodiekhandleiding*. Lichtenvoorde: Forium.

## **2. Multidimensional family therapy (MDFT)**

De MDFT is een gezintherapie voor jongeren met gedragsproblemen. Het bijzondere aan de methode is dat het niet alleen gericht is op de gedragsproblemen van de adolescent, maar dat het tegelijkertijd ook de drugsproblemen aanpakt. De behandeling richt zich op de individuele kenmerken van de adolescent, maar ook op de ouders en eventuele andere gezinsleden. MDFT is een ambulante therapie voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. De therapie is van relatief korte duur, namelijk drie tot zes maanden waarbij er twee à drie bijeenkomsten per week zijn. Kenmerkend is dat, indien daar behoefte aan is, de therapeut de bijeenkomst thuis of in openbare settings (bijvoorbeeld op school) houdt. MDFT bestaat uit tien principes die de therapeut houvast moeten bieden bij de structurering van de sessies. Het eerste en belangrijkste principe is dat het drugsgebruik van de adolescent een multidimensioneel verschijnsel is. Dat houdt in dat er rekening gehouden moet worden met de interactie tussen verschillende systemen die van invloed kunnen zijn op het drugsgebruik. De therapie bestaat dan ook uit vier modules die de verschillende systemen omvatten: de adolescent, de ouders, het gezin en de sociale omgeving (Van Beers, 2007).

Beers, M. van (2007). *Te optimistisch over nieuwe aanpak drugsverslaving*. Gedownload op 2 april 2008 op [www.pedagogiek.net](http://www.pedagogiek.net)

### **3. Individuele Trajectbegeleiding (ITB)**

ITB is bestemd voor jongeren die problemen hebben op meerdere leefgebieden (waaronder thuis/het gezin, school/werk, vrije tijd), en die onder invloed hiervan, een reëel risico lopen (nog verder) af te glijden naar de criminaliteit. Bij ITB harde kern gaat het om tamelijk ernstige problematische jongeren: delinquenten (van 12 tot 24 jaar) die al enige keren met de justitie in aanraking zijn gekomen voor ernstige strafbare feiten en in aanmerking komen voor een forse vrijheidsstraf. Veel van deze jongeren lijken gekozen te hebben voor een criminele carrière of levensstijl. De beoogde doelgroep van ITB-CRIEM bestaat uit jongeren (12 t/m 17 jaar) van niet-westerse afkomst, die voor het eerst met justitie in aanraking zijn gekomen (first offenders, incidentele delictplegers) en van wie wordt gevreesd dat zij – zonder ingrijpen – zullen afglijden naar de criminaliteit.

Primair is ITB erop gericht een zichtbare verbetering te realiseren in het persoonlijk functioneren van de jongere op leefgebieden die een relatie hebben met het delictgedrag, waarbij het uiteindelijke doel is dat recidive uitblijft. Daarnaast gelden doelen die het individuele niveau overstijgen: ITB vinden ook plaats in het gezin en andere pedagogische contexten (school, buurt) (Bijl, Beenker & Van Baardewijk, 2005).

Een overeenkomst tussen MST en ITB is dat beiden zich richten op delinquente jongeren die al meerdere delicten hebben gepleegd en jongeren met meervoudige problematiek. ITB wordt in strafrechtelijk kader opgelegd, dit is bij MST ook mogelijk. Een verschil is de leeftijd van de doelgroep; MST richt zich op alle jongeren tussen de 12 en 18 jaar en ITB bereikt in de praktijk met name oudere jongeren. En ander verschil is dat het gezin in de ITB-aanpak geen centrale rol speelt en een specifieke gezinsaanpak ontbreekt, terwijl dat bij MST juist een belangrijk uitgangspunt is (Berger & Boendermaker, 2003).

Bijl, B, Beenker, L.G.M. & Baardewijk, Y. van, (2005). *Individuele traject begeleiding op papier en in de praktijk*. WODC, PI Research: Duivendrecht.

### **4. Families First**

#### *Doel*

Het doel van Families First is om het gezin bij elkaar te houden en te voorkomen dat één of meer kinderen uit huis worden geplaatst. Om uithuisplaatsing te voorkomen wil Families First ervoor zorgen dat de veiligheid van de kinderen in het gezin gewaarborgd is.

#### *Doelgroep*

Families First is een vorm van hulpverlening aan gezinnen die in een crisissituatie verkeren, en waarbij één of meer kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar uit huis geplaatst dreigen te worden.

#### *Indicatie- en contra-indicatiecriteria*

Families First hanteert de volgende indicaties voor toelating tot het programma:

- bureau jeugdzorg stelt een indicatie voor Families First
- er is sprake van een crisis
- de ouders, het kind en/of de verwijzer vinden dat het kind uit huis moet

- minstens één ouder is bereid om werkenderwijs uit te zoeken of het kind toch thuis kan blijven wonen
- de veiligheid van het kind kan voldoende worden gewaarborgd.

Contra-indicaties voor toelating tot Families First zijn:

- er is of dreigt een gevaarlijke situatie voor het kind en/of de hulpverlener
- Families First wordt gebruikt als overbrugging van een wachtperiode voor een 24-uurs behandeling.

### *Aanpak*

De hulp van Families First duurt vier tot maximaal zes weken. Vier à vijf keer per week komt een hulpverlener in het gezin. Deze gezinsmedewerker is zeven-dagen-per-week, 24-uur-per-dag bereikbaar voor het gezin. De hulp sluit aan bij de behoeften van het gezin en is gericht op het versterken van datgene wat goed gaat. De aanpak is ingedeeld in fasen en doelgericht. De eerste twee weken zijn gericht op het bezweren van de crisis, het verlenen van praktische en materiële hulp waar nodig en het verbeteren van de veiligheidssituatie voor de kinderen. Tevens wordt een begin gemaakt met het versterken en uitbreiden van de krachten van de gezinsleden. Na twee weken worden doelen en plan van aanpak zonodig bijgesteld. In de volgende twee weken ligt het accent op het versterken van het sociale netwerk van het gezin. De praktische en materiële hulp wordt afgebouwd opdat het gezin zoveel mogelijk weer zelfstandig de taken van het dagelijkse leven oppakt. Een ander belangrijk onderdeel van deze fase is het starten van vervolghulp. Na vier weken kan de hulp met maximaal twee keer één week worden verlengd.

Na afsluiting van Families First vinden follow-up bezoeken plaats, waarbij de gezinsmedewerker nagaat hoe het gezin functioneert. Als blijkt dat er in de tussenliggende periode problemen ontstaan zijn, heeft de gezinsmedewerker de mogelijkheid om in maximaal drie contacten eerder geleerde vaardigheden op te frissen en ondersteuning te bieden bij het oplossen van problemen

Berger, M.A. (2005): *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Families First'*.  
Utrecht: NIZW

## **Bijlage III Deelnemers expertmeeting MST/FFT**

2 september 2008

1. Rene Breuk (Kinder- en Jeugdpsychiater, de Bascule)
2. Agnes Hartog (GZ psycholoog, bureau jeugdzorg Amsterdam)
3. Johanna Moes (FFT supervisor, de Bascule)
4. Wim van Geffen
5. Kim Walraven (GZ psycholoog, supervisor MST de Viersprong)
6. Frederik Bellens (psychiater, de Viersprong)
7. Mirella Stouten (gedragsdeskundige, BJZ Eindhoven)
8. Silvia van Gemert (gedragsdeskundige, BJZ Dordrecht)
9. Dries Roosma (Hoofd innovatie en onderzoek, Yorneo / projectleider MST/FFT)
10. Marion Leijssen (behandelcoördinator MST/FFT/MDFT/IOG bij Yorneo)

## **Bijlage IV      Deelnemers Pilot**

Voorjaar 2009

1. Polikliniek de Viersprong
2. Polikliniek de Bascule
3. BJZ Eindhoven
4. BJZ Amsterdam
5. GGZ Eindhoven
6. BJZ Drenthe

## Bijlage V Vragenlijst pilot

### Evaluatie gebruik Checklist MST/FFT

Datum (dd-mm-jjjj)	Naam invuller	Locatie
__ - __ - ____	_____	_____

**Op welke moment tijdens de informatieverzameling heeft u de checklist gebruikt?**  
*(meerdere opties mogelijk)*

- Bij aanmelding
- Bij de overweging 'intensief ambulante'
- Bij de overweging 'intensieve gezins-systeemtherapie'
- Bij de overweging MST of FFT
- Anders, namelijk.....

**Heeft u de (ingevulde) checklist besproken in het team bij de besluitvorming?**

- JA,
- NEE
- Anders, namelijk.....

**Heeft u de indruk dat de indicatiestelling/besluitvorming door gebruik van de checklist langer duurde dan normaal?**

JA  
NEE

**Indien ja:**

**Kunt u een indicatie geven hoeveel langer?**

.....

**Vindt u het de extra tijdsinvestering waard?**

JA  
NEE

**Hoe gemakkelijk vond u het om de Checklist bij informatieverzameling en besluitvorming te gebruiken?**

Omcirkel wat van toepassing is: 1 = Heel gemakkelijk, 2 = Vrij gemakkelijk, 3 = Niet zo gemakkelijk, 4 = Vrij moeilijk

en 5 = Heel moeilijk

Heel gemakkelijk [ 1 ] - [ 2 ] - [ 3 ] - [ 4 ] - [ 5 ] Heel moeilijk

**Wanneer u 3, 4 of 5 heeft omcirkeld, kunt u dan aangeven wàt u moeilijk vond?**

**Zie ommezijde!**

**Bent u bij het invullen onduidelijkheden tegen gekomen in de checklist?**

JA  
NEE

**Zo ja, wat vond u dan onduidelijk?**

**Bent u bij het invullen onduidelijkheden tegen gekomen in de toelichting of bijlage?**

JA  
NEE

**Zo ja, wat vond u dan onduidelijk?**



**Was de informatie waarover u tijdens de indicatiestelling kon beschikken voldoende om de checklist goed te kunnen invullen?**

Omcirkel wat van toepassing is: 1 = Ja, ruim voldoende, 2 = Ja, in redelijke mate, 3 = Niet echt voldoende, 4 = Nee, onvoldoende en 5 = Nee, volstrekt onvoldoende

Ja, ruim voldoende      [ 1 ] - [ 2 ] - [ 3 ] - [ 4 ] - [ 5 ]      Nee, volstrekt onvoldoende

**Wanneer u 3, 4 of 5 heeft omcirkeld, kunt u dan aangeven of u dat wijt aan:**

- **de beschikbare informatie** (onvoldoende gegevens)

JA

NEE

- **de checklist** (te veel gegevens nodig om het in te kunnen vullen)

JA

NEE

**Heeft u criteria gemist in de checklist?**

JA, bij stap 1

JA, bij stap 2

NEE

**Zo ja, kunt u aangeven welk(e) criterium/criteria?**



**Heeft u de indruk dat bepaalde criteria in de checklist overbodig zijn?**

JA, bij stap 1

JA, bij stap 2

NEE

**Zo ja, kunt u aangeven welk(e) criterium/criteria?**

**Vindt u de checklist ondersteunend bij de afweging en onderbouwing van de inzet van MST, FFT of een andere intensieve gezinsinterventie?**

JA

NEE

**Wat vindt u het meest ondersteunend aan de checklist?**

**Wat vindt u het minst ondersteunend aan de checklist?**

**Overige opmerkingen**

**HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN!**



## Bijlage VI Checklist MST/FFT (inclusief toelichting)

### Introductie op de checklist

#### Doel

Deze checklist<sup>5</sup> dient ter ondersteuning en onderbouwing van de afweging om bij individuele casuïstiek waar een ambulante intensieve gezinsinterventie nodig is, MST, FFT of een andere ambulante gezinsinterventie in te zetten. De checklist kan een leidraad zijn voor de informatieverzameling en ondersteunt de besluitvorming in de casuïstiekbepreking of het teamoverleg.

#### Ontwikkeling

De checklist is ontwikkeld op basis van bestaande documentatie en (onderzoeks) literatuur over MST en FFT en de praktijkkennis en ervaring van Nederlandse experts. De checklist is dus gebaseerd op beschikbare empirische kennis en op practice-based evidence. De checklist is uitgetoetst in een pilot. Nadien is een definitieve versie gemaakt. De checklist zal in de toekomst op basis van nieuwe (wetenschappelijke) inzichten aangepast kunnen worden.

#### Gebruik

De checklist wordt gebruikt als ondersteunend hulpmiddel bij de indicatiestelling door het bureau jeugdzorg en/of de zorgaanbieder. De checklist is bedoeld voor casussen waar een ambulante intensieve gezinsinterventie wordt overwogen en is zowel in forensisch als niet-forensisch kader toe te passen. De checklist is geen objectief meetinstrument, maar biedt aandachtspunten en richtlijnen ter ondersteuning van de professionele beoordeling en besluitvorming.

De checklist kan ingezet worden bij het ordenen van beschikbare informatie, de beoordeling van de casus en de besluitvorming in het team over de benodigde hulp (zie box 1). De checklist is niet bedoeld voor het verzamelen van relevante informatie; daarvoor zijn andere instrumenten<sup>6</sup> beschikbaar (bijvoorbeeld de STEP -Standaard Taxatie Ernst Problematiek).

---

<sup>5</sup> De checklist is te downloaden op [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

<sup>6</sup> Zie ook bijlage II

Box 1 *Inzet checklist in het besluitvormingsproces*

<b>Doel</b>	<b>Activiteit</b>	<b>Benodigdheden</b>	<b>Toelichting</b>
<b>Informatie ordenen en beoordelen</b>	Beoordelen criteria a.d.h.v de casus	Checklist+bijlage Dossier STEP Eventuele andere instrumenten	De checklist en de bijlage dienen ter ondersteuning van het ordenen en beoordelen van relevante informatie. Het invullen van de checklist vindt plaats na het invullen van o.a. de STEP in zaken waarin een ambulante intensieve gezinsinterventie wordt overwogen
<b>Afweging maken (besluit)</b>	Afweging maken in team a.d.h.v. de verzamelde of al beschikbare informatie	Checklist + bijlage	De ingevulde checklist helpt het team of de zorgaanbieder de indicatie MST, FFT of een andere ambulante intensieve gezinsinterventie in te zetten

De checklist bestaat uit een overzicht van criteria die onderscheidend zijn voor MST/FFT versus andere ambulante intensieve gezinsinterventies en criteria die onderscheidend zijn voor MST versus FFT. Een aanvullende bijlage (bijlage I) bevat een toelichting op de in de checklist genoemde criteria. Het is belangrijk deze toelichting vooraf goed te lezen in verband met eenheid van taal en een juiste beoordeling van de criteria. Een kort overzicht van bruikbare bestaande instrumenten die input kunnen leveren voor de beoordeling van criteria is opgenomen in bijlage VII. Dit betreft verschillende instrumenten; het is afhankelijk van de professional zelf en zijn werklocatie of een bepaald instrument ingezet mag en kan worden.

De uiteindelijke afweging over de benodigde hulp is een professioneel oordeel op basis van de beoordeling van de criteria uit de checklist. De checklist is puur ondersteunend voor deze professionele oordeelsvorming en kent geen weging of verplichting tot gebruik. Wel raden we aan de checklist in ieder geval te gebruiken bij complexe casuïstiek, bij twijfelgevallen en bij het inwerken van nieuwe collega's.

De checklist dient ter ondersteuning van het stellen van de meest wenselijke indicatie. Vervolgens moet gekeken worden naar het pragmatische criterium of het aanbod ook aanwezig en (direct) beschikbaar is.

### **Opzet**

De checklist bestaat uit twee stappen: eerst worden formele en inhoudelijke criteria weergegeven om te beoordelen of MST/FFT of een andere ambulante gezinsinterventie aangewezen is. Stap 1 maakt inzichtelijk of MST/FFT een goede vorm van hulp is of dat naar andere ambulante gezinsinterventies gekeken moet worden. De checklist maakt niet inzichtelijk welke andere ambulante gezinsinterventie geschikt is. Wanneer MST of FFT

aangewezen is, volgen in stap 2 criteria om te beoordelen welke van de twee interventies het beste aansluit bij de problematiek van de jongere (zie box 2). Voor zorgaanbieders zal met name stap 2 relevant zijn.

- *Stap 1:* Criteria onderscheidend voor MST/FFT versus andere ambulante intensieve gezinsinterventies
- *Stap 2:* Criteria onderscheidend voor MST versus FFT

## **Instructie**

Volg bij het invullen van de checklist de volgende instructies:

- Begin met stap 1 en start met de formele criteria. Als hieruit volgt dat MST/FFT een optie is, ga dan verder met de inhoudelijke criteria.
- Beoordeel de casus aan de hand van de inhoudelijke criteria. Kruis aan welk antwoord ('Ja' of 'Nee') van toepassing is.

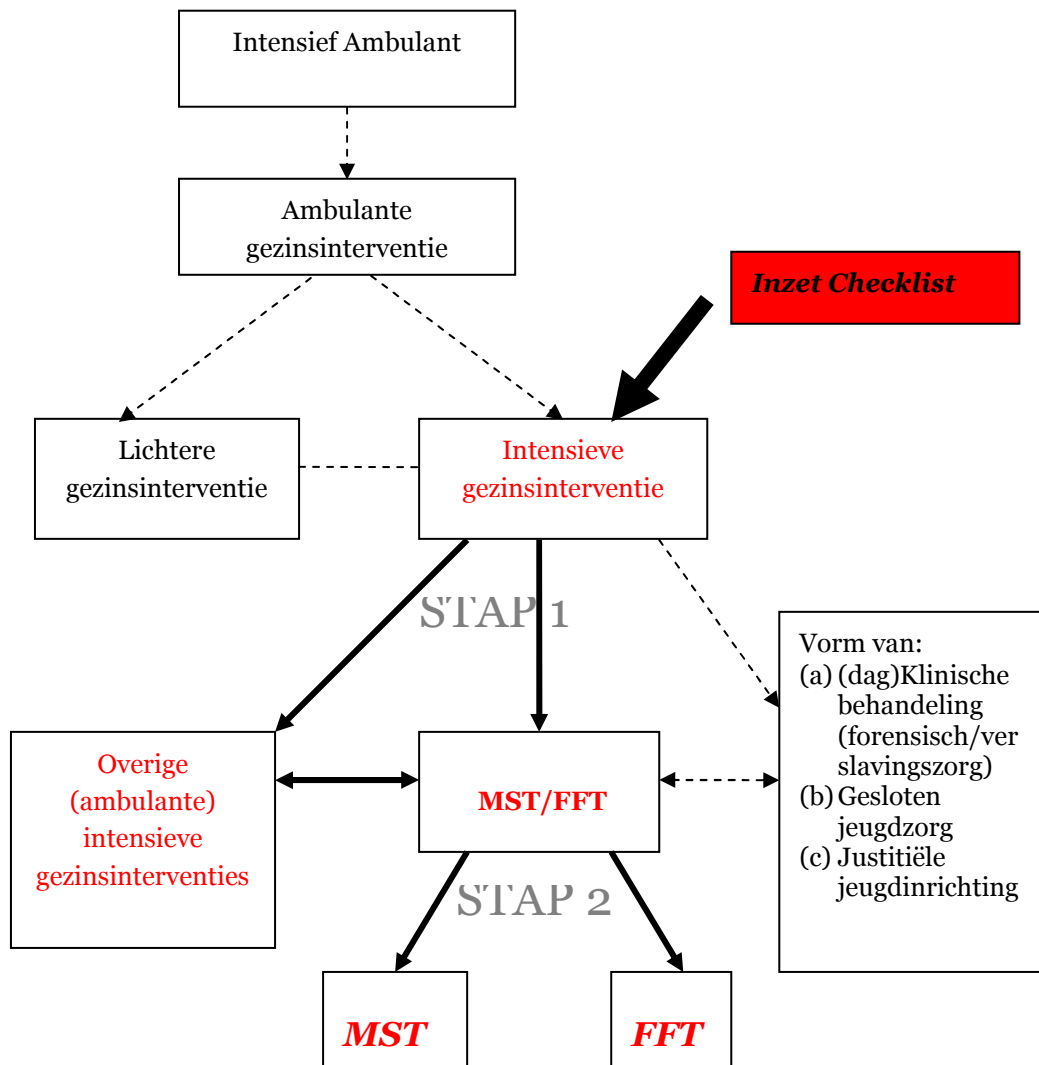
*Indien bijvoorbeeld sprake is van 'matig tot hoog recidiverisico', moet het bolletje waar 'ja' bij staat aangekruist worden. Dit betekent dat wanneer sprake is van dit criterium de interventie van de 'ja' kolom geschikt is.*

- *Let op: niet alle criteria vormen een indicatie- of contra-indicatiecriterium. Bijvoorbeeld: Wanneer er sprake is van een forensisch kader vult met 'ja' in bij MST/FFT. Dit betekent dat deze interventies dan geschikt zijn, echter kan MST/FFT ook ingezet worden in een niet-forensisch kader. Bij elke criterium moet vanuit de casus gedacht worden: 'is er in deze casus sprake van...?' ja of nee.*
- *Let op: bij enkele bolletjes in de kolom 'andere intensieve ambulante gezinsinterventies' staat tussen haakjes 'afhankelijk van interventie' achter de 'ja' of 'nee'. Dit betekent dat het afhankelijk is van de interventie of dit criterium een indicatie of contra-indicatie vormt.*
- Beoordeel de kruisjes in beide kolommen. Wanneer MST/FFT een geschikte interventie lijkt (met name kruisjes in de MST/FFT kolom), ga dan door naar stap 2.
  - *Let op: de beoordeling kent geen weging, er hoeft geen sprake te zijn van een bepaald aantal criteria om MST/FFT te indiceren. Het gaat om een professioneel oordeel op basis van de aanwezige criteria en de combinatie daarvan. Wel vormen de criteria B8 en B9 in de regel een contra-indicatie voor MST en FFT en wegen dus zwaarder. Het criterium B10 vormt een belangrijk onderscheid tussen MST en FFT.*
- Beoordeel de criteria in stap 2 op dezelfde manier.

*Indien na het beoordelen van de formele criteria zowel MST als FFT geschikt lijkt, worden de inhoudelijke criteria beoordeeld. Het uitgangspunt daarbij is dat FFT wordt ingezet, tenzij op basis van de inhoudelijke criteria MST duidelijk de voorkeur heeft. Ook hier gaat het om een professioneel oordeel op basis van de aanwezige criteria en de combinatie daarvan.*
- Zowel bij stap 1 als bij stap 2 kan een toelichting gegeven worden in de daarvoor bestemde ruimte.
- Vorm een eindoordeel over de meest aangewezen vorm van hulp.



Box 2 Gebruik checklist visueel



- > Stappen die in de checklist zitten
- - -> Stappen die niet in de checklist zitten

## Checklist MST/FFT

Stap 1	Andere ambulante gezinsinterventies <sup>7</sup>	MST/FFT
<b>A. Formele criteria</b>		
Jongere < 11 jaar	<i>Ja (afhankelijk van interventie)</i>	<i>Nee</i>
Forensisch kader	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
<b>B. Inhoudelijke kerncriteria</b>		
Matig tot ernstig delinquent/ antisociaal gedrag	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Matig tot hoog recidiverisico	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Ernstige of complexe gezinsproblemen en/of relatieproblemen	<i>Nee</i>	<i>Ja</i> <sup>8</sup>
Problematiek op verschillende leefdoeinen	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Psychopathologie	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Veiligheidsrisico's voor jongere zelf en/of omgeving	<i>Nee</i>	<i>Ja</i> <sup>9</sup>
Motivatie voor hulp ontbreekt bij jongere en ouders	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
(Zwaardere) stoornis autistisch spectrum	<i>Ja (afhankelijk van interventie)</i>	<i>Nee</i>
Verslavingsproblematiek als substantieel probleem	<i>Ja (afhankelijk van interventie)</i> <sup>10</sup>	<i>Nee</i>
Jongere maakt (op korte termijn) deel uit van het gezinssysteem	<i>Nee (afhankelijk van interventie)</i>	<i>Ja</i>
Toelichting:		

<sup>7</sup> Bijvoorbeeld: MDFT, Families First, Ambulante spoedhulp, IOG, IOG-EV

<sup>8</sup> Wanneer er totaal geen grip is op (leiding op of contact is met) de jongere en/of het gezin moet gedacht worden aan een vorm van (dag)klinische behandeling (forensisch of verslavingszorg) of gesloten jeugdzorg of justitiële jeugdinstelling alvorens een ambulante gezinsinterventie kan worden ingezet.

<sup>9</sup> Bij acute veiligheidsrisico's waarbij de veiligheid totaal niet gewaarborgd kan worden, moet gedacht worden aan uithuisplaatsing. Bij zeer onveilig delinquent gedrag van de jongere moet aan een vorm van (dag)klinische behandeling (forensisch of verslavingszorg) of gesloten jeugdzorg of justitiële jeugdinstelling worden gedacht alvorens een ambulante gezinsinterventie kan worden ingezet.

<sup>10</sup> Als er sprake is van zeer ernstig middelengebruik moet gedacht worden aan een vorm van klinische behandeling in de verslavingszorg (detoxificatie), alvorens een ambulante gezinsinterventie kan worden ingezet.



## Stap 2

### A. Formele criteria

Leeftijd en IQ	In te zetten interventie
A. Jongere > 17,5 jaar + IQ > 70	<i>FFT</i>
B. Jongere > 17,5 jaar + IQ 55-70	<i>FFT</i>
C. Jongere <17,5 jaar + IQ 55-70	<i>FFT</i>
D. Jongere < 17,5 jaar + IQ > 70	<i>MST of FFT</i>

### B. Inhoudelijke kerncriteria

Indien jongere <17,5 jaar en IQ>70 (optie D), dan:

#### **FFT, tenzij**

Actieve tegenwerking jongere

Jongere maakt naar verwachting binnen 2 sessies nog geen deel uit van gezinssysteem (maar wel max. 2 weken na start)

Ernstig delinquent/ antisociaal gedrag, in combinatie met<sup>11</sup>:

Hoog recidiverisico

Ernstige pedagogische onmacht in combinatie met problemen in andere systemen<sup>12</sup>

Hoge mate van veiligheidsrisico's<sup>13</sup>

Toelichting:

<sup>11</sup> Het gaat om ernstig delinquent/ antisociaal gedrag in combinatie met een hoog recidiverisico, ernstige pedagogische onmacht in combinatie met problemen in andere systemen en/of een hoge mate van veiligheidsrisico's.

<sup>12</sup> Zie voetnoot 4

<sup>13</sup> Zie voetnoot 5



## Toelichting op de criteria

### Stap 1 Criteria onderscheidend voor MST/FFT versus andere ambulante intensieve gezinsinterventies

#### Formele criteria

<b>Criterium 1</b>	<b>Jongere &lt; 11 jaar</b>
<b>Toelichting</b>	Voor MST en FFT moeten jongeren minimaal 11 jaar oud zijn. Afhankelijk van de instelling wordt ook wel eens de ondergrens van 10 of van 12 jaar aangehouden. Sommige andere ambulante gezinsinterventies kunnen ook bij jongere kinderen ingezet worden (bijvoorbeeld Families First, ambulante spoedhulp, IOG, IOG-EV).
<b>Criterium 2</b>	<b>Forensisch kader</b>
<b>Toelichting</b>	MST en FFT worden geregeld ingezet in een forensisch kader. Doorgaans ligt een justitiële beslissing (zowel civiel- als strafrechtelijk) aan ten grondslag en wordt de behandeling in het kader van dwang opgelegd. Wel is het mogelijk om MST en FFT in een vrijwillig kader in te zetten.

#### Inhoudelijke kerncriteria

<b>Criterium 3</b>	<b>Matig tot ernstig delinquent/ antisociaal gedrag</b>
<b>Toelichting</b>	<p>Matig of ernstig?</p> <p><i>Matig</i> delinquent/antisociaal gedrag: het probleemgedrag is tot op zekere hoogte aanwezig, is niet ernstig of heeft matige schade veroorzaakt.</p> <p><i>Ernstig</i> delinquent/antisociaal gedrag: probleemgedrag is uitdrukkelijk aanwezig, is ernstig of heeft grote schade veroorzaakt. Lichte delicten zijn o.a.: vandalisme, winkeldiefstal, het dragen van een wapen, deelname aan een vechtpartij en Ernstige delicten zijn o.a.: inbraak, diefstal van fiets of auto, auto-inbraak, beroving, bedreiging, mishandeling en drugshandel.</p> <p>Bij de beoordeling van de ernst spelen de volgende overwegingen: Abnormaliteit gedrag (bv. niet passend bij de leeftijd, komt frequent voor, lange duur, komt in veel situaties voor etc.)</p> <p>Bijdragende factoren (risico- en protectieve factoren in het kind, gezin, omgeving)</p> <p>Gevolgen probleemgedrag (voor de ontwikkeling van de jeugdige, voor de omgeving etc.)</p> <p>Kwaliteit van leven (leefomstandigheden en welbevinden van de jongere)</p> <p>Bij MST en FFT gaat het om matige tot ernstige, complexe (externaliserende) gedragsproblemen op grond waarvan de jongere met de justitie in aanraking komt. De gedragsproblemen kunnen een meer openlijk of een meer heimelijk karakter hebben.</p>





	<p><i>Openlijke gedragsproblemen:</i> pesten, tiranniseren, vechten, beroving, verkrachting.</p> <p><i>Heimelijke gedragsproblemen:</i> liegen, stelen, inbraak, brandstichten, aanzetten tot of profiteren van antisociaal gedrag van anderen, fraude.</p> <p>De gedragsproblemen kunnen zich ook uiten in ernstige vormen van oppositioneel gedrag zoals chronisch spijbelen of weglopen van huis.</p> <p><i>Om de ernst van de problematiek te beoordelen kan de STEP gebruikt worden.</i></p>
--	---

<b> criterium 4</b>	<b> Matig tot hoog recidiverisico</b>
<b> Toelichting</b>	<p>Het recidiverisico is in te schatten door risicofactoren en beschermende factoren in kaart te brengen die een veronderstelde directe samenhang hebben met het recidiverisico. Het recidiverisico kan in verschillende maten aanwezig zijn.</p> <p>Matig: tot op zeker hoogte aanwezig, is niet ernstig en/of heeft matige schade veroorzaakt</p> <p>Hoog: uitdrukkelijk aanwezig, is ernstig en/of heeft grote schade veroorzaakt</p> <p>Persistent antisociaal en/of ernstig oppositioneel gedrag waarbij sprake is van gedrag dat ingrijpen door de overheid in een justitieel kader of civielrechtelijk kader noodzakelijk maakt vormt een sterke en onderbouwde aanwijzing voor een verhoogd risicorecive.</p> <p><i>Om te beoordelen of sprake is van een laag, matig of hoog risico op recidive van het delinquente, antisociale gedrag kan bijvoorbeeld de Waagschaal Jeugd of de Washington State Juvenile Court Screen als risicotaxatie-instrument dienen.</i></p>

<b> criterium 5</b>	<b> Ernstige of complexe gezinsproblemen en/of relatieproblemen</b>
<b> Toelichting</b>	<p>Bij MST en FFT gaat het om gezinnen die kampen met ernstige of complexe problemen op het gebied van het voeren van een huishouding, individuele ontwikkeling van afzonderlijke gezinsleden, relaties en communicatie tussen gezinsleden en/of de opvoeding. Bij deze gezinnen kan sprake zijn van:</p> <p>Fors tekort schietende opvoedkundige vaardigheden van ouders (opvoedingsonmacht);</p> <p>Desorganisatie in het gezin;</p> <p>Forse problemen bij ouders zoals middelengebruik of psychiatrische problematiek;</p> <p>Ouders zijn onderling zeer verdeeld over de opvoeding;</p> <p>Veel opvoedingsstress bij ouders; zowel op ouder- als op kinddomein aanzienlijke/ernstige problemen;</p> <p>Gezinnen met het label ‘ongemotiveerd, ‘vol weerstand’ en ‘disfunctioneel communicerend’;</p> <p>Problematische gezinsrelaties.</p>



	Wanneer er totaal geen grip is op (leiding op of contact is met) de jongere en/of het gezin moet gedacht worden aan gesloten jeugdzorg. <i>Om de ernst van de problematiek te beoordelen kan de STEP gebruikt worden.</i>
<b>Criterion 6</b>	<b>Problematiek op verschillende leefdomeinen</b>
<b>Toelichting</b>	De problemen en risicofactoren van de jongere doen zich voor in verschillende systemen: de jongere zelf, het gezin, de vriendengroep, de school en omgeving.
<b>Criterion 7</b>	<b>Psychopathologie</b>
<b>Toelichting</b>	Het hebben van een of meerdere psychische stoornissen zoals een gedragsstoornis, ADHD, middelenafhankelijkheid, depressie, angststoornis, ontwikkelingsstoornis, bedreigende persoonlijkheidsontwikkeling, etc. Ernstige primaire psychiatrische problematiek waarvoor crisisinterventie in de vorm van opname of dagbehandeling nodig is, is veelal een contra-indicatie voor ambulante gezinsinterventies. Het gaat hier om jongeren met psychotische symptomen, suïcidaal en/of homocidaal gedrag en jongeren met psychiatrische stoornissen als een stemmingsstoornis, aandachtsstoornis of schizofrenie.
<b>Criterion 8</b>	<b>Veiligheidsrisico's voor jongere zelf en/of omgeving</b>
<b>Toelichting</b>	MST en FFT kunnen ingezet worden in situaties waar veiligheidsrisico's voor de jongere, het gezin en/of zijn omgeving aanwezig zijn. Wel moet de veiligheid met de inzet van MST of FFT voldoende gewaarborgd kunnen worden.
<b>Criterion 9</b>	<b>Motivatie voor hulp ontbreekt bij jongere en ouders</b>
<b>Toelichting</b>	Bij MST en FFT hoeven de jongere en de ouders niet gemotiveerd te zijn voor hulp. Als de jongere weigert om in gezinssessies met de ouders samen te werken of andersom, is dit een contra-indicatie voor MST en FFT. Bij ouders en jongeren die <b>wel</b> gemotiveerd zijn voor hulp kunnen MST en FFT overigens ook ingezet worden. Bij de meeste andere ambulante gezinsinterventies, MDFT uitgezonderd, moeten ouders en jongere wel een bepaalde mate van motivatie hebben.
<b>Criterion 10</b>	<b>(Zwaardere) stoornis autistisch spectrum</b>
<b>Toelichting</b>	Het hebben van een (zware) stoornis in het autistisch spectrum (de Autistische Stoornis, de stoornis van Rett, Stoornis van Asperger en PDD-NOS, etc.) vormt in de regel een contra-indicatie voor de inzet van MST en FFT. Bij andere ambulante gezinsinterventies hangt dit af van de interventie.
<b>Criterion 11</b>	<b>Verslavingsproblematiek als substantieel probleem</b>



<b>Toelichting</b>	Wanneer verslavingsproblematiek een substantieel probleem van de jongere vormt, zijn MST en FFT minder geschikt. Wel kan verslaving een onderdeel vormen van de problematiek de jongere. Andere ambulante gezinsinterventies zijn veelal ook niet geschikt wanneer verslavingsproblematiek het hoofdprobleem is. Hierop vormt MDFT een uitzondering; deze is met uitstek geschikt voor deze doelgroep.
--------------------	--

<b>Criterium 12</b>	<b>Jongere maakt geen deel meer uit van gezinssysteem</b>
<b>Toelichting</b>	Om MST of FFT in te zetten moet de jongere (op korte termijn) deel uitmaken van het gezinssysteem. Bij andere ambulante gezinsinterventies is dit afhankelijk van de interventie.

## **Stap 2 Criteria onderscheidend voor MST versus FFT**

### Formele criteria

<b>Criterium 1</b>	<b>Leeftijd en IQ</b>
<b>Toelichting</b>	MST kan alleen ingezet worden als de jongere jonger is dan 17,5 jaar en een IQ boven de 70 heeft. FFT kan ingezet worden bij jongeren tot en met 21 jaar en er worden geen grenzen gesteld aan een minimum IQ. De ondergrens die gehanteerd wordt, kan wisselen per instelling. Wel moet verbale communicatie mogelijk zijn.

### Inhoudelijke kerncriteria

<b>Criterium 2</b>	<b>Actieve tegenwerking jongere</b>
<b>Toelichting</b>	De jongere is geheel ongemotiveerd om aan de behandeling te beginnen en zal deze actief tegenwerken (o.a. niet praten, niet aanwezig zijn).

<b>Criterium 3</b>	<b>Jongere maakt naar verwachting binnen 2 sessie nog geen deel uit van het gezinssysteem (maar wel max. 2 weken na start)</b>
<b>Toelichting</b>	<b>FFT:</b> jongere maakt na maximaal 2 sessies weer deel uit van het gezin. <b>MST:</b> jongere maakt maximaal 2 weken na start weer deel uit van het gezin.

<b>Criterium 4</b>	<b>Ernst delinquent/ antisociaal gedrag</b>
<b>Toelichting</b>	<b>MST:</b> Er moet sprake zijn van <i>ernstig</i> antisociaal probleemgedrag. Typerend voor deze gedragsproblemen is dat ze zich op meerdere levensgebieden voordoen, een chronisch karakter hebben en dermate complex zijn dat een uithuisplaatsing of een plaatsing in een justitiële jeugdinstelling aan de orde is. <b>FFT:</b> Er kan sprake zijn van <i>ernstig dan wel minder ernstig</i> probleemgedrag.



	<p>Matig of ernstig?</p> <p><i>Matig</i> delinquent/antisociaal gedrag: het probleemgedrag is tot op zekere hoogte aanwezig, is niet ernstig of heeft matige schade veroorzaakt.</p> <p><i>Ernstig</i> delinquent/antisociaal gedrag: probleemgedrag is uitdrukkelijk aanwezig, is ernstig of heeft grote schade veroorzaakt.</p> <p>Lichte delicten zijn o.a.: vandalisme, winkeldiefstal, het dragen van een wapen, deelname aan een vechtpartij en</p> <p>Ernstige delicten zijn o.a.: inbraak, diefstal van fiets of auto, auto-inbraak, beroving, bedreiging, mishandeling en drugshandel.</p> <p>Bij de beoordeling van de ernst spelen de volgende overwegingen: Abnormaliteit gedrag (bv. niet passend bij de leeftijd, komt frequent voor, lange duur, komt in veel situaties voor etc.)</p> <p>Bijdragende factoren (risico- en protectieve factoren in het kind, gezin, omgeving)</p> <p>Gevolgen probleemgedrag (voor de ontwikkeling van de jeugdige, voor de omgeving etc.)</p> <p>Kwaliteit van leven (leefomstandigheden en welbevinden van de jongere)</p> <p><i>NB.</i> Bij MST gaat het om ernstig delinquent/ antisociaal gedrag in combinatie met:</p> <p>Hoog recidiverisico</p> <p>Ernstige pedagogische onmacht in combinatie met problemen in andere systemen</p> <p>Hoge mate van veiligheidsrisico's.</p> <p><i>Bovengenoemde criteria hoeven niet altijd allemaal aanwezig te zijn. Gekeken naar de combinatie van problemen wordt ingeschat of de doelen sneller en beter met MST dan wel FFT behaald kunnen worden. De professional/ het team beoordeelt hoe zwaar de criteria en de combinatie van criteria bij individuele casuïstiek wegen.</i></p>
--	--

<b>Criterium 5</b>	<b>Recidiverisico</b>
<b>Toelichting</b>	<p>Het recidiverisico is in te schatten door risicofactoren en beschermende factoren in kaart te brengen die een veronderstelde directe samenhang hebben met het recidiverisico. Risicofactoren kunnen in verschillende maten aanwezig zijn.</p> <p>Matig: tot op zeker hoogte aanwezig, is niet ernstig en/of heeft matige schade veroorzaakt</p> <p>Hoog: uitdrukkelijk aanwezig, is ernstig en/of heeft grote schade veroorzaakt</p> <p>Persistent antisociaal en/of ernstig oppositioneel gedrag waarbij sprake is van gedrag dat ingrijpen door de overheid in een justitieel kader of civielrechtelijk kader noodzakelijk maakt vormt een sterke en onderbouwde aanwijzing voor een verhoogd risicorecidue.</p> <p><i>Om te beoordelen of sprake is van een hoog risico op recidue van het delinquente, antisociale gedrag kan de Waagschaal Jeugd of de</i></p>



	<i>Washington State Juvenile Court Screen als risicotaxatie-instrument worden ingezet.</i>
<b> criterium 6</b>	<b> Ernstige pedagogische onmacht in combinatie met problemen in andere systemen</b>
<b> Toelichting</b>	MST moet overwogen worden wanneer sprake is van ernstige pedagogische onmacht in combinatie met tenminste 3 van de 6 onderstaande aspecten: Hoge mate van desorganisatie in het gezin Geen sociaal netwerk Geen toezicht Geen pedagogische vaardigheden ouders ‘Zuigende’ deviante peergroep Schoolproblemen
<b> criterium 7</b>	<b> Mate van veiligheidsrisico’s</b>
<b> Toelichting</b>	Bij een hoge mate van veiligheidsrisico’s voor de jongere, het gezin of de omgeving moet residentiële behandeling/24-uurszorg overwogen worden. MST kan dienen als vervanging van (gesloten/besloten) residentiële behandeling/ 24-uurszorg/ klinische behandeling, FFT niet.



## Bijlage VII Bestaande instrumenten

Voorbeelden van bestaande instrumenten die input kunnen geven bij het verzamelen, ordenen van informatie voor het beoordelen van de criteria behorende bij de ‘checklist MST/FFT’

<b>Stap 1</b>	
<b>Criterion B3</b>	Waagschaal Jeugd, Washington State, Tijdelijk Risicotaxatie Instrument Jeugdreclassering, STEP, GCT, CBCL, YSR, SPsy (BARO/SAVRY), Euro Adat
<b>Criterion B4</b>	Waagschaal jeugd, Washington State, Tijdelijk Risicotaxatie Instrument Jeugdreclassering. Euro Adat
<b>Criterion B5</b>	STEP, Washington State, Waagschaal Jeugd, Tijdelijk Risicotaxatie Instrument Jeugdreclassering, Euro Adat, GCT, NOSI, SPsy
<b>Criterion B6</b>	Waagschaal jeugd, Washington State, Tijdelijk Risicotaxatie Instrument Jeugdreclassering, Euro Adat, STEP, GCT, SPsy
<b>Criterion B8</b>	De Waagschaal Jeugd, Washington State, Tijdelijk Risicotaxatie Instrument Jeugdreclassering, Euro Adat, STEP, (BARO, SAVRY)
<b>Criterion B10</b>	Washington State, Tijdelijk Risicotaxatie Instrument Jeugdreclassering, Euro Adat, STEP, GCT, (BARO)
<b>Criterion B11</b>	Washington State, Tijdelijk Risicotaxatie Instrument Jeugdreclassering, Euro Adat, STEP, GCT, (BARO)
<b>Criterion B12</b>	GCT



## Bijlage VIII Concept Checklist MST/FFT/MDFT (inclusief toelichting)

### Introductie op de checklist

#### Doel

Deze checklist<sup>14</sup> dient ter ondersteuning en onderbouwing van de afweging om bij individuele casuïstiek waar een ambulante intensieve gezininterventie nodig is, om MST, FFT, MDFT of een andere ambulante gezinsinterventie in te zetten. De checklist kan een leidraad zijn voor de informatieverzameling en ondersteunt de besluitvorming in de casuïstiekbespreking of het teamoverleg.

#### Ontwikkeling

Op basis van de checklist MST/FFT is de checklist MST/FFT/MDFT ontstaan. Aan de checklist MST/FFT, de eerste versie, is MDFT toegevoegd aangezien de doelgroep van MDFT grotendeels overeenkomt met MST en FFT. De checklist MST/FFT is ontwikkeld op basis van bestaande documentatie en (onderzoeks)literatuur over MST en FFT en de praktijkkennis en ervaring van Nederlandse experts. De checklist is dus gebaseerd op beschikbare empirische kennis en op practice-based evidence. Deze checklist is uitgetoetst in een pilot. Voor de checklist MST/FFT/MDFT is naast bovengenoemde documentatie en (onderzoeks)literatuur ook gebruik gemaakt van de documentatie en (onderzoeks)literatuur over MDFT<sup>15</sup>. De checklist MST/FFT/MDFT zal wat betreft inhoud en bruikbaarheid nog getoetst en mogelijk aangepast moeten worden. Ook zal de checklist in de toekomst op basis van nieuwe (wetenschappelijke) inzichten aangepast kunnen worden.

#### Gebruik

De checklist wordt gebruikt als ondersteunend hulpmiddel bij de indicatiestelling door het bureau jeugdzorg en/of de zorgaanbieder. De checklist is bedoeld voor casussen waar een ambulante intensieve gezinsinterventie wordt overwogen zowel in een forensisch als niet-forensisch kader. De checklist is geen objectief meetinstrument, maar biedt aandachtspunten en richtlijnen ter ondersteuning van de professionele beoordeling en besluitvorming.

De checklist kan ingezet worden bij het ordenen van beschikbare informatie, de beoordeling van de casus en de besluitvorming in het team over de benodigde hulp (zie box 1). De checklist is niet bedoeld voor het verzamelen van relevante informatie; daarvoor zijn andere instrumenten<sup>16</sup> beschikbaar (bijvoorbeeld de STEP -Standaard Taxatie Ernst Problematiek-).

---

<sup>14</sup> Deze checklist is te downloaden op [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

<sup>15</sup> Zie [www.mdft.nl](http://www.mdft.nl)

<sup>16</sup> Zie ook bijlage II

Box 1 Inzet checklist in het besluitvormingsproces

<b>Doel</b>	<b>Activiteit</b>	<b>Benodigdheden</b>	<b>Toelichting</b>
<b>Informatie ordenen en beoordelen</b>	Beoordelen criteria a.d.h.v de casus	Checklist+bijlage Dossier STEP Eventuele andere instrumenten	De checklist en de bijlage dienen ter ondersteuning van het ordenen en beoordelen van relevante informatie. Het invullen van de checklist vindt plaats na het invullen van de STEP in zaken waarin een ambulante intensieve gezinsinterventie wordt overwogen
<b>Afweging maken (besluit)</b>	Afweging maken in team a.d.h.v. de verzamelde of al beschikbare informatie	Checklist + bijlage	De ingevulde checklist kan het team of zorgaanbieder helpen de afweging MST, FFT, MDFT dan wel andere ambulante intensieve gezinsinterventie in te zetten

De checklist bestaat uit een overzicht van criteria die onderscheidend zijn voor MST/FFT/MDFT versus andere ambulante intensieve gezinsinterventies en criteria die onderscheidend zijn voor MST, FFT en MDFT. Een aanvullende bijlage (bijlage I) bevat een toelichting op de in de checklist genoemde criteria. Het is belangrijk deze toelichting vooraf goed te lezen in verband met eenheid van taal en een juiste beoordeling van de criteria. Een kort overzicht van bruikbare bestaande instrumenten die input kunnen leveren voor de beoordeling van criteria is opgenomen in bijlage VII. Dit betreft verschillende instrumenten; het is afhankelijk van de professional zelf en zijn werklocatie of een bepaald instrument ingezet mag en kan worden.

De uiteindelijke afweging over de benodigde hulp is een professioneel oordeel op basis van de beoordeling van de criteria uit de checklist. De checklist is puur ondersteunend voor deze professionele oordeelsvorming en kent geen weging of verplichting tot gebruik. Wel raden we aan de checklist in ieder geval te gebruiken bij complexe casuïstiek, bij twijfelgevallen en bij het inwerken van nieuwe collega's.

De checklist dient ter ondersteuning van het stellen van de meest wenselijke indicatie. Vervolgens moet gekeken worden naar het pragmatische criterium of het aanbod ook aanwezig en (direct) beschikbaar is.



## Opzet

De checklist bestaat uit twee stappen: eerst worden formele en inhoudelijke criteria weergegeven om te beoordelen of MST/FFT/MDFT of een andere ambulante intensieve gezinsinterventies aangewezen is. Stap 1 maakt inzichtelijk of MST/FFT een goede vorm van hulp is of dat naar andere ambulante intensieve gezinsinterventies gekeken moet worden. De checklist maakt niet inzichtelijk welke andere ambulante gezinsinterventie geschikt is. Wanneer MST, FFT of MDFT aangewezen is, volgen in stap 2 criteria om te beoordelen welke van de drie interventies het beste aansluit bij de problematiek van de jongere (zie box 2). Voor zorgaanbieders zal met name stap 2 relevant zijn.

- Stap 1: Criteria onderscheidend voor MST/FFT/MDFT versus andere ambulante intensieve gezinsinterventies
- Stap 2: Criteria onderscheidend voor MST, FFT en MDFT

## Instructie

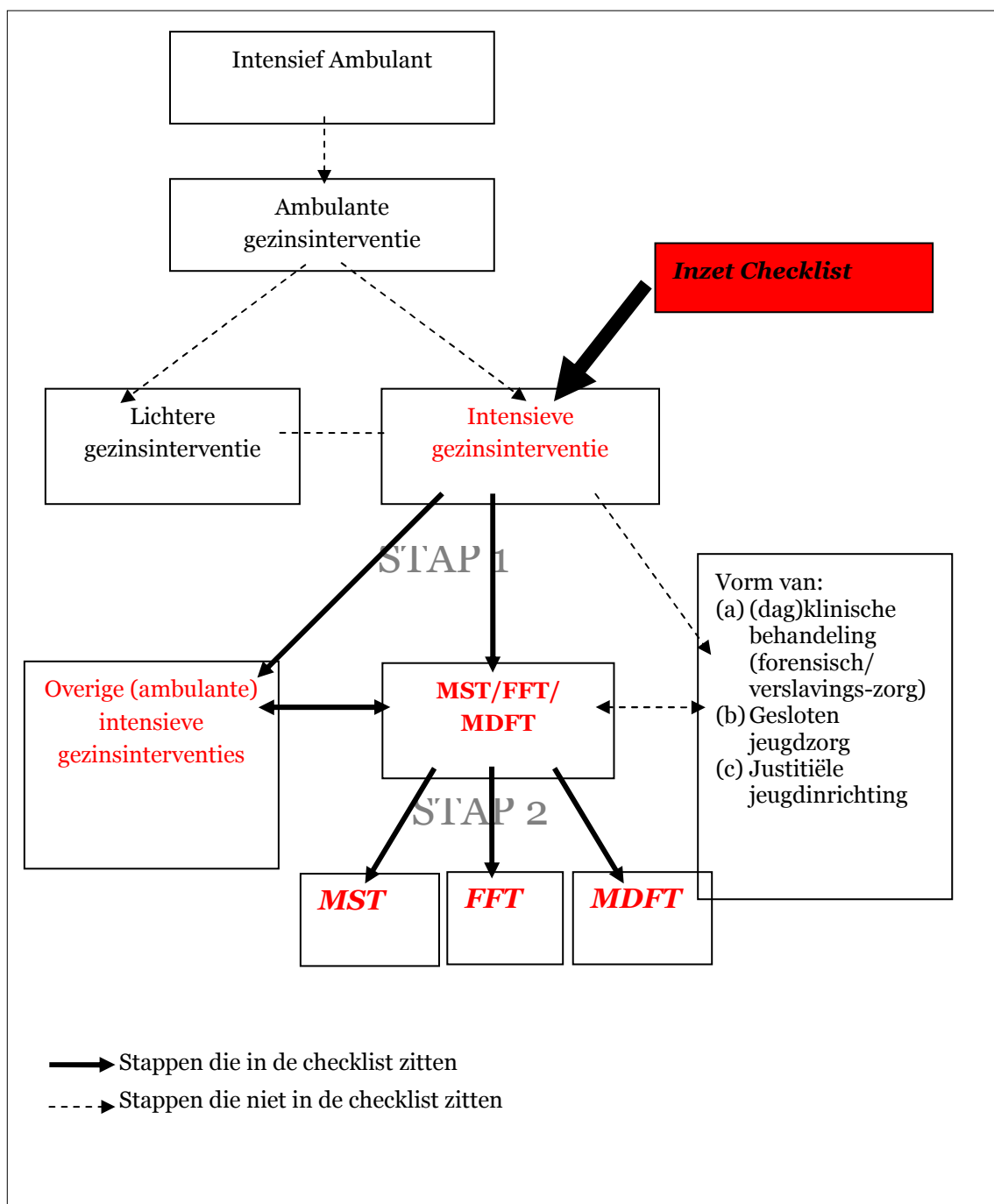
De checklist bestaat uit twee stappen. Volg bij het invullen van de checklist de volgende instructies:

- Begin met stap 1 en start met de formele criteria. Als hieruit volgt dat MST/FFT/MDFT nog een optie is, ga dan verder met de inhoudelijke criteria.
- Beoordeel de casus aan de hand van de inhoudelijke criteria. Kruis aan welk antwoord ('Ja' of 'Nee') van toepassing zijn.  
*Indien bijvoorbeeld sprake is van 'matig tot hoog recidiverisico', moet het bolletje waar 'ja' bij staat aangekruist worden. Dit betekent dat wanneer sprake is van dit criterium de interventie van de 'ja' kolom geschikt is.*
  - *Let op: niet alle criteria vormen een indicatie- of contra-indicatiecriterium. Bijvoorbeeld: Wanneer er sprake is van een forensisch kader vult met 'ja' in bij MST/FFT/MDFT. Dit betekent dat deze interventies dan geschikt zijn, echter kan MST/FFT/MDFT ook ingezet worden in een niet-forensisch kader. Bij elke criterium moet vanuit de casus gedacht worden: 'is er in deze casus sprake van...?' ja of nee.*
  - *Let op: bij enkele bolletjes staat tussen haakjes 'afhankelijk van interventie' achter de 'ja' of 'nee'. Dit betekent dat het afhankelijk is van de interventie of dit criterium een indicatie of contra-indicatie vormt.*
- Beoordeel de kruisjes in beide kolommen. Wanneer MST/FFT/MDFT een geschikte interventie lijkt (met name kruisjes in de MST/FFT/MDFT kolom), ga dan door naar stap 2.
  - *Let op: de beoordeling kent geen weging, er hoeft geen sprake te zijn van een bepaald aantal criteria om MST/FFT/MDFT te indiceren. Het gaat om een professioneel oordeel op basis van de aanwezige criteria en de combinatie factoren daarvan. Wel vormt het criterium B10 een contra-indicatie voor MST/FFT/MDFT en weegt dus zwaarder. Het criterium B11 vormt een belangrijk onderscheid tussen MDFT of FFT/MST, het criterium B12 vormt een belangrijk onderscheid tussen MST/MDFT of FFT.*
- Beoordeel de criteria in stap 2 op dezelfde manier.  
*Indien na het beoordelen van de formele criteria zowel FFT als MST en/of MDFT geschikt lijkt, worden de inhoudelijke criteria beoordeeld. Het uitgangspunt daarbij is dat FFT wordt ingezet, tenzij op basis van de inhoudelijke criteria MST of MDFT duidelijk de*

voorkeur heeft. Ook hier gaat het om een professioneel oordeel op basis van de aanwezige criteria en de combinatie factoren daarvan.

- Zowel bij stap 1 als bij stap 2 kan een toelichting gegeven worden in de daarvoor bestemde ruimte.
- Vorm een eindoordeel over de meest aangewezen vorm van hulp.

Box 2 Gebruik checklist visueel



## Checklist MST/FFT/MDFT (concept)

Stap 1	Andere ambulante gezinsinterventies <sup>17</sup>	MST/FFT/MDFT
<b>A. Formele criteria</b>		
Jongere < 11 jaar	<i>Ja (afhankelijk van interventie)</i>	<i>Nee</i> <sup>18</sup>
Forensisch kader	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
<b>B. Inhoudelijke kerncriteria</b>		
Matig tot ernstig delinquent/ antisociaal gedrag	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Matig tot hoog recidiverisico	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Ernstige of complexe gezinsproblemen en/of relatieproblemen	<i>Nee</i>	<i>Ja</i> <sup>19</sup>
Problematiek op verschillende leefdomeinen	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Psychopathologie	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
Veiligheidsrisico's voor jongere zelf en/of omgeving	<i>Nee</i>	<i>Ja</i> <sup>20</sup>
Motivatie voor hulp ontbreekt bij jongere en ouders	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
(Zwaardere) stoornis autistisch spectrum	<i>Ja (afhankelijk van interventie)</i>	<i>Nee</i>
Verslavingsproblematiek als substantieel probleem	<i>Nee</i>	<i>Ja (afhankelijk van interventie)</i> <sup>21</sup>
Jongere maakt (op korte termijn) deel uit van het gezinssysteem	<i>Nee (afhankelijk van interventie)</i>	<i>Ja</i>
Toelichting:		

<sup>17</sup> Bijvoorbeeld: Families First, Ambulante Spoedhulp, IOG, IOG-EV.

<sup>18</sup> Er bestaan versies van MDFT (MDFT Preventief en Engaging Moms) die ook bij kinderen jonger dan 11 jaar kunnen worden ingezet.

<sup>19</sup> Wanneer er totaal geen grip is op (leiding op of contact is met) de jongere en/of het gezin moet gedacht worden aan een vorm van (dag)klinische behandeling (forensisch of verslavingszorg) of gesloten jeugdzorg of justitiële jeugdinrichting alvorens een ambulante gezinsinterventie kan worden ingezet.

<sup>20</sup> Bij acute veiligheidsrisico's waarbij de veiligheid totaal niet gewaarborgd kan worden, moet gedacht worden aan uithuisplaatsing. Bij zeer onveilig delinquent gedrag van de jongere moet aan een vorm van (dag)klinische behandeling (forensisch of verslavingszorg) of gesloten jeugdzorg of justitiële jeugdinrichting worden gedacht alvorens een ambulante gezinsinterventie kan worden ingezet.

<sup>21</sup> Als er sprake is van zeer ernstig middelengebruik moet gedacht worden aan een vorm van klinische behandeling in de verslavingszorg (detoxificatie), alvorens een ambulante gezinsinterventie kan worden ingezet.



## Stap 2

### A. Formele criteria

Leeftijd en IQ	In te zetten interventie
Jongere > 17,5 jaar + IQ > 70	<i>FFT of MDFT</i>
Jongere > 17,5 jaar + IQ 55-70	<i>FFT</i>
Jongere < 17,5 jaar + IQ 55-70	<i>FFT</i>
Jongere < 17,5 jaar + IQ > 70	<i>MST, FFT of MDFT</i>

### B. Inhoudelijke kerncriteria

*Indien optie A of D, dan:*

**FFT, tenzij**

Actieve tegenwerking jongere

Jongere maakt naar verwachting binnen 2 sessies nog geen deel uit van gezinssysteem (maar wel max. 2 weken na start)

Ernstig delinquent/ antisociaal gedrag, in combinatie met<sup>22</sup>:

Hoog recidiverisico

Ernstige pedagogische onmacht in combinatie met problemen in andere systemen<sup>23</sup>

Hoge mate van veiligheidsrisico's<sup>24</sup>

*Bij optie D: MDFT in plaats van MST indien,*

Verslavingsproblematiek als substantieel probleem<sup>25</sup>

Toelichting:

<sup>22</sup> Het gaat om ernstig delinquent/ antisociaal gedrag in combinatie met een hoog recidiverisico, ernstige pedagogische onmacht in combinatie met problemen in andere systemen en/of een hoge mate van veiligheidsrisico's.

<sup>23</sup> Zie voetnoot 6

<sup>24</sup> Zie voetnoot 7

<sup>25</sup> Of ernstig versturende factor



## Toelichting op de criteria

### Stap 1 Criteria onderscheidend voor MST/FFT versus andere ambulante intensieve gezinsinterventies

#### Formele criteria

<b>Criterium 1</b>	<b>Jongere &lt; 11 jaar</b>
<b>Toelichting</b>	Voor MST, FFT en MDFT moeten jongeren minimaal 11 jaar oud zijn. Afhankelijk van de instelling wordt ook wel eens de ondergrens van 10 of van 12 jaar aangehouden. Voor MDFT bestaan versies (MDFT Preventief en Engaging Moms) die ook bij kinderen jongere dan 11 jaar kunnen worden ingezet. Sommige andere ambulante gezinsinterventies kunnen ook bij jongere kinderen ingezet worden (bijvoorbeeld Families First, ambulante spoedhulp, IOG, IOG-EV).
<b>Criterium 2</b>	<b>Forensisch kader</b>
<b>Toelichting</b>	MST, FFT en MDFT worden geregeld ingezet in een forensisch kader. Doorgaans ligt een justitiële beslissing (zowel civiel- als strafrechtelijk) aan ten grondslag en wordt behandeling in het kader van dwang opgelegd. De interventies worden soms (bij MDFT: geregeld) ook buiten een forensisch kader toegepast in de reguliere jeugdzorg, GGZ of verslavingszorg.

#### Inhoudelijke kerncriteria

<b>Criterium 3</b>	<b>Matig tot ernstig delinquent/ antisociaal gedrag</b>
<b>Toelichting</b>	Matig of ernstig? <i>Matig</i> delinquent/antisociaal gedrag: het probleemgedrag is tot op zekere hoogte aanwezig, is niet ernstig of heeft matige schade veroorzaakt. <i>Ernstig</i> delinquent/antisociaal gedrag: probleemgedrag is uitdrukkelijk aanwezig, is ernstig of heeft grote schade veroorzaakt. Lichte delicten zijn o.a.: vandalisme, winkeldiefstal, het dragen van een wapen, deelname aan een vechtpartij en Ernstige delicten zijn o.a.: inbraak, diefstal van fiets of auto, auto-inbraak, beroving, bedreiging, mishandeling en drugshandel. Bij de beoordeling van de ernst spelen de volgende overwegingen: Abnormaliteit gedrag (bv. niet passend bij de leeftijd, komt frequent voor, lange duur, komt in veel situaties voor etc.) Bijdragende factoren (risico- en protectieve factoren in het kind, gezin, omgeving) Gevolgen probleemgedrag (voor de ontwikkeling van de jeugdige, voor de omgeving etc.) Kwaliteit van leven (leefomstandigheden en welbevinden van de jongere)



Bij MST, FFT en MDFT gaat het om ernstige, complexe (externaliserende) gedragsproblemen op grond waarvan de jongere met de justitie in aanraking komt. De gedragsproblemen kunnen een meer openlijk of een meer heimelijk karakter hebben.

*Openlijke gedragsproblemen:* pesten, tiranniseren, vechten, beroving, verkrachting.

*Heimelijke gedragsproblemen:* liegen, stelen, inbraak, brandstichten, aanzetten tot of profiteren van antisociaal gedrag van anderen, fraude. De gedragsproblemen kunnen zich ook uiten in ernstige vormen van oppositioneel gedrag zoals chronisch spijbelen of weglopen van huis.

*Om de ernst van de problematiek te beoordelen kan de STEP gebruikt worden.*

<b> criterium 4</b>	<b> Matig tot hoog recidiverisico</b>
<b> Toelichting</b>	<p>Het recidiverisico is in te schatten door risicofactoren en beschermende in kaart te brengen die een veronderstelde directe samenhang hebben met het recidiverisico. Het risicorecieve kan in verschillende maten aanwezig zijn.</p> <p>Laag: niet aanwezig</p> <p>Matig: tot op zeker hoogte aanwezig, is niet ernstig en/ of heeft matige schade veroorzaakt</p> <p>Hoog: uitdrukkelijk aanwezig, is ernstig en/ of heeft grote schade veroorzaakt</p> <p>Persistent antisociaal en/of ernstig oppositioneel gedrag waarbij sprake is van gedrag dat ingrijpen door de overheid in een justitieel kader of civielrechtelijk kader noodzakelijk maakt vormt een sterke en onderbouwde aanwijzing voor een verhoogd risicorecieve.</p> <p><i>Om te beoordelen of sprake is van een laag, matig of hoog risico op recidive van het delinquente, antisociale gedrag kan de Waagschaal Jeugd of de Washington State Juvenile Court Screen als risicotaxatieinstrument worden ingezet.</i></p>

<b> criterium 5</b>	<b> Ernstige of complexe gezinsproblemen en/of relatieproblemen</b>
<b> Toelichting</b>	<p>Bij MST, FFT en MDFT gaat het om gezinnen die kampen met ernstige of complexe problemen op het gebied van het voeren van een huishouding, individuele ontwikkeling van afzonderlijke gezinsleden, relaties en communicatie tussen gezinsleden en/of de opvoeding. Bij deze gezinnen kan sprake zijn van:</p> <p>Fors tekort schietende opvoedkundige vaardigheden van ouders (opvoedingsonmacht);</p> <p>Desorganisatie in het gezin;</p> <p>Forse problemen bij ouders zoals middelengebruik of psychiatrische problematiek;</p> <p>Ouders zijn onderling zeer verdeeld over de opvoeding;</p> <p>Veel opvoedingsstress bij ouders: zowel op ouder- als op kinddomein</p>



	<p>aanzienlijke/ernstige problemen;          Gezinnen met het label ‘ongemotiveerd, ‘vol weerstand’ en ‘disfunctioneel communicerend’;          Problematische gezinsrelaties.          Wanneer er totaal geen grip is op (leiding op of contact is met) de jongere en/of het gezin moet gedacht worden aan gesloten jeugdzorg.  <i>Om de ernst van de problematiek te beoordelen kan de STEP gebruikt worden.</i></p>
--	--

<b> criterium 6</b>	<b> Problematiek op verschillende leefdomeinen</b>
<b> Toelichting</b>	De problemen en risicofactoren van de jongere doen zich voor in verschillende systemen: de jongere zelf, het gezin, de vriendengroep, de school en omgeving.

<b> criterium 7</b>	<b> Psychopathologie</b>
<b> Toelichting</b>	<p>Het hebben van een of meerdere psychische stoornissen zoals een gedragsstoornis, ADHD, middelenafhankelijkheid, depressie, angststoornis, ontwikkelingsstoornis, bedreigende persoonlijkheidsontwikkeling, etc.          Ernstige primaire psychiatrische problematiek waarvoor crisisinterventie in de vorm van opname of dagbehandeling nodig is, is veelal een contra-indicatie voor ambulante gezinsinterventies. Het gaat hier om jongeren met psychotische symptomen, suïcidaal en/of homocidaal gedrag en jongeren met psychiatrische stoornissen als een stemmingsstoornis, aandachtsstoornis of schizofrenie.</p>

<b> criterium 8</b>	<b> Veiligheidsrisico's voor jongere zelf en/of omgeving</b>
<b> Toelichting</b>	MST, FFT en MDFT kunnen ingezet worden in situaties waar veiligheidsrisico's voor de jongere, het gezin en/of zijn omgeving aanwezig zijn. Wel moet de veiligheid met de inzet van MST, FFT of MDFT voldoende gewaarborgd kunnen worden.

<b> criterium 9</b>	<b> Motivatie voor hulp ontbreekt bij jongere en ouders</b>
<b> Toelichting</b>	<p>Bij MST, FFT en MDFT hoeven de jongere en de ouders niet gemotiveerd te zijn voor hulp. Als de jongere weigert om in gezinssessies met de ouders samen te werken of andersom, is dit Actieve tegenwerking van ouders is wel een contra-indicatie voor MST en FFT maar niet voor MDFT (zie Criterium 3, Stap 2). Bij ouders en jongeren die wel gemotiveerd zijn voor hulp kunnen MST, FFT en MDFT overigens ook ingezet worden. Bij de meeste andere ambulante gezinsinterventies moeten ouders en jongere wel een bepaalde mate van motivatie hebben.</p>

<b> criterium 10</b>	<b> (Zwaardere) stoornis autistisch spectrum</b>
<b> Toelichting</b>	Het hebben van een (zware) stoornis in het autistisch spectrum (de Autistische Stoornis, de stoornis van Rett, Stoornis van Asperger en



	PDD-NOS, etc.) vormt in de regel een contra-indicatie voor de inzet van MST, FFT en MDFT. Zo is PPD-NOS geen absolute contra-indicatie voor MDFT, maar een 'bespreekpunt'. Bij andere ambulante intensieve gezinsinterventies hangt dit af van de interventie.
--	--

<b> criterium 11</b>	<b>Verslavingsproblematiek als substantieel probleem</b>
<b>Toelichting</b>	Wanneer verslavingsproblematiek een substantieel probleem van de jongere vormt, is MDFT geschikter dan MST en FFT. Wel kan verslaving bij MST en FFT een onderdeel vormen van de problematiek de jongere. Andere ambulante gezinsinterventies zijn veelal niet geschikt wanneer verslavingsproblematiek een substantieel probleem vormt.

<b> criterium 12</b>	<b>Jongere maakt geen deel meer uit van gezinssysteem</b>
<b>Toelichting</b>	Om MST, FFT of MDFT in te zetten moet de jongere (op korte termijn) deel uitmaken van het gezinssysteem. MDFT kan ook ingezet worden bij jongeren die bijvoorbeeld op kamers willen gaan wonen maar wel willen werken aan de relatie met gezinsleden. Bij andere ambulante gezinsinterventies is dit afhankelijk van de interventie.

## Stap 2 Criteria onderscheidend voor MST versus FFT

### Formele criteria

<b> criterium 1</b>	<b>Leeftijd en IQ</b>
<b>Toelichting</b>	MST kan alleen ingezet worden als de jongere jonger is dan 17,5 jaar en een IQ boven de 70 heeft. FFT kan ingezet worden bij jongeren tot en met 21 jaar en er worden geen grenzen gesteld aan een minimum IQ. De ondergrens die gehanteerd wordt, kan wisselen per instelling. Wel moet verbale communicatie mogelijk zijn. MDFT kan ingezet worden bij jongeren tot en met 21 jaar met een IQ boven de 70.

### Inhoudelijke kerncriteria

<b> criterium 2</b>	<b>Actieve tegenwerking jongere</b>
<b>Toelichting</b>	De jongere is geheel ongemotiveerd om aan de behandeling te beginnen en zal deze actief tegenwerken (o.a. niet praten, niet aanwezig zijn).
<b> criterium 3</b>	<b>Jongere maakt naar verwachting binnen 2 sessie nog geen deel uit van het gezinssysteem (maar wel max. 2 weken na start)</b>
<b>Toelichting</b>	<b>MST:</b> jongere maakt maximaal 2 weken na start weer deel uit van het





	<p>gezin.</p> <p><b>FFT:</b> jongere maakt na maximaal 2 sessies weer deel uit van het gezin.</p> <p><b>MDFT:</b> Dit vereiste geldt niet voor MDFT. Omdat MDFT aparte sessies kent voor jongere, ouders en gezin, kan de behandeling alvast beginnen met sessies met de jongere en sessies met de ouders.</p>
--	--

Criterium 4	Ernst delinquent/ antisociaal gedrag
Toelichting	<p><b>MST:</b> Er <i>moet</i> sprake zijn van <i>ernstig</i> antisociaal probleemgedrag. Typerend voor deze gedragsproblemen is dat ze zich op meerdere levensgebieden voordoen en een chronisch karakter hebben en dermate complex zijn dat een uithuisplaatsing of een plaatsing in een justitiële jeugdinstelling aan de orde is.</p> <p><b>FFT en MDFT:</b> Er <i>kan</i> sprake zijn van <i>ernstig dan wel minder ernstig</i> probleemgedrag.</p> <p>Matig of ernstig?</p> <p><i>Matig</i> delinquent/antisociaal gedrag: het probleemgedrag is tot op zekere hoogte aanwezig, is niet ernstig of heeft matige schade veroorzaakt.</p> <p><i>Ernstig</i> delinquent/antisociaal gedrag: probleemgedrag is uitdrukkelijk aanwezig, is ernstig of heeft grote schade veroorzaakt.</p> <p>Lichte delicten zijn o.a.: vandalisme, winkeldiefstal, het dragen van een wapen, deelname aan een vechtpartij en</p> <p>Ernstige delicten zijn o.a.: inbraak, diefstal van fiets of auto, auto-inbraak, beroving, bedreiging, mishandeling en drugshandel.</p> <p>Bij de beoordeling van de ernst spelen de volgende overwegingen: Abnormaliteit gedrag (bv. niet passend bij de leeftijd, komt frequent voor, lange duur, komt in veel situaties voor etc.)</p> <p>Bijdragende factoren (risico- en protectieve factoren in het kind, gezin, omgeving)</p> <p>Gevolgen probleemgedrag (voor de ontwikkeling van de jeugdige, voor de omgeving etc.)</p> <p>Kwaliteit van leven (leefomstandigheden en welbevinden van de jongere)</p> <p><b>NB.</b> Bij MST gaat het altijd (en bij MDFT kan het gaan) om ernstig delinquent/ antisociaal gedrag in combinatie met:</p> <p>Hoog recidiverisico</p> <p>Ernstige pedagogische onmacht in combinatie met problemen in andere systemen</p> <p>Hoge mate van veiligheidsrisico's.</p> <p><i>Bovengenoemde criteria hoeven niet altijd allemaal aanwezig te zijn. Gekeken naar de combinatie van problemen wordt ingeschat of de doelen sneller en beter met FFT dan wel MDFT dan wel MST behaald kunnen worden. De professional/ het team beoordeelt hoe zwaar de criteria en de combinatie van criteria bij individuele casuïstiek wegen.</i></p>



<b> criterium 5</b>	<b> Recidiverisico</b>
<b> Toelichting</b>	<p>Het recidiverisico is in te schatten door risicofactoren en beschermende in kaart te brengen die een veronderstelde directe samenhang hebben met het recidiverisico. Risicofactoren kunnen in verschillende maten aanwezig zijn.</p> <p>Matig: tot op zeker hoogte aanwezig, is niet ernstig en /of heeft matige schade veroorzaakt</p> <p>Hoog: uitdrukkelijk aanwezig, is ernstig en/ of heeft grote schade veroorzaakt</p> <p>Persistent antisociaal en/of ernstig oppositioneel gedrag waarbij sprake is van gedrag dat ingrijpen door de overheid in een justitieel kader of civielrechtelijk kader noodzakelijk maakt vormt een sterke en onderbouwde aanwijzing voor een verhoogd risicorecidue.</p> <p><i>Om te beoordelen of sprake is van een laag, matig of hoog risico op recidue van het delinquente, antisociale gedrag kan de Waagschaal Jeugd of de Washington State Juvenile Court Screen als risicotaxatie-instrument worden ingezet.</i></p>
<b> criterium 6</b>	<b> Ernstige pedagogische onmacht in combinatie met problemen in andere systemen</b>
<b> Toelichting</b>	<p>MST of MDFT moet overwogen worden wanneer sprake is van ernstige pedagogische onmacht in combinatie met tenminste 3 van de 6 onderstaande aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoge mate van desorganisatie in het gezin</li> <li>Geen sociaal netwerk</li> <li>Geen toezicht</li> <li>Geen pedagogische vaardigheden ouders</li> <li>'Zuigende' deviante peergroep</li> <li>Schoolproblemen</li> </ul>
<b> criterium 7</b>	<b> Mate van veiligheidsrisico's</b>
<b> Toelichting</b>	<p>Bij een hoge mate van veiligheidsrisico's voor de jongere, het gezin of de omgeving moet residentiële behandeling/24-uurszorg overwogen worden. MST of MDFT kan dienen als vervanging van (gesloten/besloten) residentiële behandeling/ 24-uurszorg/ klinische behandeling, FFT niet.</p>
<b> criterium 8</b>	<b> Verslavingsproblematiek als substantieel probleem</b>
<b> Toelichting</b>	<p>Wanneer verslavingsproblematiek een substantieel probleem vormt, krijgt MDFT de voorkeur boven FFT en MST.</p>



## Het Nederlands Jeugdinstituut

Het Nederlands Jeugdinstituut is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het werkterrein van het Nederlands Jeugdinstituut strekt zich uit van de jeugdgezondheidszorg, opvang, educatie en jeugdwelzijn tot opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en jeugdbescherming evenals aangrenzende werkvelden als onderwijs, justitie en internationale jongerenprojecten.

### **Missie**

De bestaansgrond van het Nederlands Jeugdinstituut ligt in het streven naar een gezonde ontwikkeling van jeugdigen, en verbetering van de sociale en pedagogische kwaliteit van hun leefomgeving. Om dat te kunnen bereiken is kennis nodig. Kennis waarmee de kwaliteit en effectiviteit van de jeugd- en opvoedingssector kan verbeteren. Kennis van de normale ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen, preventie en behandeling van opvoedings- en opgroeioproblemen, effectieve werkwijzen en programma's, professionalisering en stelsel- en ketenvraagstukken. Het Nederlands Jeugdinstituut ontwikkelt, beheert en implementeert die kennis.

### **Doelgroep**

Het Nederlands Jeugdinstituut werkt voor beleidsmakers, staffunctionarissen en beroepskrachten in de sector jeugd en opvoeding. Wij maken kennis beschikbaar voor de praktijk, maar genereren ook kennisvragen vanuit de praktijk. Op die manier wordt een kenniscyclus georganiseerd, die de jeugdsector helpt het probleemoplossend vermogen te vergroten en de kwaliteit en effectiviteit van de dienstverlening te verbeteren.

### **Producten**

Het werk van het Nederlands Jeugdinstituut resulteert in uiteenlopende producten zoals een infolijn, websites, tijdschriften, e-zines, databanken, themadossiers, factsheets, diverse ontwikkelings- en onderzoeksproducten, trainingen, congressen en adviezen.

### **Meer weten?**

Met vragen over het Nederlands Jeugdinstituut of zijn beleidsterreinen kunt u op werkdagen van 9 tot 13 uur terecht bij onze Infolijn, telefoon (030) 230 65 64 of via e-mail [info@nji.nl](mailto:info@nji.nl).

Voor de meest actuele informatie: [www.nederlandsjeugdinstituut.nl](http://www.nederlandsjeugdinstituut.nl).