

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Invloed van de transitie in de jeugdzorg op de doelgroep en op twee systeembehandelingen

Marion M. Dik, Nynke Kiers, Simone Waanders & Aurelie M.C. Lange

Samenvatting

Heeft de transitie in de jeugdzorg in Nederland een meetbaar effect gehad op twee *evidence-based* systeembehandelingen: multisysteemtherapie (mst) en *functional family therapy* (fft)? Dit explorerende onderzoek analyseert verschillen tussen gezinnen die voor of na de transitie gestart zijn met mst of fft wat betreft: (1) de kenmerken van de cliënten (doelgroep), en (2) de behandeluitkomsten. De resultaten van dit onderzoek op basis van retrospectieve pre- en postinterventiedata van 1835 gezinnen laten zien dat er kleine verschuivingen zijn in de bereikte doelgroep op het vlak van demografische kenmerken. Daarnaast ervaren ouders van jongeren die een mst-behandeling volgden na de jeugdtransitie de problemen van hun kind als complexer dan de ouders die een behandeling volgden voor de transitie. De verschuivingen lijken weinig invloed te hebben op de behandeluitkomsten van mst en fft. Er kan geconcludeerd worden dat ondanks uitdagende maatschappelijke veranderingen positieve behandelresultaten behaald zijn.

Een van de grote thema's binnen systeemtherapie is verandering en hoe daar gezamenlijk mee om te gaan. Meestal hebben we het dan over veranderingen waarmee stellen of families geconfronteerd worden en waarmee we hen verder willen helpen, een beroep doende op hun veerkracht. Maar ook de maatschappelijke, sociale en organisatorische context rondom de hulpverlening kent veranderingen, wat weerslag kan hebben in de therapiekamer. Wie al wat langer meeloopt in de Nederlandse ggz herinnert zich ongetwijfeld nog de afschaffing van de vergoeding uit het basispakket voor de behandeling van relatieproblemen in 2013. Zo had een beslissing van zorgverzekeraars regelrecht invloed op wiens relatie er al dan niet behandeld werd. Daar moesten zowel cliënten als hulpverleners hun weg in vinden. Dit artikel gaat over de invloed

van bestuurlijke beslissingen op verandering in doelgroep en behandeluitkomsten.

In 2015 werd een grote bestuurlijke verandering in Nederland doorgevoerd: de Jeugdwet. Deze wet wordt aangeduid met 'de transitie in de jeugdzorg'. Dit houdt in dat de gemeenten verantwoordelijk werden voor de uitvoering van alle jeugdzorgtaken, zoals opvoedondersteuning, preventie, wijk- en jeugdteams, geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd en jeugdbescherming (Nederlands Jeugdinstituut, 2019). Er is sprake van een nieuw wettelijk kader en een nieuwe financieringsstroom voor alle vormen van ondersteuning en hulp aan kinderen en hun ouders. Het doel van de transitie was om de jeugdhulp meer integraal, effectiever en goedkoper te organiseren (Askari, Grootelaar, Hoekstra, Schievels & Van Veldhuisen, 2019).

De invoering van de transitie heeft een aantal grote veranderingen in de zorg met zich meegebracht en werkt daardoor, zo blijkt uit meldingen, nog niet voor alle kinderen, jongeren, ouders en professionals (Stams, Asscher & Hendriks, 2014; Transitie Autoriteit Jeugd, 2018). In 2019 schreef de Kinderombudsvrouw in een brief aan minister De Jonge van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: 'Hulp blijft op te veel plekken uit doordat onderlinge afstemming ontbreekt. Te vaak hoor ik over kinderen die geen passende oplossing krijgen omdat niet duidelijk is wie verantwoordelijk is, of omdat de juiste zorg niet is ingekocht. Handelen in het belang van het kind wordt bemoeilijkt door systemen, wetten, regels, afspraken, organisatiebelangen en financiële onmogelijkheden. Daarnaast zijn er schotten en barrières die het bemoeilijken om juist kinderen met domeinoverstijgende problematiek te helpen' (de Kinderombudsman, 2019). Kortom, de transitie in de jeugdzorg heeft mogelijk gezorgd voor problemen in de verwijsstromen van jongeren en hun gezinnen naar de meest passende hulp.

Wanneer jongeren onterecht verwezen worden naar een behandeling of de inclusiecriteria van een programma onvoldoende gehanteerd worden, heeft dat mogelijk gevolgen voor de behandeluitkomsten (Broeders, Van der Helm & Stams, 2015; Hendriks & Stams, 2016; Van der Laan, Slotboom & Stams, 2010). De effectiviteit van een behandelprogramma wordt namelijk vergroot wanneer de intensiteit en inhoud van een behandeling goed aansluiten bij de specifieke problematiek van een cliënt (Andrews, Bonta & Wormith, 2011). Als de intensiteit en inhoud niet of onvoldoende aansluiten, kunnen goede behandelresultaten uitblijven of kan de problematiek van een cliënt zelfs verergeren (Bonta & Andrews, 2007). Daarom richt dit onderzoek zich op de verandering in doelgroep en de verandering in behandeluitkomsten van twee systemische interventies voor en na de transitie. We maken hierbij gebruik van retrospectieve data

van twee bewezen effectieve behandelprogramma's, namelijk multisysteemtherapie (mst; Henggeler, Schoewald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2009) en functionele gezinstherapie (fft; Asscher, Deković, Manders, Van der Laan & Prins, 2013; Sexton & Alexander, 2004).

Mst en fft blijken effectief bij de beoogde doelgroep, ofwel de populatie waar de interventie voor ontwikkeld is (Breuk et al., 2006; Van der Stouwe, Asscher, Stams, Deković & Van der Laan, 2014). Echter, de sociale, maatschappelijke en organisatorische context van de zorg verandert voortdurend en kan daarmee de uitkomsten van de interventie beïnvloeden (Chambers, Glasgow & Stange, 2013). Het is een belangrijke toets of programma's die evidence-based claimen te zijn, niet alleen onder welomschreven condities werken, maar ook binnen veranderende contexten de beoogde resultaten blijven behalen. Er zijn echter maar weinig evidence-based programma's die in hun theoretisch model rekening houden met de bewaking van duurzaamheid (Hailemariam et al., 2019). Dit blijkt uit een systematische review over evidence-based programma's op het gebied van *community-based* gezondheidszorg. Binnen de behandelprogramma's van mst en fft wordt regelmatig aandacht besteed aan de veranderende context waarin de behandelingen plaatsvinden. Zo maken beide programma's gebruik van databases waarin informatie over de progressie van de behandeling volgens de therapeut en de gezinsleden wordt verzameld. Daarnaast ontvangen teams binnen mst en fft begeleiding en training van een onafhankelijke expert. Deze helpt de teams niet alleen bij het inhoudelijke werk, maar ook om alert te blijven op ontwikkelingen binnen en buiten de organisatie die een kans of een bedreiging kunnen betekenen voor het team. Een voorbeeld is door samen te kijken of de interne en externe verwijzers tevreden zijn.

De mst-teams inventariseren bovendien ieder half jaar samen met hun onafhankelijke expert wat de resultaten voor hun team zijn. Dit doen ze met behulp van een zogenaamde *program implementation review*. Zo brengt elk team regelmatig in kaart of er interne of externe veranderingen zijn die de modeltrouw of het voortbestaan van het programma in gevaar kunnen brengen. Indien dit het geval is, wordt hier een ontwikkelplan met afspraken en meetbare doelen voor gemaakt.

Mst en fft hebben dus beide een systeem om de duurzaamheid en kwaliteit van het programma te borgen. Dit maakt het uiterst interessant om te onderzoeken of deze kwaliteitsborging succesvol is in de context van een grote bestuurlijke wijziging, zoals de transitie in de jeugdzorg. We focussen dus op mst en fft als casus voor evidence-based programma's met een kwaliteitssysteem, en de transitie in de jeugdzorg als voorbeeld van een maatschappelijke verandering. De transitie is hierbij een uniek voorbeeld vanwege de grote impact die deze heeft gehad op het jeugd-

veld en de verwijstroom. Zoals hierboven besproken zijn goede verwijstroomen essentieel voor goede zorg.

Het onderzoek zal zich richten op behandeluitkomsten en op veranderingen in doelgroep, aangezien de transitie leidde tot zorgen rondom correcte verwijzingen. Hiervoor zal gebruikgemaakt worden van pre- en postinterventiedata, verzameld in het kader van *routine outcome monitoring* (rom). Concreet leidt dit tot de volgende onderzoeksvragen: (1) Is de doelgroep (meer specifiek de demografische gegevens en de problematiek van de cliënten) bij aanvang van de behandeling en na afsluiting van de behandeling anders na de transitie dan voor de transitie? (2) Is er een verschil in de behandeluitkomsten na de transitie ten opzichte van voor de transitie? Dit onderzoek is explorierend. Er zijn geen hypothesen gesteld over de verwachte richting van het effect.

Methode

Om bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruikgemaakt van retrospectieve data verzameld bij cliënten van de Viersprong. De Viersprong is een ggz-organisatie gespecialiseerd in diagnostiek en behandeling van gezinnen, jongeren en volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen en gedragsproblemen. Sinds 2004 biedt de Viersprong mst en fft aan.

In totaal zijn 1939 mst- of fft-trajecten gestart bij de Viersprong in de periode van augustus 2012 tot september 2017. Er is gebruikgemaakt van gegevens die in het kader van routine outcome monitoring (rom) verzameld zijn aan het begin en aan het einde van de behandeling. Deze vragenlijsten worden zowel in de behandeling als voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt. Bij aanvang van de behandeling worden ouders en jongeren geïnformeerd over mogelijk anoniem gebruik van door hen verstrekte gegevens voor wetenschappelijk onderzoek.

Indien een gezin twee mst- en/of fft-trajecten heeft doorlopen, is alleen het eerste behandeltraject geïncludeerd om afhankelijkheid in de data te voorkomen. Om deze reden zijn 65 behandeltrajecten geëxcludeerd. Van 39 behandeltrajecten ontbrak de vragenlijst met betrekking tot sociaal-demografische informatie. Deze gezinnen zijn ook geëxcludeerd. Hiermee kwam de totale steekproefgrootte op 1835 gezinnen.

In totaal hebben 854 gezinnen (fft: $n = 386$; mst: $n = 468$) hun behandeling gestart voorafgaand aan de transitie, tussen augustus 2012 en december 2014. Na de transitie, tussen januari 2015 en september 2017, hebben 981 gezinnen (fft: $n = 363$; mst: $n = 618$) een behandeling gevolgd. De beschrijvende statistieken van de bovengenoemde groepen zijn te vinden in tabel 1.

Interventies

Mst (Henggeler et al., 2009) en fft (Sexton & Alexander, 2004) zijn beide kortdurende (drie tot zes maanden), intensieve systemische behandelprogramma's voor jongeren met ernstige gedragsproblemen en hun systeem. Ze richten zich op jongeren met ernstige gedragsproblemen en oppositioneel, naar antisociaal neigend, gedrag. Er is ook altijd sprake van ernstige gezinsproblemen. De doelgroepen van beide behandelprogramma's lijken sterk op elkaar, hoewel er ook enkele verschillen zijn. Mst is geïndiceerd bij problemen op meerdere levensgebieden en fft is aangewezen bij problemen die met name op gezinsniveau spelen. Daarnaast is er bij de doelgroep van mst meestal een hoger recidiverisico (Hendriks, Lange, Boonstoppel-Boender & Van der Rijken, 2014). De uitgangspunten en de wijze van uitvoering verschillen ook. Fft richt zich op het verbeteren van het gezinsfunctioneren zelf, door de gezinsleden bewuster te maken van hun manier van communiceren en experiëntiële oefeningen te doen, waarbij gezinsleden alternatieve mogelijkheden van communicatie ervaren. Mst is sterk gebaseerd op verschillende aspecten van de sociaalecologische theorie van Bronfenbrenner en richt zich op de wederkerige relatie tussen het geïdentificeerde probleemgedrag en de verschillende sociale factoren in de omgeving, waaronder het verzwakte gezinssysteem. Binnen de mst-behandeling wordt gebruikgemaakt van structurele systeemtherapie, eventueel aangevuld met individuele cognitieve gedragstherapie voor ouders of jongere. Om ouders en het systeem zo goed mogelijk te ondersteunen is er een vierentwintig-uurs bereikbaarheidsdienst, worden gezinnen aan huis behandeld en zijn er meestal twee à drie sessies per week, waarbij de behandelaar ook actief samen met ouders contact legt met school, wijkagent, enzovoort, om zo alle systemen samen te laten werken. Gezinnen die fft volgen hebben over het algemeen wekelijks een sessie op kantoor, maar indien nodig vinden de sessies frequenter plaats en aan huis (Oudhof, Ten Berge & Berger, 2009).

Zowel mst- als fft-behandelaren werken in vaste, relatief kleine teams (bij mst in teams van maximaal vier fulltime eenheden, bij fft in teams van maximaal acht therapeuten) met een vaste supervisor die wekelijks met de behandelaren meedenkt over de casuïstiek (FFT LLC, 2021; Henggeler et al., 2009; Sexton & Alexander, 2004). Bij mst worden casussen wekelijks besproken en is er ook een externe supervisor die wekelijks alle casuïstiek doorneemt met het team. Deze methode is ontwikkeld om de kwaliteit van de behandeling te borgen en behandelaren te ondersteunen in het flexibel maar modeltrouw toepassen van het model. Er zijn op dit moment zesentwintig mst-teams in Nederland en een in België; er zijn drie fft-teams in Nederland. Naast de zesentwintig reguliere mst-

teams zijn er in Nederland ook gespecialiseerde mst-teams, bijvoorbeeld voor de behandeling van gezinnen waarin geweld of verwaarlozing plaatsvindt, of voor jonge zedendelinquenten. Deze teams zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

Meetinstrumenten

Gedragsproblemen Om externaliserende en internaliserende gedragsproblemen te meten, werd gebruikgemaakt van de Child Behavior Checklist/6-18 (CBCL/6-18) en de Youth Self-Report (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001; Verhulst & Van der Ende, 2013). De CBCL/6-18 werd ingevuld door een van de opvoeders en de YSR door de jongere. De internaliserende problematiek werd gemeten aan de hand van de subschalen Angstig/depressief gedrag, Teruggetrokken/depressief gedrag en Lichamelijke klachten, die in beide lijsten voorkomen. De externaliserende problematiek werd gemeten middels de subschalen Regelovertrekend gedrag en Agressief gedrag van de CBCL en de YSR. De items van de vragenlijst hebben betrekking op het gedrag van de jongere in de afgelopen zes maanden en worden gescoord op een driepunts likertschaal: 0 = 'helemaal niet', 1 = 'een beetje of soms', 2 = 'duidelijk of vaak'. In dit onderzoek is gebruikgemaakt van de T-score op de schalen Internaliserende en Externaliserende problemen, waarbij een hogere score staat voor meer gedragsproblemen (een T-score > 63 wordt gezien als klinisch; Achenbach & Rescorla, 2001). Daarnaast is een complexiteitsscore berekend door het totaal aantal schalen met een klinische score per vragenlijst op te tellen (Vegter, Veerman & De Meyer, 2011). Hierdoor ontstaat een score tussen 0 en 8, waarbij een hogere score betekent dat op meer gebieden klinisch significante problemen spelen. Dit geeft een indicatie van de complexiteit van de problematiek (Vegter et al., 2011). De betrouwbaarheid voor alle schalen was hoog ($\alpha > 0,88$).

Maatschappelijke indicatoren Aangezien beide programma's als behandeldoel hebben het antisociale gedrag te verminderen, wordt het succes afgemeten aan de mate waarin het gelukt is om de jongere thuis te laten wonen in plaats van dat de jongere uit huis geplaatst wordt, de jongere een zinvolle dagbesteding heeft van minimaal twintig uur per week werk of school, en er geen (nieuw) politiecontact geweest is tijdens de behandeling. Dit zijn dichotome uitkomstmaten die met 'ja' of 'nee' beantwoord worden door de therapeut in samenspraak met de ouders (MST Nederland, 2009, 2012).

Analyseplan

Alle analyses zijn uitgevoerd in IBM SPSS Statistics 26 (IBM Corp., 2019). Er waren geen uitschieters op de continue maten. Er is gebruikgemaakt van *listwise deletion* als er sprake was van missing data. Missing data betrof 0% bij leeftijd en geslacht, 1-2% bij de maatschappelijke indicatoren bij start, 41% voor de CBCL bij start en 53% voor de YSR bij start. Bij einde was er 5-10% missing data voor de maatschappelijke indicatoren, 69% voor de CBCL en 71% voor de YSR. Deze percentages missing data zijn niet ongebruikelijk voor rom-data (De Beurs et al., 2011). Jongeren uit gezinnen die een of meerdere vragenlijsten niet hebben ingevuld, hebben significant vaker geen dagbesteding bij start (12% versus 19%) en bij einde (27% versus 33%), en hebben vaker politiecontact gehad voorafgaand aan de behandeling (32% versus 41%). Er zijn geen verschillen op de andere maatschappelijke indicatoren, noch op de andere variabelen bij start.

Verandering doelgroep Om te toetsen of de behandelde doelgroep bij mst en fft anders was voor en na de transitie, zijn 8 chikwadraattoetsen uitgevoerd voor de dichotome maten, namelijk 2 (interventies) \times 4 (maten: geslacht, maatregel, politiecontact afgelopen zes maanden en dagbesteding bij aanvang behandeling). De continue maten zijn onderzocht met 12 *t*-toetsen voor onafhankelijke groepen, namelijk 2 (interventies) \times 6 (maten: twee schalen CBCL, twee schalen YSR, een complexiteitscore en leeftijd).

Verandering behandeluitkomsten Ook verschil op behandeluitkomsten tussen de groepen (voor en na de transitie) is onderzocht middels 6 chikwadraattoetsen (2 interventies \times 3 maatschappelijke indicatoren) en 10 *t*-toetsen voor onafhankelijke groepen (2 interventies \times 5 maten van de CBCL en YSR). Daarnaast zijn er 10 ANCOVA's uitgevoerd. Deze waren gelijk aan de *t*-toetsen, met dat verschil dat de startmeting van de betreffende uitkomstmaat als covariaat toegevoegd werd aan de analyses.

Resultaten

Verandering doelgroep Er waren enkele verschillen met betrekking tot de ingestroomde cliënten bij mst en fft voor en na de transitie (zie tabel 1). Na de transitie hadden jongeren minder vaak een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel bij aanvang van de behandeling (mst en fft) en waren ze gemiddeld jonger. Bij mst startten na de transitie bovendien vaker meisjes dan ervoor. Daarnaast was de complexiteitscore op de

CBCL na de transitie significant hoger bij mst, maar niet bij fft. De gemiddelde scores op de schalen Externaliserende en Internaliserende problemen waren zowel bij mst als bij fft niet significant verschillend. Ook waren er geen verschillen met betrekking tot politiecontact en dagbesteding/school.

Verandering behandeluitkomsten Na de transitie behaalden mst en fft grotendeels vergelijkbare resultaten als voor de transitie (zie tabel 2). De enige uitzondering was Externaliserende problemen volgens ouders (CBCL). Na de transitie rapporteerden ouders significant meer problemen dan voor de transitie. Als gecorrigeerd wordt voor de problematiek bij aanvang, viel dit verschil weg ($p = 0,05$). Ook de andere uitkomstmaten bleven gelijk voor beide groepen (voor en na de transitie).

Tabel 1 Achtergrondgegevens bij aanvang fft en mst voor de transitie en na de transitie

	fft			mst		
	Voor transitie N = 386	Na transitie N = 363	χ^2	Voor transitie N = 468	Na transitie N = 618	χ^2
	%	%		%	%	
Geslacht jeugdige: man	49	50	0,06	71	60	13,10***
Geen maatregel	75	85	12,22***	43	69	73,76***
Politiecontact afgelopen zes maanden	21	20	0,30	53	51	0,36
Zinvolle dagbesteding (school/ werk)	78	82	2,69	57	63	3,56
	M (SD)	M (SD)	t (df)	M (SD)	M (SD)	t (df)
Leeftijd jeugdige	15,27 (1,70)	14,86 (2,06)	2,95 (703,14)**	15,06 (1,42)	14,66 (1,51)	4,44 (1084)***
Externaliserende problemen						
CBCL	65,76 (10,11)	65,37 (9,83)	0,42 (481)	68,70 (9,86)	69,75 (8,86)	-1,34 (603)
YSR	57,12 (10,28)	57,25 (10,33)	-0,13 (401)	57,78 (10,64)	59,48 (10,37)	-1,68 (463)
Internaliserende problemen						
CBCL	62,87 (10,36)	63,31 (9,89)	-0,46 (481)	62,14 (9,52)	63,38 (9,56)	-1,57 (603)
YSR	54,85 (11,52)	55,75 (12,06)	-0,75 (401)	52,13 (11,98)	53,82 (11,97)	-1,47 (463)
Complexiteitsscore CBCL	1,70 (1,98)	1,51 (1,68)	1,14 (411,12)	1,68 (1,80)	2,05 (1,97)	-2,37 (603)*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabel 2 Behandeluitkomsten *fft* en *mst* voor de transitie en na de transitie

	fft			mst		
	Voor transitie N = 386	Na transitie N = 363	χ^2	Voor transitie N = 468	Na transitie N = 618	χ^2
	%	%		%	%	
Thuis wonen	98	97	0,16	94	95	0,04
Politiecontact afgelopen zes maanden	9	9	0,03	28	28	0,03
Zinnige dagbesteding (school/ werk)	80	87	5,46*	80	83	1,59
	M (SD)	M (SD)	t (df)	M (SD)	M (SD)	t (df)
Externaliserende problemen						
CBCL	61,23 (11,07)	60,60 (11,64)	0,44 (258)	62,22 (11,70)	64,83 (10,95)	-2,01 (311)*
YSR	55,46 (9,66)	53,84 (9,79)	1,34 (258)	53,87 (10,82)	56,42 (10,61)	-1,96 (277)
Internaliserende problemen						
CBCL	58,65 (10,75)	58,65 (11,90)	0,001 (258)	56,52 (11,10)	58,80 (10,43)	-1,85 (311)
YSR	53,81 (11,19)	54,45 (11,27)	-0,46 (258)	49,75 (12,04)	52,04 (11,68)	-1,59 (277)
Complexiteitsscore CBCL	0,95 (1,51)	1,03 (1,62)	-0,40 (258)	0,88 (1,46)	1,14 (1,59)	-1,53 (311)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Discussie

Voor dit artikel is gekeken of de transitie in de jeugdzorg een meetbare verandering teweeggebracht heeft bij twee evidence-based behandelingen voor jongeren en hun opvoeders, namelijk *mst* en *fft*. Onderzocht werd of de bereikte doelgroep veranderd was na de transitie en of de gemiddelde behandeluitkomsten veranderd waren ten opzichte van voor de transitie. Er werden enkele demografische verschillen in de bereikte doelgroep gevonden. Daarnaast was de problematiek, zoals gerapporteerd door ouders, na de transitie complexer bij *mst*. We zagen echter geen verschuiving in de doelgroep op het vlak van externaliserende en internaliserende problemen volgens ouders en jongeren zelf, noch op de maatschappelijke indicatoren. De transitie lijkt weinig effect te hebben gehad op de behaalde behandeluitkomsten, aangezien deze voor *mst* en *fft* na de transitie grotendeels vergelijkbaar waren met de behandeluitkomsten die voorafgaand aan de transitie behaald werden.

Een opvallende verschuiving was de afname van het aantal maatregelen. Hoewel dit geïnterpreteerd kan worden als een verschuiving in doelgroep, is het waarschijnlijker dat dit een weerslag is van een bewuste

politieke keuze. Al voor de nieuwe Jeugdwet in 2015 (en daarmee de jeugdtransitie) in werking ging, werd door de professionals die bij de toenmalige Bureaus Jeugdzorg werkten (de voorlopers van de gecertificeerde instellingen) geëxperimenteerd met intensieve hulp op vrijwillige basis om een kindbeschermingsmaatregel te voorkomen. Dit werd 'drang' genoemd. Deze vorm van intensieve zorg is vervolgens opgenomen in de Jeugdwet. Jongeren die voor de transitie een maatregel gekregen zouden hebben, werden na de transitie dus vaak op vrijwillige basis aangemeld middels het drangkader. Overigens is het onduidelijk wat de scheidslijn is tussen een kindbeschermingsmaatregel (dwang) en drang (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming & Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2019), maar voor de door ons verzamelde demografische gegevens betekent het dat er na de transitie minder jongeren met een maatregel werden aangemeld.

Dit onderzoek observeert ook een verschuiving naar complexere problematiek bij mst. Ouders rapporteerden na de transitie op meer gebieden gedragsproblemen bij hun kind dan voor de transitie. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat er relatief veel missing data waren op deze variabele, waardoor deze resultaten wat voorzichtiger geïnterpreteerd moeten worden. Er werden geen significante verschillen gevonden wat betreft de gemiddelde ernst van de externaliserende en internaliserende problematiek van de jongeren, hoewel ook hier de trend in dezelfde richting was, met gemiddeld ernstigere problematiek na de transitie. In 2016 is een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd, waarbij de aanmeldproblematiek tijdens de eerste zes maanden na de transitie vergeleken werd met twee periodes voorafgaand aan de transitie (Van Logten, Lange, Cima & Van der Rijken, 2016). Ook hier werd een verzwaring van de problematiek na de transitie geobserveerd bij mst. Interessant is dat Van Logten en collega's (2016) eveneens twee periodes voor de transitie meenamen in de analyses. Ook tussen deze periodes vonden de auteurs verschillen. Hierdoor werd duidelijk dat de bereikte doelgroep geen statisch gegeven is; deze fluctueert ook zonder grote maatschappelijke veranderingen. Echter, de meeste significante verschillen werden gevonden als de vergelijking werd gemaakt met de periode na de transitie.

Het is nog niet wetenschappelijk te onderbouwen wat ervoor gezorgd heeft dat de complexiteitsscore van de mst-doelgroep hoger is geworden na de transitie. Klinische observaties lijken te wijzen op het feit dat jongeren langer moesten wachten op hulp, bijvoorbeeld omdat verwijzers niet aan mst dachten, omdat nieuwe casusregisseurs te weinig kennis hadden om goed door te verwijzen, omdat vanuit politieke opdracht eerst lichtere interventies werden ingezet, of omdat het lastig was om de financiering voor de behandeling te regelen met de gemeente of het

geld bij de gemeente door begrotingsschulden voortijdig op was. Door deze vertraging konden problemen verergeren vooraleer de behandeling begon. Aan de andere kant moeten we onthouden dat de gemiddelde mate van internaliserende en externaliserende problematiek niet significant veranderd was. Mogelijk was het verschil op de complexiteitscore toeval en zijn de verschuivingen minder groot dan de complexiteitscore doet vermoeden. Ook kan het zo zijn dat er regionale verschillen waren, waarbij sommige regio's een sterkere verschuiving van de doelgroep ervaren hebben dan andere. Het huidige onderzoek kan hier geen uitspraken over doen.

De behandeluitkomsten lijken over het algemeen niet veranderd te zijn na de transitie. Er is een uitzondering: ouders rapporteerden na de transitie meer externaliserende gedragsproblemen aan het einde van mst dan voor de transitie. Dit verschil viel echter weg als gecorrigeerd werd voor de zwaardere problematiek bij aanvang. De resultaten suggereren daarom dat mst en fft vergelijkbare resultaten bleven behalen, ondanks de transitie. Op bijna alle uitkomstmaten is de gemiddelde gedragsproblematiek van een klinisch niveau voor de behandeling, afgenomen naar een subklinisch niveau na de behandeling. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met het eerdere onderzoek van Van Logten en collega's (2016) waarbij ook bijna alle uitkomstmaten na de transitie vergelijkbaar of beter waren. Het lijkt er dus op dat mst en fft, twee evidence-based programma's die al vele jaren door de instelling werden aangeboden, goed in staat waren om met de grote maatschappelijke verandering die de transitie in de jeugdzorg was, om te gaan.

Beperkingen en sterke punten onderzoek

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. Ten eerste kunnen we geen uitspraak doen over causaliteit, omdat dit een observationeel onderzoek was zonder controlegroep. We kunnen niet uitsluiten dat er belangrijke verschillen tussen de groepen waren die invloed hebben gehad op de gevonden resultaten. Ten tweede hadden we te maken met veel missing data op de vragenlijsten die door de cliënten zelf werden ingevuld (op de CBCL en YSR). Hierdoor is er meer onzekerheid rondom deze maten. Over het algemeen bevestigen de andere maten echter het beeld dat geschetst wordt door de gedragsvragenlijsten. Ten derde hebben we ons beperkt tot gedragsproblemen zoals geobserveerd door de ouders en de jongere. Andere uitkomstmaten, alsook andere informatiebronnen, zoals gedragsobservaties, geregistreerde politiecontacten of justitiële documentatie, zouden een vollediger beeld kunnen geven van de doelgroep

en behandeluitkomsten van mst en fft over tijd (Van der Laan & Beerhuizen, 2018). Ook bij aanvang hebben we ons beperkt tot gedragsproblemen en enkele demografische kenmerken. We hebben bijvoorbeeld geen informatie verzameld over de problematiek bij ouders. Hierdoor zou het kunnen dat verschuivingen in de doelgroep, bijvoorbeeld bij ouders of het gezinssysteem, niet geobserveerd zijn in dit onderzoek.

Daarentegen kent dit onderzoek ook enkele sterke punten. We hebben een grote steekproef kunnen includeren. Hierdoor hadden we voldoende power om onze analyses uit te voeren. We hebben daarnaast twee verschillende interventies voor een vergelijkbare doelgroep onderzocht. Dit geeft een bredere en meer genuanceerde blik op de effecten van de transitie op de zorg.

Implicaties en interpretaties in een bredere context

Het Nederlands Jeugdinstituut omschreef in 2019 de transitie als 'een loodzware taak voor zorgaanbieders en gemeenten' (Van Yperen, Van de Maat & Prakken, 2019). Zorgaanbieders moesten ineens meer mensen zorg bieden en kregen te maken met verschillende gemeenten die ieder verschillende tarieven hanteerden en hun eigen procedures en eisen stelden. Tegelijkertijd moesten gemeenten aan de opdracht voldoen om het stelsel te veranderen en het zorggebruik te verminderen. Met zo'n ingewikkelde opdracht is de kans op problemen groot. Volgens de Kinderombudsman (2019) zijn die inderdaad ontstaan. Het is goed voorstelbaar dat een woelige stelselwijziging zijn weerslag heeft op zowel behandelteams en individuele behandelaren als de mensen die zorg nodig hebben.

De huidige resultaten laten zien dat mst en fft, ondanks deze woelige stelselwijziging, succesvol zorg hebben kunnen blijven bieden aan de beoogde doelgroep. Zulke duurzame borging van behandelprogramma's is afhankelijk van veel factoren, zowel op het individuele niveau van de behandeling en de behandelaar als op organisatorisch en maatschappelijk niveau (Fixsen, Blase, Naoom & Wallace, 2009). Een mogelijke verklaring op behandel- of individueel niveau voor de positieve resultaten van mst en fft is het feit dat therapeuten werken vanuit een duidelijk model met welomschreven doelen en daarnaast dagelijks kunnen terugvallen op hun team, supervisor en expert. Zoals eerder besproken hebben beide behandelprogramma's ook een kwaliteitssysteem om continuïteit en duurzaamheid van zorg te borgen, ook in veranderende contexten. Onderzoek van Smith-Boydston, Holtzman en Roberts (2014) laat zien dat het wegvallen van een kwaliteitssysteem negatieve gevolgen kan hebben

voor de kwaliteit van zorg. Zij deden onderzoek naar de veranderingen in zorg toen een mst-aanbieder doorging zonder licentie, en daarmee zonder het volledige kwaliteitssysteem. Na het wegvallen van het kwaliteitssysteem veranderde de doelgroep en verslechterden de behandeluitkomsten.

Belangrijk is ook dat deze behandelprogramma's ten tijde van de transitie een belangrijk onderdeel van het jeugdbehandelaanbod van de Vier-sprong waren, waardoor er op organisatorisch niveau een groot belang was om deze twee behandelprogramma's onder de uitdagende omstandigheden van de transitie te ondersteunen. Het is aannemelijk dat deze goedgezinde omgeving een belangrijke rol gespeeld heeft. Recent kwalitatief onderzoek onder mst-teams in Engeland laat zien dat een vijandige of goedgezinde omgeving van cruciaal belang is voor het voortbestaan van een team (Jefford, 2019).

Dit betekent echter niet dat de transitie geen negatieve consequenties heeft gehad. De huidige resultaten hebben veel inzet en flexibiliteit van de organisatie en de mst- en fft-teams gekost, omdat het verwijzingsbeleid en de financiering nu per gemeente verschillen. In bepaalde regio's was het maandenlang een probleem om de programma's in te zetten, bijvoorbeeld omdat de gemeente besloten had dat eerst een ander behandelprogramma geprobeerd moest worden voordat een relatief duur programma als fft of mst ingezet mocht worden, of omdat de financiering niet tijdig geregeld kon worden. Soms had dit tot gevolg dat de situatie intussen zo escaleerde dat een jongere uit huis geplaatst moest worden. In een bepaalde regio moest een mst-team bijna een jaar stopgezet worden omdat de gemeente de financiering niet geregeld kon krijgen, ook al waren er voldoende aanmeldingen voor het programma. Dit betekende dat minder gezinnen in deze regio konden profiteren van dit behandel-aanbod.

Kortom, persoonlijke observaties laten zien dat de positieve resultaten uit dit onderzoek niet vanzelfsprekend of zonder moeite verworven zijn. En hoewel we er in dit onderzoek geen bewijs voor vinden, heeft eerder onderzoek laten zien dat organisatorische problemen kunnen doorsijpe-len naar negatieve behandeluitkomsten (Bales et al., 2017).

Het betekent ook dat de huidige resultaten niet vanzelf te generaliseren zijn naar andere behandelprogramma's of andere situaties. Dit onderzoek biedt, door middel van twee casus-interventies, slechts een stapje in de richting van het beter begrijpen welke factoren bijdragen aan duurzame borging en kwaliteit van zorg. Stirman en collega's (2012) bieden waardevol advies voor vervolgonderzoek: verder onderzoek naar het fenomeen van duurzame borging van evidence-based behandel-methodieken heeft baat bij prospectieve en experimentele onder-

zoeksoepzetten om uitspraken te kunnen doen over causaliteit. Daarnaast is kwalitatief onderzoek erg belangrijk om het fenomeen duurzame borging beter te begrijpen, hypothesen te kunnen verfijnen en om strategieën te kunnen ontwikkelen die duurzame borging promoten.

Conclusies

We denken dat dit onderzoek een belangrijke bijdrage kan leveren aan onze kennis over het effect van maatschappelijke veranderingen op de zorg. Het huidige onderzoek suggereert dat programma's positieve resultaten kunnen blijven behalen, ondanks veranderingen in de maatschappelijke context. Belangrijk hierbij is te realiseren dat de context voortdurend onderhevig is aan verandering, groot of klein, en dat duurzame borging daarom een flexibele en lerende omgeving vergt. Dit betekent dat er ruimte moet zijn voor monitoring en reflectie om zo de *fit* tussen behandelprogramma en context continu te optimaliseren (Chambers et al., 2013).

Met dank aan Jeroen van Bokhorst, fft-supervisor bij de Viersprong, voor zijn toelichting rond het kwaliteitssysteem van fft.

Marion M. Dik is systeemtherapeut en gz-psycholoog in opleiding tot specialist, werkzaam bij Yulius; ze was van 2017-2019 programmamanager mst/fft bij de Viersprong.

Nynke Kiers is forensisch orthopedagoog, werkzaam bij Fier.

Simone Waanders was van 2018-2019 werkzaam als mst-therapeut bij de Viersprong.

Aurelie M.C. Lange is onderzoeker bij Family Psychology Mutual (UK); ze was van 2011-2020 werkzaam bij de onderzoekslijn systeeminterventies, RD&E de Viersprong. E-mail: amcmjglange@gmail.com.

Literatuur

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model - Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735-755.
- Askari, L., Grootelaar, H., Hoekstra, I., Schievels, J., & Veldhuisen, A. van (2019). *Evaluatie Transitie Autoriteit Jeugd - Evaluatie 2014-2018*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.

- Asscher, J.J., Deković, M., Manders, W.A., Laan, P.H. van der, & Prins, P.J. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands – Post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, 9, 169-187.
- Bales, D.L., Timman, R., Luyten, P., Buschbach, J., Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2017). Implementation of evidence-based treatments for borderline personality disorder – The impact of organizational changes on treatment outcome of mentalization-based treatment. *Personality and Mental Health*, 11, 266-277.
- Beurs, E. de, Hollander-Gijsman, M.E. den, Rood, Y.R. van, Wee, N.J.A. van der, Giltay, E.J., Noorden, M.S. van, ... Zitman, F.G. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands – Practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 1-12.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Breuk, R.E., Sexton, T.L., Van Dam, A., Disse, C., Doreleijers, T.A.H., Slot, W.N., & Rowland, M.K. (2006). The implementation and the cultural adjustment of functional family therapy in a Dutch psychiatric day-treatment center. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 515-529.
- Broeders, R., Helm, G.H.P. van der, & Stams, G.J.J.M. (2015). Preventie van gesloten plaatsing van jongeren met ernstige gedragsproblemen in Friesland – Een pleidooi voor een gerichte aanpak. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 54, 318-330.
- Chambers, D.A., Glasgow, R.E., & Stange, K.C. (2013). The dynamic sustainability framework – Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, 8(1), 1-11.
- FFT LLC. (2021). *Frequently asked questions*. www.fftllc.com/documents/FAQs.pdf
- Fixsen, D.L., Blase, K.A., Naoom, S.F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19, 531-540.
- Hailemariam, M., Bustos, T., Montgomery, B., Barajas, R., Evans, L.B., & Drahota, A. (2019). Evidence-based intervention sustainability strategies – a systematic review. *Implementation Science*, 14, artikel 57.
- Hendriks, J., & Stams, G.J.J.M. (2016). Forensisch orthopedagogische behandeling – een kritische beschouwing. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 55(9/10), 214-222.
- Hendriks, M.E.D., Lange, A.M.C., Boonstoppel-Boender, M., & Rijken, R.E.A. van der (2014). Functional family therapy and multisystemic therapy – A comparison of target populations. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 53, 355-366.
- Henggeler, S.W., Schoewald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & Cunningham, P.B. (2009). *Multisysteemtherapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- IBM Corp. (2019). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0*. Armonk: IBM Corp.
- Jefford, T. (2019). *The role of leadership and environmental context in the implementation of an evidence-based programme – A qualitative analysis of three local government services which implement multi systemic therapy in 2008*. Verkrijgbaar via <https://arro.anglia.ac.uk/jid/eprint/705273>
- Kinderombudsman, de. (2019). *Betreft: Zorgen over integrale aanpak voor hulp aan kwetsbare kinderen en jongeren* [Brief aan minister H.M. de Jonge]. Geraadpleegd op 9 maart 2020, van www.dekinderombudsman.nl/system/files/inline/2019.03.26Zorgenbriefjeugdhelpdefwebsitesite_o.pdf
- Laan, A.M. van der, & Beerthuizen, M.G.C.J. (2018). Monitorjeugdcriminaliteit 2017. *Ontwikkelingen in de geregistreerde jeugdcriminaliteit in de jaren 2000 tot 2017*. Den Haag: WODC/CBS.
- Laan, P.H. van der, Slotboom, A., & Stams, G.J. (2010). Wat werkt? Bijdragen aan het terugdringen van recidive. In P.J. van Koppen, H. Merkelbach, M. Jelacic, & J. de Keijser (red.), *Reizen met mijn rechter – Psychologie van het recht* (pp. 987-1002). Kluwer.

- Logten, A. van, Lange, A., Cima, M., & Rijken, R. van der (2016). Functionele gezinstherapie en multi systeem therapie – Een onderzoek naar de stabiliteit van doelgroepen en behandelresultaten in Nederland. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 55, 51-64.
- MST Nederland. (2009). *Sociaal Demografische Informatie (SDI)*. Nijmegen: Praktikon.
- MST Nederland. (2012). *Sociaal Demografische Informatie (SDI) 2.0*. Nijmegen: Praktikon.
- Nederlands Jeugdinstituut. (22 juli 2019). *Veelgestelde vragen over de jeugdsector – Handreiking voor raadsleden en wethouders*. www.nji.nl/nl/Kennis/Publicaties/Veel-gestelde-vragen-over-de-jeugdsector#chapter2
- Oudhof, M., Berge, I. ten, & Berger, M. (2009). *Checklist mst/fft – De ontwikkeling van een indicatie- instrument voor mst en fft in de vorm van een checklist*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, & Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2019). *Intensieve vrijwillige hulp – Heldere grenzen aan drang in de jeugdzorg*. Den Haag: auteurs.
- Sexton, T.L., & Alexander, J.F. (2004). *Functional Family Therapy clinical training manual*. Seattle: FFT LLC.
- Smith-Boydston, J.M., Holtzman, R.J., & Roberts, M.C. (2014). Transportability of multisystemic therapy to community settings – Can a program sustain outcomes without MST Services oversight? *Child and Youth Care Forum*, 43, 596-605.
- Stams, G.J.J.M., Asscher, J.J., & Hendriks, J. (2014). De tirannie van de transitie en transformatie van de jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, 35, 113-115.
- Stirman, S.W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations – A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7, 1-19.
- Stouwe, T. van der, Asscher, J.J., Stams, G.J.J.M., Deković, M., & Laan, P.H. van der (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (mst) – a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 468-481.
- Transitie Autoriteit Jeugd. (2018). *Tussen droom en daad – Op weg naar een volwassen jeugdstelsel – Vierde jaarrapportage*. Den Haag: Transitie Autoriteit Jeugd.
- Vegter, A.H., Veerman, J.W., & Meyer, R.E. de (2011). Wordt het probleemgedrag bij aanmelding in de loop der jaren erger? Een onderzoek bij jeugdigen verwezen naar de ambulante ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 265-273.
- Verhulst, F.C., & Ende, J. van der (2013). *Handleiding ASEBA-Vragenlijsten voor leeftijden 6 t/m 18 jaar – CBCL/6-18, YSR en TRF*. Rotterdam: ASEBA Nederland.
- Yperen, T. van, Maat, A. van de, & Prakken, J. (2019). *Het groeiend jeugdzorggebruik – Duiding en aanpak*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.