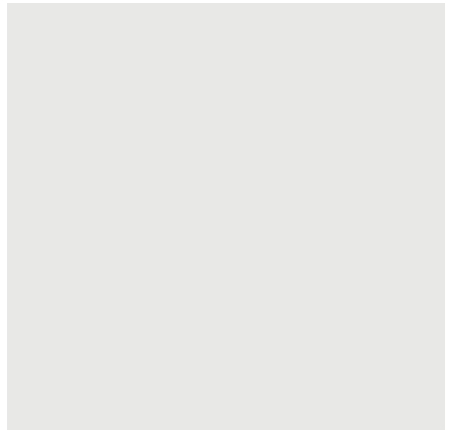
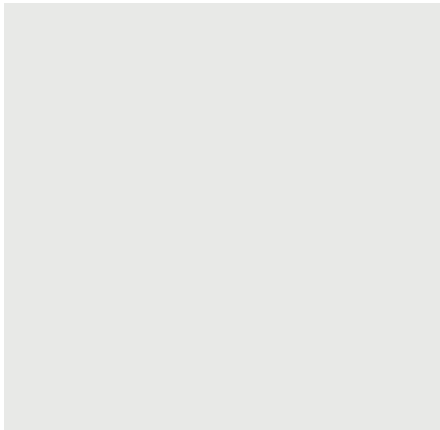
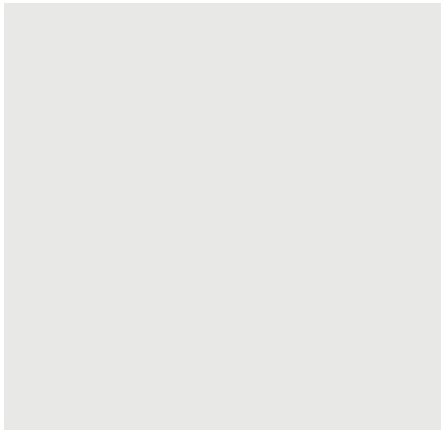
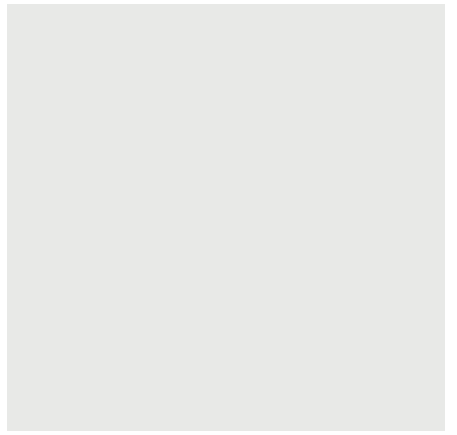
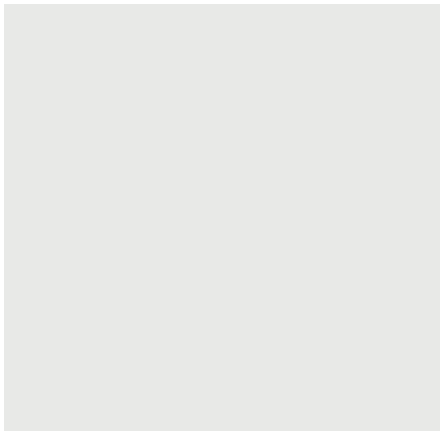




Richtlijn / **onderbouwing**

Uithuisplaatsing

© 2015 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) zijn de opstellers van de richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Vermelde beroepsverenigingen zijn intellectueel eigenaar van zowel de richtlijnen zelf als de schriftelijke onderbouwing ervan, de eventuele bijbehorende werkkaarten en de cliëntversies. De beroepsverenigingen geven toestemming voor het verveelvoudigen en opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand van de tekst van deze publicatie alsmede het openbaar maken ervan hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, op voorwaarde dat de drie beroepsverenigingen worden vermeld als de opstellers van betreffende richtlijn en de eventuele overige gebruikte teksten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies.

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft deze richtlijn geschreven in opdracht van het NIP, de NVO en de BPSW. Dit project werd mogelijk gemaakt door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. Zie voor meer informatie de website www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Vermelde beroepsverenigingen en de ontwikkelaar van de richtlijn (het Nederlands Jeugdinstituut) zijn zich er steeds van bewust dat het hun taak is te komen met een verantwoorde en overtuigende onderbouwing. Niettemin kunnen de beroepsverenigingen geen aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele onjuistheden of onnauwkeurigheden die onverhoopt in deze onderbouwing blijken voor te komen.

Gebruik als titel van deze richtlijn in referenties altijd:
'Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming'.

3e herziene druk 2017

Auteurs

Cora Bartelink
Ingrid ten Berge
René van Vianen

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47
Postbus 19221
3501 DE Utrecht
030 230 63 44
www.nji.nl
info@nji.nl

Werkgroep

Cora Bartelink
Ingrid ten Berge
Harry van den Bosch
Mascha Kamphuis
Roland Koning
Jan Pieter Meijer
Ilona Meuwissen
Marieke van Oosteren
Kitty Rosenbrand
René van Vianen
Tjalling Zandberg

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding.....	7
1.1 Afbakening.....	8
1.2 Relevantie	9
1.2.1 Belang van de jeugdige en ouders	9
1.2.2 Belang van jeugdprofessionals	9
1.2.3 Maatschappelijk belang, diversiteit en kwetsbare groepen	9
1.3 Doel van de richtlijn.....	10
1.4 Doelgroep van de richtlijn	10
1.5 Uitgangsvragen	10
1.5.1 Besluitvorming.....	10
1.5.2 Voorkomen uithuisplaatsing.....	11
1.5.3 Begeleiding uithuisplaatsing en terugplaatsing.....	11
1.6 Verantwoording werkwijze.....	11
1.6.1 Knelpunten en uitgangsvragen	11
1.6.2 Literatuuronderzoek.....	11
1.6.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal.....	13
1.6.4 Tot stand komen aanbevelingen	13
1.6.5 Commentaarfase	14
1.6.6 Proefimplementatie.....	14
1.6.7 Betrokkenheid van cliënten	15
1.6.8 Bijstelling en herziening van de richtlijn	15
1.6.9 Samenstelling werkgroep.....	15
1.7 Juridische betekenis van de richtlijn	17
1.8 Diversiteit.....	17
1.9 Gedeelde besluitvorming.....	18
1.10 Veranderingen in de zorg.....	20
1.11 Leeswijzer	20
 Hoofdstuk 2: Definitie en afbakening.....	 23
2.1 Afbakening.....	24
2.2 Wat is uithuisplaatsing ?	24
2.3 Doelgroep	24
2.4 Doel van uithuisplaatsing.....	25
2.5 Betrokken partijen bij uithuisplaatsing	25
2.6 Juridisch kader	25
2.6.1 Besluitvorming.....	26
2.6.2 Voorkomen van uithuisplaatsing	26
2.6.3 Ondersteunen jeugdigen en ouders bij uithuisplaatsing en terugplaatsing.....	27
2.6.4 Aandacht voor speciale groepen jeugdigen	27
2.7 Theoretisch kader.....	27
2.7.1 Perspectief van jeugdigen en ouders.....	29
2.7.2 Ontwikkeling en welzijn van de jeugdige centraal	30



2.7.3 Uithuisplaatsing is een traject	32
Hoofdstuk 3: Besluitvorming	37
3.1 Inleiding.....	38
3.1.1 Uitgangsvragen	38
3.1.2 Totstandkoming van de aanbevelingen	38
3.1.3 Opzet van dit hoofdstuk	39
3.2 Samenvatting van de literatuur over “Besluitvorming”	39
3.2.1 Afwegingen en criteria voor de beslissing tot uithuisplaatsing	39
3.2.2 Afwegingen en criteria voor de beslissing tot terugplaatsing	44
3.2.3 Overwegingen bij het type plaatsing	46
3.2.4 Termijnen voor de besluitvorming	48
3.3 Samenvatting van de literatuur over “Broers en zussen gezamenlijk uit huis plaatsen”	50
3.4 Samenvatting van de literatuur over “Rol van ouders en jeugdigen in de besluitvorming”	50
3.4.1 Juridische kaders: Welke rol mogen ouders en jeugdigen spelen in de besluitvorming over uithuisplaatsing en terugplaatsing?	50
3.4.2 Beslissen in dialoog: Welke rol kunnen ouders en jeugdigen spelen in de besluitvorming over uithuisplaatsing en terugplaatsing?	54
3.4.3 Methoden en technieken voor beslissen in dialoog	57
3.5 Conclusies op basis van de literatuur	58
3.6 Zorgvuldig beoordelen en beslissen.....	60
3.7 Uitwerking van de kernbeslissingen	63
3.8 Overige overwegingen	80
3.8.1 Besluitvorming	80
3.8.2 Broers en zussen gezamenlijk uit huis plaatsen	81
3.8.3 Rol jeugdigen en ouders bij de besluitvorming	82
3.8.4 Allochtone gezinnen	83
3.9 Aanbevelingen.....	83
3.10 Ontwikkelacune.....	86
Hoofdstuk 4: Voorkomen van uithuisplaatsing.....	87
4.1 Uitgangsvraag	88
4.2 Inleiding.....	88
4.3 Samenvatting van de literatuur	90
4.3.1 Programma’s voor intensieve pedagogische thuishulp	90
4.3.2 Multisysteemtherapie	91
4.3.3 Deltamethode voor de gezinsvoogdij	92
4.3.4 Crisisinterventies	93
4.4 Conclusies	93
4.5 Overige overwegingen	94
4.6 Aanbevelingen.....	95
4.7 Aanbevelingen voor verder onderzoek	95

Hoofdstuk 5: Begeleiden bij uithuisplaatsing en terugplaatsing	97
5.1 Uitgangsvragen	98
5.2 Samenvatting van de literatuur	98
5.2.1 Werken met een hulpverleningsplan	99
5.2.2 Acceptatie van uithuisplaatsing	99
5.2.3 Contact met gezin van herkomst	99
5.2.4 Traumaverwerking en verminderen gedrags- en emotionele problemen	101
5.2.5 Begeleiding naar terugplaatsing	102
5.2.6 Begeleiding na terugplaatsing	106
5.3 Conclusie	107
5.4 Overwegingen uit de praktijk	108
5.5 Aanvullingen vanuit “grijze literatuur”	109
5.5.1 Werken met een hulpverleningsplan	109
5.5.2 Acceptatie van uithuisplaatsing	110
5.6 Aanbevelingen	111
 Literatuurlijst	 113
 Bijlagen	 121
 Bijlage 1. Uitgangsvragen richtlijn op basis van de knelpuntenanalyse	 123
 Bijlage 2. Juridische kaders	 127
Nieuw recht	128
Algemene rechten	128
Juridische uitgangspunten	130
Ondertoezichtstelling	134
Gedwongen uithuisplaatsing	134
 Bijlage 3. Interventies bij de Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming	 137
Behavioral Parent Training Groningen (BPTG) voor kinderen met ADHD	139
Beter met Thuis	141
De Dappere kat	143
Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR)	143
Relationele gezinstherapie	145
Horizonmethodiek (Trauma-focused Cognitieve gedragstherapie)	147
Incredible Years (Basis)	149
Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)	151
Jeugdhulp Thuis	155
Kortdurende Video-Hometraining (K-VHT) in gezinnen met jonge kinderen	157
Multidimensionele Familietherapie (Multidimensional Family Therapy, MDFT)	160
Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)	163
Multisysteem Therapie (MST)	167
Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)	171



Parent-Child Interaction Therapy (PCIT).....	173
Parent Management Training Oregon (PMTO).....	175
Triple P: Positief Pedagogisch Programma Niveau 4	177
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD).....	179
Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG).....	181
Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding (WIG)	183
Bijlage 4. Criteria Erkeningscommissie Interventies.....	185
Criteria voor Niveau I: Theoretisch goed onderbouwd	186
Criteria voor Niveau II: Waarschijnlijk effectief.....	187
Criteria voor Niveau III: Bewezen effectief	188
Bijlage 5. Criteria Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie.....	189
Criteria voor ex ante beoordeling.....	191
Criteria voor tussentijdse beoordeling	192
Criteria voor ex post beoordeling.....	192
Bijlage 6. Niveau van bewijs.....	193
Databank Effectieve Jeugdinterventies.....	194
Evidencetabel	196
Bijlage 7. Kennislacunes en signalen	205
Kennislacunes.....	206
Ontwikkelacunes.....	206
Signalen	207

Hoofdstuk 1

Inleiding

Inleiding

Het uithuisplaatsen van een jeugdige is een ingrijpende beslissing voor ouders en jeugdigen. Het is een uiterste redmiddel, als er geen andere oplossingen zijn. Vormen van (intensieve) ambulante zorg, dagbehandeling, inzet van het netwerk - alles moet in het werk gesteld worden om een uithuisplaatsing te voorkomen. De jeugdprofessional werkt in dit kader intensief samen met gemeentelijke/lokale teams, zodat de hulp zo dicht mogelijk bij het gezin uitgevoerd wordt. Een uithuisplaatsing kan een tijdelijke oplossing zijn. Het biedt ouders en jeugdigen rust om de ontstane situatie op te lossen. Het waarborgt ook de veiligheid van de gezinsleden als een van hen thuis gevaar loopt. Uithuisplaatsing is geen doel op zich, maar een ingrijpend middel om ervoor te zorgen dat de jeugdige veilig is en zich goed kan ontwikkelen, of om een jeugdige een behandeling te geven die anders niet mogelijk is.

1.1 Afbakening

Deze richtlijn gaat in op uithuisplaatsing van jeugdigen van 0-18 jaar in de jeugdhulp, met uitloop tot 23 jaar. Uitloop is alleen mogelijk als het gaat om hulp die al voor het 18e levensjaar in gang is gezet.

Het kan gaan om plaatsing van een jeugdige in een (netwerk-) pleeggezin, gezinshuis of residentiële instelling. Het gaat hierbij zowel om vrijwillige als gedwongen uithuisplaatsingen. Voor vrijwillige uithuisplaatsingen is tot 1 januari 2015 een indicatiestelling van Bureau Jeugdzorg nodig. Na deze datum is het aan de gemeente om hier een verleningsbesluit over te nemen. Voor een gedwongen plaatsing is altijd een machtiging van de kinderrechter nodig, binnen het kader van een ondertoezichtstelling. Zie hiervoor verder het hoofdstuk met de juridische achtergrond (par 2.6).

De richtlijn is bedoeld om een eventuele uithuisplaatsing zo mogelijk te voorkomen door de inzet van ambulante interventies, zorgvuldig voor te bereiden, en jeugdigen en ouders te begeleiden bij de uithuisplaatsing en mogelijke terugplaatsing.

De richtlijn staat niet op zichzelf maar sluit aan bij de andere (te ontwikkelen) richtlijnen voor de jeugdhulp en jeugdbescherming. We zien de samenhang tussen de verschillende richtlijnen op dit moment als volgt:



Figuur 1.1. Relatie tussen de verschillende proces richtlijnen in de jeugdhulp en jeugdbescherming

1.2 Relevantie

Een uniforme richtlijn voor de uithuisplaatsing van jeugdigen is om meerdere redenen van belang.

1.2.1 Belang van de jeugdige en ouders

Uithuisplaatsing gebeurt om uiteenlopende redenen. Het kan zijn dat jeugdigen (ernstige) gedrags- of ontwikkelingsproblemen hebben en de situatie thuis voor de ouders onhoudbaar is. De ouders en jeugdige stemmen dan regelmatig zelf in met de uithuisplaatsing. Daarnaast komt het voor dat een jeugdige uit huis geplaatst wordt om de veiligheid van de jeugdige te waarborgen en eventuele kindermishandeling te stoppen. In een deel van de gevallen wordt een jeugdige zonder instemming van zijn ouders of hemzelf uit huis geplaatst, ook wel een uithuisplaatsing in gedwongen kader genoemd.

Een uithuisplaatsing is een zeer ingrijpende beslissing voor het kind, zijn ouders en voor de beslisser, zeker wanneer deze plaatsvindt in een gedwongen kader. Met een uithuisplaatsing wordt ingegrepen in de (onverbrekelijke) band tussen een kind en zijn ouders. Dergelijke beslissingen dienen dus zeer zorgvuldig te worden genomen.

Een richtlijn is een hulpmiddel bij het besluiten tot en het voorkomen van een uithuisplaatsing.

1.2.2 Belang van jeugdprofessionals

Meer uniformiteit in besluitvorming over uithuisplaatsingen is ook in het belang van de jeugdprofessionals. De professional moet bij een uithuisplaatsing een afweging tussen twee kwaden maken, waarbij er een kans bestaat dat hij een fout maakt als hij een kind uit huis plaatst, maar ook als hij dat niet doet (Dalglish, 1997 in Ten Berge & Vinke, 2006). Zijn keuze kan grote gevolgen hebben, bijvoorbeeld verdere mishandeling van het kind met als gevolg verwondingen of zelfs overlijden. Een onterechte uithuisplaatsing leidt echter ook tot schade voor het kind, de relatie tussen ouders en kind en het vertrouwen van het gezin in de hulpverlening. Wat de beslissing moeilijk maakt, is dat dergelijke gevolgen pas achteraf zichtbaar worden en niet altijd van tevoren te overzien zijn (Ten Berge & Vinke, 2006).

1.2.3 Maatschappelijk belang, diversiteit en kwetsbare groepen

Het grootste maatschappelijk belang is dat er bij (gedwongen) uithuisplaatsingen van jeugdige een voortdurende discussie is over het conflict van belangen tussen rechten van ouders en het waarborgen van het veiligheid van de jeugdige. Beslissingen van professionals lopen sterk uiteen (Knorth, 1995) en zijn afhankelijk van de individuele keus van de professional (Van Dam & Ten Haaf, 1999). De richtlijn neemt deze discussie niet volledig weg, maar beoogt zowel de besluitvorming als de communicatie daarover voor professionals, ouders en jeugdigen kwalitatief te verbeteren en transparanter te maken.

Onveilige opvoedingssituaties of kindermishandeling hebben grote gevolgen voor de maatschappij. Onderzoek laat zien dat volwassenen die als kind mishandeld of verwaarloosd zijn, meer gebruik maken van de (geestelijke) gezondheidszorg. Zij hebben ook lang na de kindertijd te kampen met ernstige lichamelijke en psychische klachten als gevolg van hun opvoedingssituatie. Bovendien kunnen ook maatschappelijke problemen als verslavingsproblematiek, overlast en delinquentie een gevolg zijn van kindermishandeling. De aanpak van deze problemen heeft financiële consequenties voor de maatschappij (Eggen &

Van der Heide, 2005; Wolzak & Ten Berge, 2005). De maatschappij heeft er dus belang bij als er adequaat wordt ingegrepen bij ernstige onveilige opvoedingssituaties en kindermishandeling.

1.3 Doel van de richtlijn

De doelen van de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* zijn als volgt:

- Professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming geven op uniforme en effectieve wijze vorm aan het proces van komen tot een uithuisplaatsing en zetten ambulante interventies in om uithuisplaatsing te voorkomen.
- Professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming betrekken jeugdigen en ouders bij het beslissen en over een eventuele uithuisplaatsing.
- Een overzicht bieden van 'evidence based' en 'practice based' kennis op het gebied van het uithuisplaatsen van jeugdigen in de jeugdhulp, de rol van jeugdigen en ouders bij het beslissen over het uithuisplaatsen en effectieve interventies om een uithuisplaatsing te voorkomen.
- Het analyseren van lacunes in kennis met betrekking tot het uithuisplaatsen van jeugdigen.

Het volgen van deze richtlijn zal niet betekenen dat er geen kinderen meer uithuisgeplaatst worden. De aanbevelingen in deze richtlijn dragen bij aan het zorgvuldiger voorbereiden samen met de jeugdigen en ouders van de beslissing tot een uithuisplaatsing. De richtlijn beoogt dat eerder en vaker ambulante interventies worden ingezet om een uithuisplaatsing te voorkomen. Zeker bij complexe problematiek, of wanneer de veiligheid van het kind in het gezin gevaar loopt, is ingrijpen en dus uithuisplaatsen een mogelijk middel om de veiligheid van de jeugdige te waarborgen.

1.4 Doelgroep van de richtlijn

De richtlijn (inclusief onderbouwing en werkkaarten) is primair bedoeld voor jeugdprofessionals. Zij moeten ermee kunnen werken. Daarnaast is van de richtlijn een aparte cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen en hun ouders.

1.5 Uitgangsvragen

De uitgangsvragen van deze richtlijn zijn geformuleerd op basis van een knelpuntenanalyse. De knelpuntenanalyse voor de *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* heeft gelijktijdig plaatsgevonden met die van de *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Op basis van de knelpuntenanalyse en een vertaalslag van de werkgroep zijn de volgende uitgangsvragen specifiek gesteld voor de *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*:

1.5.1 Besluitvorming

1. Beslissen over uithuisplaatsing en terugplaatsing
 - a. Welke afwegingen en criteria zijn van belang om te beslissen of een uithuisplaatsing nodig is?
 - b. Welke afwegingen en criteria zijn van belang om te beslissen waar een jeugdige het beste geplaatst kan worden?
 - c. Welke afwegingen en criteria zijn van belang om te beslissen of een terugplaatsing mogelijk is?

2. Termijnen voor besluitvorming
 - a. Binnen welke termijn moeten jeugdige, ouders en omgeving weten wat het toekomstperspectief is?
 - b. Wanneer is terugplaatsing nog verantwoord, gezien de leeftijd van de jeugdige en de duur van uithuisplaatsing?
3. Wat is aan te bevelen bij het gezamenlijk uithuisplaatsen van broers en zussen?
4. Welke rol mogen en kunnen ouders en jeugdigen spelen in de besluitvorming over uithuisplaatsing en terugplaatsing?

1.5.2 Voorkomen uithuisplaatsing

1. Welke interventies bij welke doelgroep zijn effectief bij het voorkomen van een uithuisplaatsing?

1.5.3 Begeleiding uithuisplaatsing en terugplaatsing

1. Welke hulp/begeleiding hebben ouders en jeugdige nodig tijdens uithuisplaatsing? Welke interventies zijn hierbij effectief?
2. Welke hulp/begeleiding hebben ouders en jeugdige nodig na terugplaatsing? Welke interventies zijn hierbij effectief?

1.6 Verantwoording werkwijze

1.6.1 Knelpunten en uitgangsvragen

Onderwerpen voor richtlijnontwikkeling werden meestal aangedragen door professionals in jeugdhulp en jeugdbescherming. Ze betroffen problemen die jeugdprofessionals in hun werk tegenkomen. Prioritering vond plaats op basis van urgentie en omvang van het betreffende probleem. Ook werd bekeken of het onderwerp wel geschikt was om een richtlijn voor uit te brengen. Vervolgens werden twee gestructureerde brainstormsessies georganiseerd met jeugdprofessionals, wetenschappers en cliënten in jeugdhulp en jeugdbescherming. Tijdens deze sessies werden onderwerp en de daarin optredende knelpunten zorgvuldig afgebakend en geanalyseerd. Uiteindelijk leidde dit tot een zogenaamde 'informatiekaart' met daarop de belangrijkste knelpunten en uitgangsvragen die in de richtlijn beantwoord moeten worden.

1.6.2 Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek vormt de kenniscollectie van het Nederlands Jeugdinstituut de basis. Bij de ontwikkeling van de richtlijn is gebruik gemaakt van het dossier 'Uithuisplaatsing' en de volgende stukken waarin kennis over wat werkzaam is voor een specifieke problematiek of werksoort op een rij is gezet:

- Uithuisplaatsing, wat werkt? (Bartelink, 2011)
- Residentiële jeugdhulp, wat werkt? (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010)
- Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking? (Zoon, 2012)

Voor deze documenten heeft het Nederlands Jeugdinstituut een uitgebreide search uitgevoerd. Hierbij is onder meer gezocht in databases als PsychINFO, Cochrane Collaboration, Picarta, Campbell Collaboration, Medline, en Google Scholar. Gezocht is in de periode na 1995.



Bij de beantwoording van de uitgangsvragen zijn de betreffende dossiers, stukken en relevante achterliggende artikelen bestudeerd. In aanvulling op deze kenniscollectie is aanvullende literatuur geraadpleegd die de werkgroep middels de sneeuwbalmethode heeft aangedragen. Het gaat daarbij niet alleen om onderzoeksliteratuur, maar ook om handboeken, werkwijzen of checklists die in de praktijk van de jeugdhulp gebruikt worden, de zogenaamde 'grijze' literatuur.

Voor de beantwoording van uitgangsvraag 1 is een aanvullende literatuursearch gedaan in de internationale database Psychinfo. Er is gezocht met (een combinatie van) de volgende termen:

- decision-making, measurement, assessment
- out of home; out-of-home placement, out of home placement, out of home care, alternative care, home removal

Daarnaast zijn het Engelse Framework for the Assessment of Children in Need and their Families, het gestructureerd beslissen en Veiligheidsbeleid en risicomangement van de Bureaus Jeugdzorg gebruikt om de besluitvorming verder uit te werken.

Uitgangsvraag 2 gaat in op interventies die mogelijk bijdragen aan het voorkomen van uithuisplaatsing. Er is gezocht met de volgende zoektermen:

- family preservation, family preservation program
- systematic review, meta analysis

De verschillende studies waarin effecten van interventies zijn onderzocht zijn in evidence tabellen samengevat (bijlage 3). Deze tabellen bieden een overzicht van onderzoeksresultaten en de sterkte van de bewijskracht van het onderzoek dat bij de beantwoording van uitgangsvraag 2 is gebruikt. In totaal zijn vijf meta-analyses en reviews naar intensieve pedagogische thuishulpprogramma's, één meta-analyse en drie RCT's naar multisysteemtherapie en één veranderingsonderzoek naar de Deltamethode meegenomen. Verder zijn de beschrijvingen van de interventies van de Databank Effectieve Jeugdinterventies geraadpleegd (bijlage 5).

Uitgangsvraag 3 betreft de toepassing van interventies waarmee ouders en kinderen tijdens de uithuisplaatsing ondersteund kunnen worden. Voor de beantwoording van deze vraag is een literatuursearch gedaan in de internationale database Psychinfo. Er is gezocht met (een combinatie van) de volgende termen:

- family reunification, reunification,
- intervention, treatment,
- treatment outcome evaluation, empirical study, randomized clinical trial,

In deze zoektocht naar literatuur is ook de grijze literatuur – indien gevonden – meegenomen en beoordeeld. Daarnaast is de Databank Effectieve Jeugdinterventies geraadpleegd. In een focusgroep is om aanvullende informatie over mogelijke interventies bij jeugdhulpaanbieders gevraagd.

Bij de literatuursearch van de verschillende uitgangsvragen is niet expliciet gezocht naar kennis over jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Voor zover binnen de gevonden literatuur informatie naar voren kwam over deze doelgroep, is dit meegenomen bij de beantwoording van de vraag. Deze informatie kwam echter zeer beperkt naar voren. Voor aanvullende kennis is gebruik gemaakt van het themadossier 'LVB jeugdigen' van het Nederlands Jeugdinstituut en

de Richtlijn Effectieve Interventies LVB van het Landelijk kenniscentrum LVG (De Wit, Moonen, & Douma, 2011). De Richtlijn Effectieve Interventies LVB is gebaseerd op een literatuurstudie en interviews met deskundigen op het gebied van behandeling van jeugdigen met een LVB. Daarnaast is de klankbordgroep gevraagd naar hun ervaringen in de toepassing van de richtlijn bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.

Naar de vraag in hoeverre bij de toepassing van de richtlijn rekening moet worden gehouden met verschil in leeftijd, sekse, diversiteit in etnische achtergrond is geen aparte literatuurstudie verricht. Voor zover dit uit de aangegeven literatuur naar voren komt is dit weergegeven in de richtlijn. Aangezien er slechts minimaal informatie beschikbaar is over differentiatie op basis van sekse en diversiteit in etnische achtergrond in de bestudeerde literatuur, is deze vraag voorgelegd aan de focusgroepen en de klankbordgroep. In deze groepen hebben deskundigen hierop een practice-based antwoord geformuleerd.

1.6.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal

Om de kwaliteit van wetenschappelijk bewijsmateriaal te kunnen beoordelen, is de systematiek van de Erkeningscommissie (Jeugd)interventies gevolgd (Van Yperen & Van Bommel, 2009). Deze methode is toegesneden op de onderzoekspraktijk die in de jeugdhulp en jeugdbescherming gangbaar is. Volgens deze methode worden bij de beoordeling van het wetenschappelijke materiaal zeven niveaus onderscheiden. Deze lopen uiteen van 'zeer sterk bewijs' tot 'zeer zwak bewijs'. De conclusies die uit de beoordeling van de wetenschappelijke studies voortvloeien, zijn weer in drie niveaus in te delen. Deze niveaus corresponderen met die van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ). Voor de beoordeling van studies die niet over interventies gaan, is een ander passend beoordelingskader gebruikt.

In deze richtlijn is niet alleen onderzoek naar effectieve interventies meegenomen, maar ook onderzoek naar het verloop van de besluitvorming. Daarbij was het niet te beoordelen aan de hand van de DEJ criteria in welke mate de sterkte van het bewijs was. Het gaat immers bij besluitvorming niet om interventies. Wel kunnen diagnostische middelen op betrouwbaarheid en validiteit beoordeeld worden. Dit vraagt om een andere indeling dan het hanteren van de DEJ criteria. De studies voor de uitgangsvraag 1 zijn dan ook beoordeeld aan de hand van de GRADE methode (zie bijlage 7).

1.6.4 Tot stand komen aanbevelingen

De aanbevelingen volgen uit de conclusies en de overige overwegingen. De conclusies zijn weer gebaseerd op de beschikbare 'evidence'. Dit is een ruim begrip. 'Evidence' behelst namelijk niet alleen wetenschappelijk bewijs, maar ook literatuur over het onderwerp waarover in de praktijk consensus bestaat. In aanvulling op de literatuur zijn er daarnaast vanuit de praktijk een aantal belangrijke overwegingen. Hieronder vallen zaken als bijwerkingen en risico's, en de voorkeur van cliënten voor de een of andere behandeling. Deze 'overige overwegingen' zijn in de werkgroep, de focusgroepen en de klankbordgroep en op basis van reacties uit de praktijk geformuleerd. Aanbevelingen komen dus niet uit de lucht vallen. Ze zijn gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, de praktijkkennis van hulpverleners, de voorkeuren van cliënten en overige overwegingen.

1.6.5 Commentaarfase

Een eerste versie van de richtlijn is voor commentaar voorgelegd aan de volgende partijen:

- De Richtlijnadviescommissie jeugdhulp en jeugdbescherming (RAC-J) heeft de richtlijn bekeken vanuit het perspectief van het projectplan en de opdrachtverstrekking, en heeft globaal de inhoud en de geschiktheid voor de proefinvoering beoordeeld.
- De beroepsverenigingen NIP, NVO en BPSW hebben zich gebogen over de tekst van de richtlijn en de daarbij behorende onderbouwing.
- Defence for Children Nederland heeft advies uitgebracht over de mate waarin de richtlijn overeenstemt met het VN-verdrag inzake de Rechten van het Kind.
- Het expertisecentrum van de William Schrikker Groep is nagegaan of de richtlijn en aanbevelingen ook van toepassing zijn op kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking.

Alle feedback is daarna door de ontwikkelaars gewogen. Dit heeft in veel gevallen tot aanpassing van de richtlijn geleid. Waar dit niet is gebeurd, is dit door de ontwikkelaars in een separaat document gemotiveerd.

1.6.6 Proefimplementatie

Aan de invoering van de richtlijn is een proefimplementatie voorafgegaan. Voor elke proefinvoering is een invoerteam geformeerd. Dit team stelde jeugdprofessionals in staat de richtlijn op proef uit te proberen in een context die voor de richtlijn relevant was. Uiteindelijk hebben zes teams, verdeeld over drie organisaties binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, gedurende drie maanden de richtlijn uitgeprobeerd.

Door een tijdlang op proef met een richtlijn te werken, is bekeken of een richtlijn voldeed. Waren de aanbevelingen die erin worden gedaan bijvoorbeeld concreet genoeg? Konden de professionals in de dagelijkse praktijk met de richtlijn uit de voeten? En hoe kon de invoering van de richtlijn worden vergemakkelijkt? Op dergelijke vragen moest de proefinvoering antwoord geven.

Een proefinvoering werd daarom steeds nauwkeurig voorbereid. Eerst werd, in samenspraak met de ontwikkelaar, vastgesteld wat de kernelementen van de richtlijn zijn zodat duidelijk was op welke punten geëvalueerd moest worden. Vervolgens kregen de organisaties die op proef met de richtlijn gingen werken een voorbereidings- en instructiebijeenkomst. Daarna ging de proefperiode van drie maanden in. Gedurende deze periode hielden de jeugdprofessionals aan de hand van een registratieformulier bij welke onderdelen van de richtlijn ze konden toepassen, en welke problemen ze daarbij eventueel tegenkwamen. Zo werden ervaringen in het werken met de richtlijn nauwkeurig in kaart gebracht.

Alle teams die de richtlijn hebben uitgeprobeerd werden na afloop van de proefperiode geïnterviewd in een focusgroep. Ook is een aantal cliënten en iemand van het management gevraagd naar hun bevindingen. De uitkomsten van de evaluatie zijn teruggegeven aan de richtlijnontwikkelaars. Zij konden indien nodig de richtlijn verder aanscherpen. Na autorisatie door de beroepsverenigingen kon de richtlijn vervolgens worden verspreid en ingevoerd volgens een algemeen invoerplan voor alle richtlijnen.

1.6.7 Betrokkenheid van cliënten

Cliënten zijn gedurende het hele proces bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken geweest. Zo hebben ze hun voorkeuren aangegeven bij het bepalen van de uitgangsvragen. Daarnaast hebben ze tijdens de proefimplementatie hun ervaringen met het werken vanuit de richtlijn kenbaar gemaakt. Verder is er een werkgroep van ervaringsdeskundigen (de zogenaamde 'cliëntentafel') geformeerd. De cliënten zijn door het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCF)¹ benaderd.

De cliëntentafel is tijdens de ontwikkeling van de richtlijn geraadpleegd als er vragen waren. Door mee te denken over inhoud en formulering hebben de cliënten een grote bijdrage geleverd aan de praktische bruikbaarheid van de richtlijn. Dit geldt met name voor aspecten als de ongelijkheid tussen hulpverlener en cliënt, de ouder- en opvoedingsrelatie en zorgen om de jeugdige. De cliëntentafel heeft geadviseerd om hulpverlening vanuit de richtlijn te baseren op gedeelde besluitvorming. Om cliënten te informeren over de inhoud van de richtlijn, is een cliëntversie van de richtlijn ontwikkeld, die van commentaar is voorzien door de cliëntentafel. De cliëntversie kan cliënten helpen om samen met de professional afwegingen te maken en beslissingen te nemen over de hulp die zij nodig hebben.

1.6.8 Bijstelling en herziening van de richtlijn

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Nu de richtlijn is uitgebracht, wordt informatie verzameld over het gebruik van de richtlijn. De zo verzamelde feedback, maar ook nieuwe inzichten kunnen aanleiding zijn om de richtlijn bij te stellen. Het is gebruikelijk richtlijnen ongeveer eens in de vijf jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is. Gedurende de looptijd van het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* (tot en met 2015) ziet de Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming toe op de bijstelling van de richtlijnen. Na afloop van de programmaperiode zal het beheer van de richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming worden overgedragen aan een daartoe op te zetten of aan te wijzen organisatie.

1.6.9 Samenstelling werkgroep

De *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is ontwikkeld door de Werkgroep Uithuisplaatsing en Crisisplaatsing bestaande uit de volgende leden:

Werkgroep	
Prof. dr. T. Zandberg	Voorzitter; emeritus hoogleraar orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG)
Drs. R. Koning	Psycholoog en gekwalificeerde gedragswetenschapper bij Bureau Jeugdzorg Groningen; lid Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Drs. M. van Oosteren	Orthopedagoog bij De Rading; lid Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
J.P. Meijer	Crisisinterventiemedewerker bij Bureau Jeugdzorg Gelderland; lid Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)

¹ Het LCFJ is april 2012 gefuseerd met LOC zeggenschap in zorg.

Dr. M. Kamphuis	Jeugdarts KNMG; senior onderzoeker bij TNO; vicevoorzitter Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
Drs. K. Rosenbrand	Richtlijnontwikkelaar Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO)
Mr. H.C. van den Bosch	Jurist (zelfstandig); senior projectleider bij Jeugdzorg Nederland
C. Bartelink, MSc	Richtlijnontwikkelaar; onderzoeker/adviseur bij het Nederlands Jeugdinstituut (Nji)
Dr. I.J. ten Berge	Richtlijnontwikkelaar; expert bij het Nederlands Jeugdinstituut (Nji)
I. Meuwissen, Msc	Onderzoeker/adviseur bij het Nederlands Jeugdinstituut (Nji)
Drs. R.T. van Vianen	Projectleider Richtlijnen Uithuisplaatsing en Crisisplaatsing; senioradviseur Nederlands Jeugdinstituut (Nji).

De werkgroep heeft bij aanvang de kaders voor de richtlijn vastgesteld en uit de uitgangsvragen zeven uitgangsvragen geselecteerd verdeeld over drie onderwerpen waar de richtlijn op in gaat. De werkgroep heeft vervolgens in vijf rondes feedback gegeven op de literatuurselectie en de ontwikkeling van de teksten, conclusies en aanbevelingen.

De tekst van de richtlijn is in twee commentaarrondes (twee bijeenkomsten) voorgelegd aan een klankbordgroep met vertegenwoordigers van de jeugdhulp. Deze bestond uit de volgende leden:

Klankbordgroep

Dhr. P. de Jonge	Orthopedagoog
Mevr. M. Evers	Inspectie Jeugdzorg
Mevr. D. Ewouds	Bureau Jeugdzorg Utrecht
Mevr. J. van den Voorn	Bureau Jeugdzorg Utrecht
Dhr. R. van de Water	Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
Mevr. C. Prins	GGZ Drenthe
Mevr. I. Troost	Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
Mevr. E. van Kalveen	Raad voor de Rechtspraak
Mevr. M. Kuipers	Raad voor de Kinderbescherming
Mevr. N. ten Haaf	Bureau Jeugdzorg Gelderland

1.7 Juridische betekenis van de richtlijn

Deze richtlijn beschrijft wat onder goed professioneel handelen wordt verstaan. De kennis die tijdens het schrijven van de richtlijn beschikbaar was, vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar ook over praktijkkennis en de voorkeuren van cliënten. Door deze kennis in kaart te brengen wil de richtlijn jeugdprofessionals houvast bieden. Het idee is dat zij de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen vergroten als ze de richtlijn volgen. Ook kan de richtlijn cliënten helpen om de juiste keuzes te maken.

Richtlijnen zijn geen juridische instrumenten. Dat wil zeggen dat ze geen juridische status hebben, zoals een wet, of zoals regels die op een wet gebaseerd zijn. Ze kunnen wel juridische betekenis hebben. Daarvoor moet de richtlijn allereerst door de beroepsgroep worden onderschreven. De nu voorliggende richtlijn is aangenomen door drie beroepsverenigingen (NIP, NVO en BPSW). Deze zijn representatief voor de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Samen werken ze aan het ontwikkelen van richtlijnen. Maar de juridische betekenis van een richtlijn hangt ook af van diens praktische bruikbaarheid. De richtlijn moet bijvoorbeeld niet te vaag of te algemeen gesteld zijn. Hij dient aan te geven waarop hij precies betrekking heeft, zonder zo 'dichtgetimmerd' te zijn dat er weinig of niets van de eigen verantwoordelijkheid van de professional overblijft. Kunnen jeugdprofessionals in de praktijk goed met de richtlijn uit de voeten, dan zegt dat iets over de kwaliteit en daarmee de waarde van die richtlijn.

Uitgangspunt is dat richtlijnen door de jeugdprofessional worden toegepast. Ze vormen immers de uitdrukking van wat er in het werkveld door de beroepsgroep als goed professioneel handelen wordt beschouwd. Daarom worden ze ook wel een 'veldnorm' genoemd. Richtlijnen zijn dus niet vrijblijvend, maar ook geen 'dictaat'. Dat wil zeggen dat ze niet bindend zijn: de jeugdprofessional kan ervan afwijken. Hij móet er zelfs van afwijken als daarmee – naar zijn oordeel – de belangen van de cliënt beter zijn gediend. De informatie in de richtlijn is namelijk niet het enige waarop de professional zich dient te baseren om tot goede zorg te komen. Hij dient ook de unieke situatie van de cliënt plus diens voorkeuren mee te wegen, en zich te houden aan wet- en regelgeving en het beroepsethische kader van zijn beroepsgroep. Correct gebruik van richtlijnen vooronderstelt dus het nodige vakmanschap.

Het is daarom van groot belang dat de beroepsbeoefenaar kan motiveren waarom hij van de richtlijn is afgeweken. Hij moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Om die reden moeten ze ook in het dossier worden opgenomen. Op deze manier kan de professional verantwoording afleggen over zijn beroepsmatig handelen. Niet alleen aan de cliënt, maar eventueel ook aan de tuchtrechter.

1.8 Diversiteit

Om een goede werkkrelatie te kunnen opbouwen, is goed contact met ouders van belang. Nu vinden niet alle ouders het even makkelijk hulpverleners te vertrouwen. De jeugdprofessional moet daarom voldoende tijd nemen om dit vertrouwen te winnen. Ook is het raadzaam er rekening mee te houden dat ouders een ander referentiekader kunnen hebben. Ze denken bijvoorbeeld dat de ziekte van hun kind een andere oorzaak heeft dan de professional denkt, of ze kijken anders tegen opvoeden aan. De jeugdprofessional hoort te onderzoeken met welke verwachtingen de ouders komen en zich bewust te zijn van de verwachtingen die hijzelf van

de ouders heeft. Ouders kunnen ook weerstand hebben tegen de bemoeienis van (overheids) instanties bij de opvoeding van hun kind. In zulke situaties is meer tijd nodig om het vertrouwen te winnen.

Er zijn ook ouders die niet goed met het gangbare schriftelijke materiaal uit de voeten kunnen, bijvoorbeeld doordat ze de taal niet goed machtig zijn, laag zijn opgeleid of een (licht) verstandelijke beperking hebben. Zij kunnen ook moeite hebben met bepaalde interventies, omdat deze uitgaan van een taalvaardigheid en een abstractievermogen dat bij hen niet voldoende aanwezig is. De jeugdprofessional doet er daarom goed aan te zorgen voor begrijpelijk voorlichtingsmateriaal, en voor een interventie te kiezen die aansluit bij de capaciteiten van zowel de ouders als de jeugdige.

1.9 Gedeelde besluitvorming

Het is van groot belang dat de jeugdprofessional ouders en jeugdige uitnodigt tot samenwerking en hen gedurende het hele proces bij de besluitvorming betreft. Beslissingen hebben immers een grote impact op hun leven. Daarom horen de wensen en verwachtingen van ouders en jeugdige leidend te zijn. Hun ervaringen, hun kijk op de problematiek en de oplossing ervan vormen het uitgangspunt voor de afwegingen die de professional maakt. Actieve deelname van ouders en jeugdige bevordert bovendien het effect van de hulpverlening.

Nu kunnen ouders en jeugdige pas echt als volwaardig partner meedenken en meepraten als zij voldoende geïnformeerd zijn. De richtlijn kan hierbij helpen. De professional bespreekt de richtlijn met ouders en jeugdige en wijst hen op het bestaan van een cliëntversie. Hij legt de stappen in het zorgproces uit op een manier die voor hen begrijpelijk is, houdt rekening met de emoties die zijn verhaal oproept en biedt ouders en jeugdige de ruimte om te reageren. Hij legt hun uit welke keuzemogelijkheden er zijn, om vervolgens samen na te gaan hoe zij tegen deze opties aankijken. Welke voorkeuren hebben ze en wat willen ze juist niet? Elke jeugdige heeft, ongeacht zijn leeftijd, het recht om zijn mening te geven. Aan deze mening wordt een passend gewicht toegekend: niet de leeftijd maar de capaciteiten van de jeugdige zijn leidend. Een jeugdige moet dan wel weten wat er aan de hand is. De jeugdprofessional hoort dus duidelijk uit te leggen wat er speelt, op een niveau dat aansluit bij de capaciteiten van de jeugdige.

In principe volgt de professional bij de besluitvorming de voorkeur van ouders en jeugdige. Is de veiligheid van de jeugdige in het geding, dan kan dat mogelijk niet. De professional legt in zo'n geval duidelijk uit waarom hij een andere keuze maakt, en wat daarvan de consequenties zijn.

Zo komt er een proces van gedeelde besluitvorming (shared decision making) op gang.

Professionals, ouders én jeugdige hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het zorgproces te laten slagen. Zij moeten dus samenwerken. Onder samenwerking wordt verstaan dat de jeugdprofessional:

- luistert naar de verwachtingen en wensen van ouders en jeugdige. Deze zijn leidend in het hele proces. Maakt de professional een afwijkende keuze, dan legt hij uit waarom hij dat doet;
- ouders en jeugdige (indien van toepassing met behulp van deze richtlijn) informeert wat wel en niet werkt bij bepaalde problemen;
- ouders en jeugdige uitleg geeft over de verschillende stappen in het proces van diagnostiek en behandeling;

- ouders en jeugdige verschillende hulpmogelijkheden voorlegt die van toepassing zijn op hun situatie; de voor- en nadelen van elke optie bespreekt (liefst door cijfers/feiten ondersteund); en nagaat welke voorkeuren ouders en jeugdige hierin hebben;
- er voortdurend rekening mee houdt dat het ouders en jeugdige aan kracht, vaardigheden of inzicht kan ontbreken om optimaal van de aangeboden hulp gebruik te maken. Het expliciet delen van deze omstandigheden en pogen hierover (meer) gedeeld perspectief te krijgen, is noodzakelijk om samen tot een besluit te komen waarin ouders en jeugdige zich het best kunnen vinden;
- niet alleen oog heeft voor de jeugdige, maar voor het hele gezin;
- zich aanpast aan het tempo van ouders en jeugdige bij het doorlopen van het proces, tenzij het jeugdige acuut in gevaar is. In dat geval dient de jeugdprofessional uit te leggen waarom bepaalde stappen nu genomen moeten worden;
- zich ervan vergewist dat ouders en jeugdigen begrijpen wat gezegd en geschreven wordt;
- ouders bij een zorgsignaal zo snel mogelijk betreft;
- ouders in een open sfeer uitnodigt tot samenwerking;
- open en niet-veroordelend luistert naar het individuele verhaal van elke ouder en elke jeugdige;
- open en niet-veroordelend luistert naar de problemen die ouders en jeugdige ervaren;
- oog heeft voor de mate waarin ouders zich gestuurd voelen dan wel vrijwillig hulp hebben gezocht;
- uitgaat van de kracht en motivatie van ouders om in de opvoeding bepaalde doelen te bereiken;
- met ouders en jeugdige afstemt wat reëel en 'goed genoeg' is.

Maar ook ouders, en indien van toepassing ook de jeugdigen, werken naar beste kunnen mee. Dit houdt in dat zij:

- zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden om het zorgproces te laten slagen;
- zelf de regie hebben, mits zij het belang van de jeugdige (waaronder de veiligheid) voorop stellen;
- bereid zijn tot samenwerking met de jeugdprofessional;
- openstaan voor de kennis en ervaring van de professional;
- vragen om advies, en proberen iets met dat advies te doen;
- ondersteuning toestaan als zij zelf onvoldoende mogelijkheden hebben om een advies op te volgen;
- op tijd aangeven dat iets niet werkt of niet past;
- eventueel om extra ondersteuning en/of een andere jeugdprofessional vragen;
- zelf hun mening en ideeën naar voren brengen.

Gedeelde besluitvorming is dus zowel in het vrijwillige als in het gedwongen kader van toepassing. In het gedwongen kader kunnen er wel minder keuzeopties zijn, of kunnen er aan bepaalde keuzes andere voorwaarden of consequenties zijn verbonden. Dit maakt het zorgproces gecompliceerd, maar onderstreept het belang van een goede samenwerking. Ouders en jeugdige dienen ook bij zorg in een gedwongen kader uitvoerig geïnformeerd te

worden over de eventuele keuzemogelijkheden, de maatregelen die worden genomen, en over hun rechten en plichten hierin. De professional dient regelmatig te vertellen welke stappen er worden gezet en wat er van ouders en jeugdige verwacht wordt.

De professional moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Hij hoort hiervan aantekening te maken in het dossier.

1.10 Veranderingen in de zorg

Het kan voorkomen dat in de ene gemeente bepaalde interventies wel worden aangeboden en in de andere gemeente niet. Ook kan het aanbod binnen gemeenten per jaar verschillen. Bovendien kan het voorkomen dat aanbevolen interventies (voor onbepaalde tijd) helemaal niet beschikbaar zijn. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod dat gericht is op beschermende of risicofactoren bij het gezin. Meld daarnaast lacunes in het hulpaanbod bij de manager van de instelling. Gebruik de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* daarbij als onderbouwing.

1.11 Leeswijzer

De *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. Het onderhavige document bevat de onderbouwing van de richtlijn waarin gedetailleerd en gedocumenteerd wordt onderbouwd hoe de aanbevelingen tot stand zijn gekomen. Het is vanwege zijn omvang minder bruikbaar voor de dagelijkse praktijk. De *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is in een apart document weergegeven zonder uitgebreide onderbouwing *Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Daarnaast is de richtlijn samengevat in werkkaarten. De richtlijn en werkkaarten ondersteunen jeugdprofessionals om de richtlijn toe te passen in de dagelijkse praktijk van de jeugdhulp en jeugdbescherming. Voor cliënten en andere geïnteresseerden is een cliëntversie van de richtlijn gemaakt. Deze is apart verkrijgbaar. Alle documenten zijn openbaar. Zie www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

In hoofdstuk 2 staat de afbakening centraal en lichten we het juridisch en theoretisch kader toe. In hoofdstuk 3 beantwoorden we de uitgangsvragen over besluitvorming over uithuisplaatsing. In hoofdstuk 4 staat het voorkomen van uithuisplaatsen centraal. In hoofdstuk 5 gaan we in op het ondersteunen en begeleiden van de jeugdigen en ouders bij een uithuisplaatsing of terugplaatsing. Vanwege de leesbaarheid hebben we ervoor gekozen de uitgangsvragen per onderwerp in verschillende hoofdstukken uit te werken.

Ter bevordering van de leesbaarheid is in deze richtlijn een aantal keuzes in terminologie gemaakt.

- De term 'jeugdigen' omvat zowel kinderen als jongeren. Met 'kinderen' worden jeugdigen van nul tot twaalf jaar bedoeld, onder 'jongeren' worden jeugdigen van twaalf tot achttien jaar verstaan. Waar 'kinderen', 'jongeren' of 'jeugdigen' staat kan ook 'het kind', 'de jongere' of 'de jeugdige' worden gelezen, en omgekeerd.
- Als in dit document over 'ouders' wordt gesproken, zijn dit de personen die juridisch het gezag over de jeugdige heeft. Als het gaat over pleeg-, adoptie- of stiefouders, de gezinshuisouders, de juridische ouders of andere volwassenen die de ouderrol vervullen,

worden die expliciet zo genoemd. Waar 'ouders' staat kan ook 'een ouder' worden gelezen, en omgekeerd.

- Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel 'gedragswetenschappers' (psychologen, pedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) verstaan als hbo-opgeleide 'jeugdzorgwerkers'. Zij staan over het algemeen geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). Met sommige aanbevelingen kunnen beide groepen hun voordeel doen, andere zijn vooral van toepassing op jeugdzorgwerkers of juist op gedragswetenschappers. Waar dit onderscheid van belang is, wordt specifiek over gedragswetenschappers dan wel over jeugdzorgwerkers gesproken.
- In deze richtlijn wordt met het oog op de leesbaarheid verder alleen de mannelijke vorm gehanteerd. Maar waar 'hij' staat kan uiteraard ook 'zij' worden gelezen.

Hoofdstuk 2

Definitie en afbakening

2.1 Afbakening

De *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is bedoeld voor de jeugdhulp en jeugdbescherming. Uithuisplaatsing in het kader van de AWBZ valt buiten deze richtlijn.

De Bureaus Jeugdzorg beschikken over werkinstructies voor uithuisplaatsing in dit kader. De voorliggende richtlijn sluit nauw aan op de instructies voor AWBZ plaatsingen.

De gedwongen uithuisplaatsing in het kader van de Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis (BOPZ) is voorbehouden aan psychiaters in de J-GGZ. De richtlijn voor de jeugdhulp en jeugdbescherming verwijst in voorkomende voorvallen naar de BOPZ. Een richtlijn voor de BOPZ ontwikkelen valt buiten het kader van de vraag over richtlijnontwikkeling voor de jeugdhulp en jeugdbescherming. Plaatsingen in een justitiële jeugdinrichting (PIJ-maatregel) vallen buiten het bestek van deze richtlijn, omdat besluitvorming hiervan niet door professionals in de jeugdhulp wordt uitgevoerd, maar door kinderrechtters.

2.2 Wat is uithuisplaatsing?

Een uithuisplaatsing houdt in dat een jeugdige - al dan niet tijdelijk - ergens anders verblijft dan in zijn eigen gezin, bijvoorbeeld in een residentiële instelling, gezinshuis of pleeggezin.

Een uithuisplaatsing kan zowel vrijwillig als gedwongen plaatsvinden. Voor een vrijwillige uithuisplaatsing geeft tot 1 januari 2015 Bureau Jeugdzorg een indicatiebesluit af. Na die datum is het de taak van de gemeente om hiervoor een verleningsbeschikking te nemen. Voor een gedwongen uithuisplaatsing is een OTS met een machtiging uithuisplaatsing nodig, die de kinderrechter afgeeft. Daarnaast is er bij een gedwongen uithuisplaatsing ook een indicatiebesluit nodig.

We spreken van uithuisplaatsing als een jeugdige minimaal twee nachten per week bij een zorgaanbieder of pleeggezin (dus niet bij de ouders) verblijft. Dat betekent dat het in deze richtlijn - conform de Wet op de Jeugdzorg - gaat om de volgende te indiceren vormen van jeugdhulp:

- Verblijf
- Verblijf pleegouder 24-uurs
- Verblijf Accommodatie zorgaanbieder 24-uurs
- Observatiediagnostiek
- Observatiediagnostiek 24-uurs

Vanwege de specifieke juridische aspecten en omdat het relatief weinig voorkomt, is plaatsing in de gesloten jeugdhulp niet in deze richtlijn meegenomen.

2.3 Doelgroep

Deze richtlijn is bedoeld voor gezinnen met een jeugdige van 0 tot 18 jaar (met uitloop tot 23 jaar) waar een uithuisplaatsing of terugplaatsing overwogen wordt. Uitloop tot 23 jaar is alleen mogelijk wanneer een jongere voor zijn 18e verjaardag al uit huis geplaatst is en de plaatsing na zijn 18e verjaardag doorloopt.

De richtlijn richt zich op de volgende vormen van uithuisplaatsing: uithuisplaatsing in een pleeggezin, een residentiële instelling of een gezinshuis. Het kan gaan om zowel vrijwillige uithuisplaatsingen (met instemming van jeugdige en/of ouders) als gedwongen uithuisplaatsingen (met ondertoezichtstelling en machtiging uithuisplaatsing). Voor vrijwillige

uithuisplaatsingen is tot 1 januari 2015 een indicatiestelling van Bureau Jeugdzorg nodig. Na deze datum is het aan de gemeente om hier een verleningsbesluit over te nemen. Voor een gedwongen plaatsing is altijd een machtiging van de kinderrechter nodig, binnen het kader van een ondertoezichtstelling. Zie hiervoor verder par 2.6, het juridische kader.

Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking vallen ook onder deze richtlijn voor zover er eveneens sprake is van opvoed- en opgroei problemen en er een indicatie voor jeugdhulp of jeugd-ggz nodig is. Deze richtlijn gaat niet in op indicaties voor de gehandicaptenzorg. Hiervoor verwijzen wij naar de voor deze sector geldende richtlijnen.

Plaatsing in een justitiële jeugdinrichting valt buiten het bestek van deze richtlijn, evenals uithuisplaatsingen vanwege zintuiglijke, lichamelijke en licht verstandelijke beperkingen.

2.4 Doel van uithuisplaatsing

Het doel van een uithuisplaatsing is de veiligheid te herstellen, de ontwikkeling van een kind (weer) op gang te brengen en zijn welzijn te bevorderen.

Daaraan ondergeschikt kunnen allerlei andere doelen tijdens de uithuisplaatsing gesteld worden, afhankelijk van de individuele situatie van gezinnen. In het ene gezin heeft bijvoorbeeld het kind behandeling nodig voor ernstige emotionele en gedragsproblemen, terwijl in een ander gezin de nadruk ligt op het versterken van opvoedvaardigheden en het verbeteren van de ouder-kindrelatie.

2.5 Betrokken partijen bij uithuisplaatsing

Betrokken bij de uithuisplaatsing zijn:

1. Ouders en jeugdigen
2. Bureau Jeugdzorg (indicatiesteller en gezinsvoogd)
3. Zorgaanbieder
4. Raad voor de Kinderbescherming
5. Kinderrechter

2.6 Juridisch kader

Bij de onderwerpen uithuisplaatsing en terugplaatsing zijn internationale en nationale (juridische) kaders van toepassing. Internationaal gezien zijn dat het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) en Richtlijnen voor Alternatieve Zorg van Kinderen (Verenigde Naties [VN], 15 juni 2009). De Nederlandse wet- en regelgeving rondom uithuisplaatsing is vastgelegd in de Wet op de Jeugdzorg (vanaf 1 januari 2015 in de Jeugdwet) en ook in het Burgerlijk Wetboek (BW). De richtlijn is van toepassing op uithuisplaatsing met instemming van betrokkenen, de vrijwillige uithuisplaatsing en op de uithuisplaatsing in het kader van een kinderschermingsmaatregel, in de meeste gevallen is dat de ondertoezichtstelling. Bij de uitvoering van de voogdij is het plaatsingsproces meestal al achter de rug. Het IVRK is op alledrie de kaders van uithuisplaatsing van toepassing. Ook de richtlijn is daarop van toepassing.

Een uitgewerkte verhandeling van de juridische rechten per onderwerp staat in bijlage 2.

We hebben er voor gekozen hier een samenvatting te geven op hoofdlijnen.

2.6.1 Besluitvorming

Ouders hebben het recht en de plicht om hun kind op te voeden en de jeugdige heeft het recht om door de eigen ouders te worden opgevoed (artikel 7 IVRK; artikel 247.1 BW). De ouders passen in de verzorging en opvoeding van hun kind geen geestelijk of lichamelijk geweld toe en vernederen het kind niet (artikel 19 IVRK; artikel 1:247.2 BW).

Gaat het toch niet goed thuis, dan kan een uithuisplaatsing ter sprake komen. Daarbij is altijd een professional uit de jeugdhulp betrokken. Hij spreekt met ouders en jeugdige de eventuele uithuisplaatsing door, en regelt de informed consent. Is de uithuisplaatsing vrijwillig, dan is het besluit van de ouders (en bij jeugdigen boven de zestien jaar de jeugdige) doorslaggevend.

Jeugdigen die ernstig in hun ontwikkeling of gezondheid worden bedreigd, en waarbij bescherming geboden is, kunnen door de kinderrechter ondertoezicht gesteld worden op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming (artikel 1:255 BW (tot 1 januari 2015 artikel 1:254 BW)), indien nodig gekoppeld aan een machtiging van de kinderrechter tot uithuisplaatsing (artikelen 1:265a en 265b BW, tot 1 januari 2015 artikel 1:261 BW)). Ouders hebben dan niet meer alleen de verantwoordelijkheid voor hun kind, maar delen die met een gezinsvoogd. Een Bureau Jeugdzorg of een landelijk werkende instelling (formeel ook de Raad voor de Kinderbescherming) moet bij elke uithuisplaatsing (dus ook wanneer kind en ouders het ermee eens zijn) een machtiging uithuisplaatsing van de kinderrechter verkrijgen. Een kinderrechter kan een machtiging uithuisplaatsing afgeven wanneer de verzorging en opvoeding van een kind in het geding zijn, of wanneer onderzoek naar de geestelijke of lichamelijke gesteldheid van de jeugdige noodzakelijk is.

Het besluit tot uithuisplaatsing hoort niet uit de lucht te komen vallen. Ouders en jeugdige dienen in het proces eraan voorafgaand zorgvuldig bij de besluitvorming te worden betrokken (artikelen 12, 9.1, 3.1, 3.2 en 12 IVRK).² Dit geldt zowel voor een vrijwillige plaatsing als voor een plaatsing in jeugdbeschermingskader.

Aparte aandacht behoeft plaatsing in het kader van een voogdij uitgeoefend door een rechtspersoon. Formeel is dan geen instemming van ouders nodig en - met uitzondering van de gesloten plaatsing - ook geen machtiging van de kinderrechter. Ook voor deze plaatsingen gelden het IVRK en de richtlijn. Het feit dat ouders geen gezag hebben wil niet zeggen dat ze helemaal niet bij de uithuisplaatsing betrokken hoeven te worden. Alleen verschilt de mate waarin: die is afhankelijk van de speciale omstandigheden van de jeugdige.

2.6.2 Voorkomen van uithuisplaatsing

De verplichtingen die uit het IVRK voortvloeien zijn verder uitgewerkt in de Internationale Richtlijnen voor Alternatieve Zorg van Kinderen (VN, 15 juni 2009). In relatie tot de Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming zijn de volgende aanwijzingen relevant:

1. Ouders en kinderen hebben het recht om problemen eerst binnen het gezin aan te pakken.
“Aangezien het gezin de hoeksteen van de samenleving vormt en de natuurlijke omgeving voor de ontplooiing, het welzijn en de bescherming van kinderen is, moeten alle inspanningen erin de eerste plaats op gericht zijn dat het kind onder de zorg van zijn/haar ouders kan blijven of worden teruggebracht of, in voorkomend geval, onder die van naaste familieleden.”

² De betrokkenheid van jeugdigen en ouders staat uitgewerkt in de paragraaf over gedeelde besluitvorming.

2. "Ieder kind en iedere jongere moet in een ondersteunende, beschermende en zorgzame omgeving leven waarin de volledige ontplooiing van zijn/haar mogelijkheden wordt bevorderd."
3. "Wanneer het eigen gezin van het kind, zelfs met voldoende ondersteuning, niet in staat is adequate zorg aan het kind te bieden, of het kind in de steek laat of er afstand van doet, is de staat verantwoordelijk voor het beschermen van de rechten van het kind en moet de staat zorgen voor passende alternatieve zorg, samen met of via lokale bevoegde autoriteiten en naar behoren gemachtigde maatschappelijke organisaties."

Ouders zijn primair verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kind (artikel 18.1 IVRK) en hebben recht op ondersteuning van de overheid. Alle inspanningen er in de eerste plaats op gericht zijn dat het kind onder de zorg van zijn/haar ouders kan blijven of worden teruggebracht of, in voorkomend geval, onder die van naaste familieleden (VN, 2009).

2.6.3 Ondersteunen jeugdigen en ouders bij uithuisplaatsing en terugplaatsing

Een jeugdige heeft recht op contact met de ouders, broers en zussen, opa's en oma's. Het recht op contact tussen ouders en jeugdigen vloeit direct uit de wet voort. Een beperking van dit recht is alleen mogelijk bij onderling goedvinden en - indien er geen consensus is - door een beslissing van de kinderrechter. Dit laatste vindt bij uithuisplaatsing in vrijwillig kader echter nauwelijks plaats. Extra complicaties kunnen zich voordoen als er een door de rechter vastgestelde omgangsregeling van toepassing is. Bij een geschil hierover volgt meestal een rechterlijke uitspraak, waarbij het initiatief veelal ligt bij degene die contact wil. Als er een ondertoezichtstelling is, dan heeft de gezinsvoogd vanaf 1 januari 2015 de mogelijkheid om de rechter te verzoeken om een verdeling in de zorg- en opvoedingstaken of een regeling inzake de uitoefening van het recht op omgang vast te stellen of te wijzigen (artikel 1:263g BW nieuw). Tot 1 januari 2015 kan de gezinsvoogd uitsluitend verzoeken een reeds vastgestelde omgangsregeling te wijzigen in het belang van de ondertoezichtstelling (artikel 1:263b BW oud). De gezinsvoogd kan ook de contacten tussen de ouders en de jeugdige beperken indien er sprake is van een uithuisplaatsing indien dit in het belang is van de doelstelling van de uithuisplaatsing (artikel 1:265f BW, (1:263a BW oud)).

Ook hebben jeugdigen recht op contact met eerdere pleegouders op grond van het door de pleeggezin plaatsing ontstane recht op family life (artikel 9 IVRK).

2.6.4 Aandacht voor speciale groepen jeugdigen

In het internationale jeugdrecht worden bepaalde groepen kinderen aangewezen als kwetsbare kinderen, die op grond van hun specifieke kwetsbaarheid recht hebben op bijzondere zorg. Het betreft kinderen met een handicap (artikel 23 IVRK), kinderen die slachtoffer zijn van geweld (artikel 39 IVRK), vluchtelingenkinderen en kinderen die in Nederland verblijven zonder verblijfsvergunning (artikel 22 IVRK). Bij deze groepen is het van belang rekening te houden met hun specifieke kwetsbaarheid. Hiervoor zal niet zelden specifieke kennis nodig zijn.

2.7 Theoretisch kader

Een gezonde samenleving heeft gezond functionerende jeugdigen nodig. Dat betekent dat elke jeugdige talenten heeft en elke jeugdige meedoet. Dat vraagt om ontwikkeling van talenten en actief meedoen op school en daarbuiten. Het is daarbij nodig dat jeugdigen gaandeweg leren

om verantwoordelijkheid te dragen voor zichzelf en hun omgeving. Dat vraagt om een goede pedagogische kwaliteit van de leefomgeving van kinderen en jongeren. Hiervoor is jeugdbeleid waarin de gewone, positieve ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen centraal staat, en goede opvoedingsondersteuning nodig (Van Yperen & Westering, 2010).

Niet alle jeugdigen bevinden zich in een opvoedingssituatie die hun welzijn en ontwikkeling bevordert. In sommige situaties komt dat door ouders zelf zoveel problemen hebben dat zij geen oog meer hebben voor hun kinderen. In andere situaties vraagt de jeugdige zoveel extra zorg – bijvoorbeeld vanwege een psychiatrische stoornis of een lichamelijke of licht verstandelijke beperking – dat professionele hulp nodig is. Het vraagt om inzet van effectieve hulp in situaties waarin het welzijn of de ontwikkeling van jeugdigen om wat voor reden dan ook niet optimaal is. Soms is het nodig de opvoeding van ouders over te nemen en een jeugdige uit huis te plaatsen.

In deze richtlijn staan vier uitgangspunten wat betreft uithuisplaatsing centraal:

1. de richtlijn is opgesteld vanuit het perspectief van jeugdigen en hun ouders;
2. de ontwikkeling en het welzijn van de jeugdige staan centraal;
3. uithuisplaatsing is een traject waarin voortdurend beslissingen genomen worden;
4. alle beslissingen aangaande het hele proces van uithuisplaatsing worden gedragen door het bewustzijn dat een uithuisplaatsing een zeer ingrijpende aangelegenheid is voor alle betrokkenen en dat een uithuisplaatsing dus in de minst ingrijpende, maar wel meest doelmatige vorm aangeboden moet worden.

In het algemeen is het belangrijk rekening te houden met algemeen werkzame factoren.

Algemeen werkzame factoren zijn werkzame elementen die ongeacht de doelgroep en het specifieke type interventie bevorderend zijn voor de effectiviteit (Van Yperen, 2010).

In de eerste plaats heeft dit te maken met factoren die in het algemeen van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg die een hulpverlener biedt. Voorbeelden hiervan zijn:

- een goede werkrelatie tussen enerzijds de hulpverlener en anderzijds ouders en jeugdigen;
- een duidelijke structuur in de interventie (heldere doelen, planmatige en stapsgewijze aanpak);
- aansluiten bij de motivatie/wensen en behoeften van ouders en jeugdigen;
- een handelingsrepertoire dat aansluit bij de problemen en hulpvragen van ouders en jeugdigen;
- uitvoering van de interventie zoals bedoeld;
- goede opleiding en training (Van Yperen, 2010).

Hulpverleners die deze factoren in huis hebben, hebben over het algemeen een grote kans van slagen in de hulpverlening aan gezinnen.

Andere belangrijke algemeen werkzame factoren liggen op organisatieniveau. Ze bepalen vooral de werkomstandigheden van de hulpverlener. Voorbeelden hiervan zijn:

- goede monitoring;
- supervisie/coaching;
- draaglijke caseload;
- oog voor de veiligheid van de hulpverlener (Van Yperen, 2010).

De algemeen werkzame factoren worden niet verder uitgewerkt in deze richtlijn, tenzij er specifieke aandachtspunten zijn met betrekking tot het proces van uithuisplaatsing.

2.7.1 Perspectief van jeugdigen en ouders

Het is belangrijk ouders en jeugdigen centraal te stellen in de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Alle beslissingen aangaande het hele proces van uithuisplaatsing worden daarbij gedragen door het bewustzijn dat een uithuisplaatsing een zeer ingrijpende aangelegenheid is voor alle betrokkenen en dat een uithuisplaatsing derhalve in de minst ingrijpende, maar wel meest doelmatige vorm aangeboden moet worden.

Daarmee bedoelen we dat de richtlijn het proces volgt zoals ouders en jeugdigen dat doormaken. Dat betekent ook dat we niet ingaan op de vraag wie of welke organisatie bepaalde onderdelen moet uitvoeren of wie welke verantwoordelijkheden in het uithuisplaatsingsproces heeft. In de praktijk blijkt dit namelijk niet overal op dezelfde manier geregeld te zijn; Bureaus Jeugdhulp en zorgaanbieders hebben regionaal afspraken gemaakt over wie waarvoor verantwoordelijk is.

Door ouders en jeugdigen als vertrekpunt te nemen, kunnen hulpverleners vanuit verschillende organisaties of vanuit verschillende afdelingen binnen een organisatie dezelfde taal gaan spreken. Dit bevordert de afstemming en samenwerking, waardoor zij beter gezamenlijk verantwoordelijkheid kunnen nemen voor de zorg en veiligheid van jeugdigen. Een bijkomend voordeel is ook dat de geplande transitie op deze manier de richtlijn niet in de weg zit. Er wordt dan immers niet geredeneerd vanuit het perspectief van de betrokken hulpverleners. Wat ouders en jeugdigen nodig hebben blijft immers hetzelfde, ongeacht waar in het jeugdstelsel dit precies gepositioneerd is.

Dat we uitgaan van het perspectief van ouders en jeugdige betekent niet per se dat de hulpverlener altijd doet wat zij willen. Het kan zijn dat wat ouders en jeugdige het niet met elkaar eens zijn. Het kan ook zijn dat wat zij willen tegenstrijdig is wat uit wetenschappelijk onderzoek bekend is. Bijvoorbeeld wanneer ouders liever willen dat een jeugdige in een residentiële instelling verblijft dan in een pleeggezin, terwijl onderzoek laat zien dat een jeugdige zich beter kan ontwikkelen in een pleeggezin. In die situaties is het essentieel dat de hulpverlener ouders en jeugdige in gesprek gaat over de hun wensen en duidelijk kan uitleggen wat voor- en nadelen van verschillende plaatsingsmogelijkheden zijn.

2.7.2 Ontwikkeling en welzijn van de jeugdige centraal

Deze richtlijn beoogt de ontwikkeling en het welzijn van jeugdigen die mogelijk uit huis geplaatst moeten worden of uit huis geplaatst zijn te bevorderen.

Kalverboer en Zijlstra (2006)^{3,4}, noemen de volgende voorwaarden voor een gezonde ontwikkeling van jeugdigen:

1. Gezin: actuele situatie
 - a. Fysiek welzijn
 - Adequate verzorging
Adequate verzorging is de zorg voor gezondheid en fysiek welbevinden (bijvoorbeeld het bieden van ruimte, verwarming, kleding, persoonlijk eigendom, voeding, inkomen, etc.) passend bij de jeugdige. Daarnaast ervaren de ouders geen zorgen met betrekking tot deze conditie.
 - Een veilige fysieke directe omgeving
Een veilige fysieke directe omgeving biedt lichamelijke bescherming aan de jeugdige. Dat betekent afwezigheid van gevaar in de woning en omgeving, afwezigheid van bedreigende toxische invloeden, afwezigheid van mishandeling en afwezigheid van geweld in de directe omgeving van de jeugdige.
 - b. Opvoeding
 - Affectief klimaat
Geborgenheid, steun en begrip van de ouder, passend bij de jeugdige en tot uiting komend in de relatie die het kind met zijn ouder heeft.
 - c. Een ondersteunende flexibele opvoedingsstructuur
 - Voldoende regelmaat in het leven van alledag.
 - Aanmoediging, stimulering, geven van instructie en het stellen van realistische eisen.
 - Het stellen van grenzen, het geven van regels, het geven van inzicht in en argumenten voor de gestelde grenzen en regels.
 - Het uitoefenen van controle op het gedrag van de jeugdige.
 - Het voldoende ruimte laten aan de jeugdige voor eigen wensen en vrijheid voor eigen initiatief en experimenteren, evenals de vrijheid om over de structuur te (leren) onderhandelen.
 - De jeugdige krijgt niet meer verantwoordelijkheid dan hij aankan en ervaart zo binnen die begrenzing de gevolgen van zijn gedrag, leert zo de gevolgen in te schatten en zijn gedrag af te wegen.
 - d. Adequaat voorbeeldgedrag ouder
De jeugdige neemt gedrag, optreden, normen en waarden van zijn ouders over die nu en later van belang zijn
 - e. Interesse
Het tonen van belangstelling voor de jeugdige en zijn leefwereld door de ouder.

³ Overgenomen uit M.E. Kalverboer & A.E. Zijlstra (2006). Het belang van het kind in het Nederlands recht: voorwaarden voor ontwikkeling vanuit een pedagogisch perspectief. Amsterdam: SWP.

⁴ NB. Deze richtlijn gaat niet in op het voldoen aan al deze ontwikkelingsvoorwaarden. Het richt zich in het bijzonder op de situatie in gezinnen. Waar het meer algemeen over de samenleving gaat, bijvoorbeeld een veilige buurt, gaat deze richtlijn niet op in. Het valt buiten het bereik van (individuele) jeugdzorgprofessionals om de samenleving te beïnvloeden.

2. Gezin: toekomst en verleden

a. Continuïteit in opvoeding en verzorging, toekomstperspectief

Een ouder verzorgt de jeugdige en voedt het op zodanig dat er hechting optreedt. Het basisvertrouwen dat ontstaat wordt in stand gehouden door de beschikbaarheid van de ouder. De jeugdige ervaart een toekomstperspectief.

3. Samenleving: actuele situatie

a. Een veilige fysieke wijdere omgeving

Een veilige fysieke wijdere omgeving biedt lichamelijke bescherming aan de jeugdige. De buurt waarin de jeugdige opgroeit is veilig evenals de samenleving. Criminaliteit, oorlogen, natuurrampen, besmettelijke ziekten etc zijn afwezig.

b. Respect

De behoeften, wensen, gevoelens en verlangens van de jeugdige worden serieus genomen door de omgeving van de jeugdige.

c. Sociaal netwerk

De jeugdige (gezin) heeft diverse steunbronnen in zijn omgeving waarop hij een beroep kan doen.

d. Educatie

De jeugdige krijgt scholing en opleiding en de gelegenheid tot het ontplooien van talenten (bijvoorbeeld sport of muziek).

e. Omgang met leeftijdgenoten

De jeugdige heeft omgang met andere jeugdigen in gevarieerde situaties passend bij de belevingswereld en het ontwikkelingsniveau van de jeugdige.

f. Adequaat voorbeeldgedrag samenleving

De jeugdige komt in contact met andere jeugdigen en volwassenen van wie hij gedrag, optreden, normen en waarden kan overnemen die voor hem nu en later van belang zijn.

4. Samenleving: toekomst en verleden

a. Stabiliteit in levensomstandigheden, toekomstperspectief

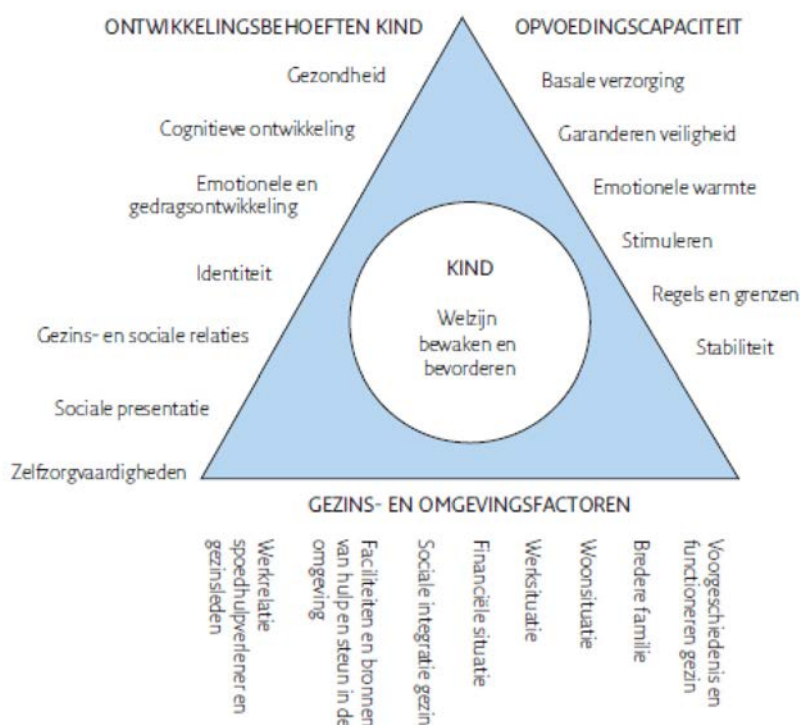
De omgeving verandert niet onvoorzien en plotseling. Optredende veranderingen komen aangekondigd en zijn inzichtelijk voor de jeugdige. Identificatiefiguren en steunbronnen blijven bestaan, evenals de mogelijkheid tot het aangaan van relaties door eenheid van taal. De samenleving biedt de jeugdige een toekomstperspectief.

Wanneer hulpverleners beslissen over uithuisplaatsing, terug- of overplaatsing, dan wel wellicht permanente uithuisplaatsing en andere hulp is het belangrijk dat zij met deze voorwaarden voor gezonde ontwikkeling rekening houden. De kernvraag hierbij is steeds: Wat heeft deze jeugdige nodig om zich optimaal te kunnen ontwikkelen?

Hulpverleners kunnen onderzoeken in hoeverre aan ontwikkelingsbehoeften en –voorwaarden voldaan wordt met behulp van Het Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (Department of Health, 2000). Het Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (Department of Health, 2000) helpt om een zorgvuldige afweging te maken met het oog op de veiligheid, het welzijn en de ontwikkeling van jeugdigen.

De volgende driehoek geeft weer welke domeinen van belang zijn om gezond te kunnen opgroeien:





Figuur 2.1. Het Framework for the Assessment of Children in Need and their Families

De vraag wat nodig is om het welzijn en de ontwikkeling van de jeugdige te stimuleren blijft in deze richtlijn gedurende het hele proces steeds centraal staan. Soms, zeker in complexe situaties, raken hulpverleners hiervan afgeleid en richten ze hun aandacht op andere issues in het gezin, bijvoorbeeld op de problemen van de ouders. Het kan dan gebeuren dat ze hulp bieden aan de ouders zonder dat duidelijk is of dit ook het welzijn of de ontwikkeling van de jeugdige bevordert. Het zicht op de jeugdige is dan verdwenen (Department of Health, 2000).

Het Framework stelt dat dat het welzijn en de ontwikkeling van de jeugdige worden bepaald door de interactie tussen drie domeinen (de drie zijden van de driehoek):

1. de ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige;
2. de capaciteiten van de ouders (opvoeders) om in die behoeften te voorzien;
3. de invloed van gezins- en omgevingsfactoren op enerzijds de capaciteiten van de ouders en anderzijds de jeugdige.

Deze drie domeinen zijn onderling verbonden. Daarbij is het belangrijk in het oog te houden dat er bij de ouders risicofactoren aanwezig kunnen zijn die hun opvoedingscapaciteiten beïnvloeden en bij jeugdigen risicofactoren die hun ontwikkelingsbehoeften beïnvloeden. Daarnaast kunnen er natuurlijk ook beschermende factoren zijn, die in de aanwezigheid van problemen een compenserende werking kunnen hebben. Ook in het gezin en de omgeving kunnen er risico- en beschermende factoren aanwezig zijn.

2.7.3 Uithuisplaatsing is een traject

De veiligheid, ontwikkeling en het welzijn van de jeugdige staan centraal. Dat betekent dat hier tijdens het traject van uithuisplaatsing doorlopend aandacht voor dient te zijn. Uithuisplaatsing is te beschouwen als een middel om de veiligheid te herstellen, de ontwikkeling (weer) op gang te brengen en het welzijn te bevorderen.

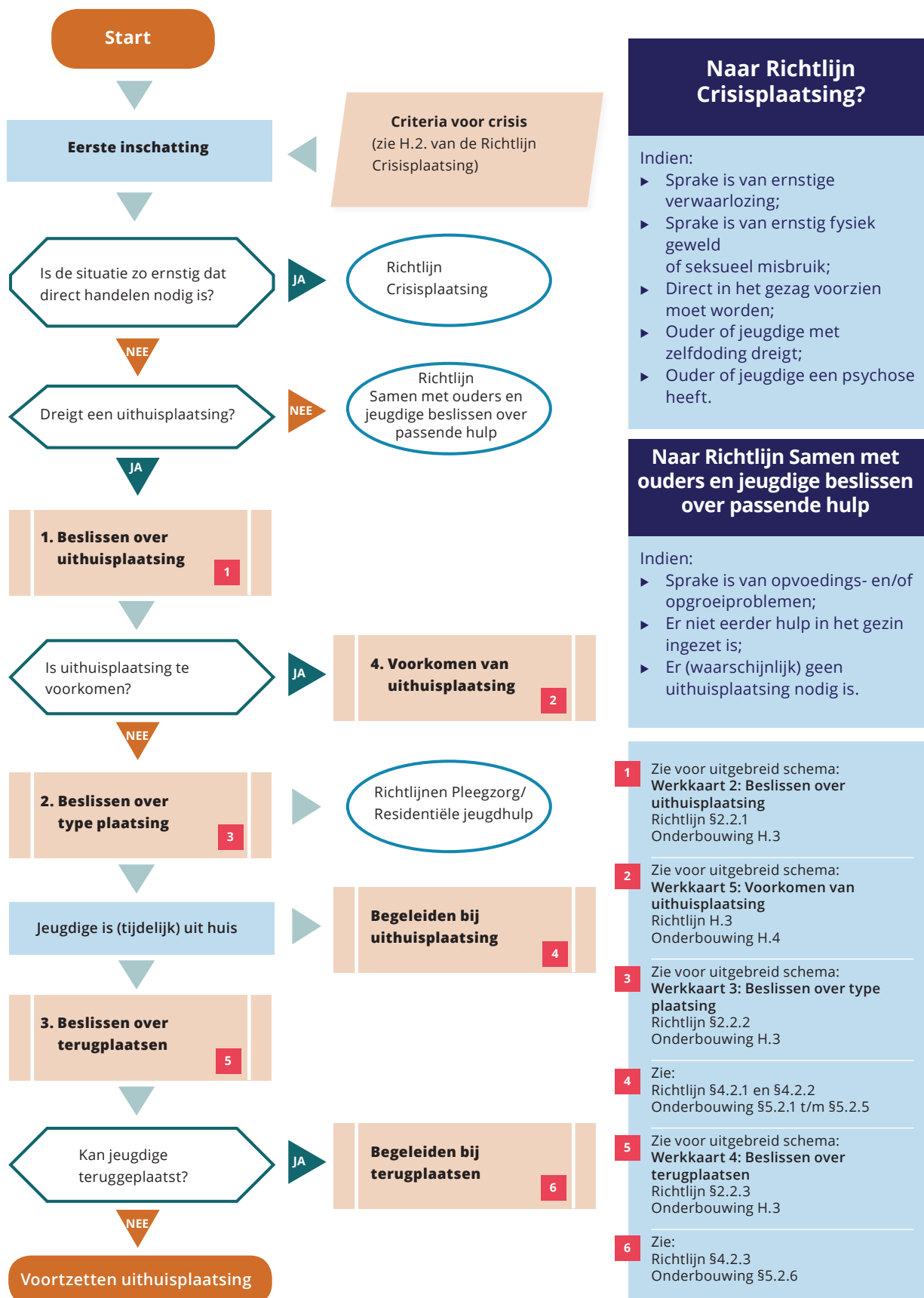
Uithuisplaatsing is niet alleen een moment – de jeugdige is uit huis geplaatst -, maar vooral een traject. Voordat een feitelijke uithuisplaatsing plaatsvindt, is er immers vaak al veel gebeurd: ouders hebben al van alles zelf geprobeerd, diverse hulpverleners hebben zich ermee bemoeid, allerlei interventies zijn ingezet. Uiteindelijk is dit niet voldoende gebleken en is het (toch) uitgemond in een uithuisplaatsing. Daarmee is het voor het gezin niet afgelopen: ouders blijven ouders, ook al voeden zij hun kind (voorlopig) niet meer op. Ook blijven zij te maken houden met allerlei hulpverleners. Bovendien wordt na verloop van tijd besloten of een jeugdige weer naar huis kan of misschien langdurig elders geplaatst moet worden. Artikel 25 IVRK geeft de jeugdige (en zijn ouders) recht op een regelmatige evaluatie van de plaatsing.

Dat uithuisplaatsing te beschouwen is als een traject en een middel heeft een aantal consequenties voor het handelen van jeugdprofessionals.

Ten eerste is het belangrijk dat het traject van uithuisplaatsing doelgericht is. Er moeten dus heldere doelen worden geformuleerd. Dat kunnen doelen voor de korte termijn, maar ook doelen voor de lange termijn zijn. Een doel kan bijvoorbeeld zijn dat de ouders hun psychische problematiek gaan aanpakken zodat zij thuis weer veilig voor hun eigen kind kunnen zorgen. Zulke doelen vergen een lange adem. Daarom moet bij langetermijndoelen ook worden beslist over het perspectief van de jeugdige. De hulpverlener moet dus antwoord zien te krijgen op de vraag of de thuissituatie van de jeugdige dusdanig zal verbeteren dat terugplaatsing mogelijk is. Ook moet hij te weten zien te komen wat ervoor nodig is om terugplaatsing mogelijk te maken. Ten tweede is het nodig dat het traject van uithuisplaatsing gefaseerd is.

Het traject van een uithuisplaatsing staat schematisch weergegeven in figuur 2.2.

Figuur 2.2. Traject van uithuisplaatsing



In de volgende hoofdstukken komen delen van dit schema herhaaldelijk terug. Het traject start na een eerste inschatting van de aard en ernst van de problemen. Is direct ingrijpen noodzakelijk, dan kan beter de *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Van Vianen, Mourits, Ten Berge, & Meuwissen, 2015) worden geraadpleegd. Is direct ingrijpen niet aan de orde, dan volgt een probleemanalyse (paragraaf 3.7).

Als er geen sprake is van een dreigende uithuisplaatsing, doet de professional er goed aan de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015) te raadplegen. Is een uithuisplaatsing niet meer te voorkomen, dan wordt verwezen naar paragraaf 3.7. Hierin staat beschreven welke type plaatsing de voorkeur heeft.

Dreigt er wel een uithuisplaatsing, maar zijn er nog mogelijkheden deze te voorkomen, dan is hoofdstuk 4 aan de orde. Hierin staat welke interventies de professional kan inzetten om een uithuisplaatsing af te wenden.

Een beslissing om een jeugdige (tijdelijk) uit huis te plaatsen, dient regelmatig geëvalueerd te worden. Hoe je dat doet, wordt beschreven in paragraaf 3.7. Als besloten is dat een jeugdige naar een pleeggezin of een residentiële woon- of behandelplek gaat, dan treden de *Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Baat, Van den Bergh, & De Lange, 2015) en/of de *Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange, Addink, Haspels, & Geurts, 2015) in werking. Bij zowel (tijdelijke) uithuisplaatsing als bij terugplaatsing is het van belang jeugdige en ouders goed te begeleiden (zie hoofdstuk 5).

Tot slot is uithuisplaatsing ook een cyclisch proces: stappen kunnen herhaaldelijk opnieuw doorlopen worden wanneer dat nodig is. Doelen kunnen tijdens een evaluatie worden bijgesteld, en er kan opnieuw worden besloten wat het beste is voor de ontwikkeling of het welzijn van de jeugdige.

Hoofdstuk 3

Besluitvorming

3.1 Inleiding

Het besluit om een jeugdige uit huis te plaatsen is een ingrijpend moment voor zowel de jeugdige als diens ouders. Deze beslissing dient zeer zorgvuldig overwogen te worden, niet alleen vanwege het ingrijpende karakter voor de betrokkenen, maar ook omdat een verkeerde beslissing grote gevolgen kan hebben voor de veiligheid en een gezonde ontwikkeling van de jeugdige. Daarbij moeten verschillende en vaak tegenstrijdige belangen van jeugdige en ouders goed worden afgewogen, zoals het recht/belang van de jeugdige om bij de eigen ouders op te groeien versus het recht op bescherming tegen mishandeling en verwaarlozing, of het recht van ouders om hun kind naar eigen inzicht op te voeden versus het belang van de jeugdige om in een veilige omgeving op te groeien. Soortgelijke overwegingen spelen ook bij het weer thuis plaatsen van een eerder uithuisgeplaatst kind.

Dit hoofdstuk gaat in op de besluitvorming over uithuisplaatsing. In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor het zorgvuldig beoordelen en beslissen in situaties waarin een uithuisplaatsing nodig lijkt dan wel een terugplaatsing overwogen wordt.

3.1.1 Uitgangsvragen

Er zijn vier uitgangsvragen over besluitvorming geformuleerd:

1. Beoordelen en beslissen over uithuisplaatsing en terugplaatsing
 - a. Welke afwegingen en criteria zijn van belang om te beslissen of een uithuisplaatsing nodig is?
 - b. Welke afwegingen en criteria zijn van belang om te beslissen waar een jeugdige het beste geplaatst kan worden?
 - c. Welke afwegingen en criteria zijn van belang om te beslissen of een terugplaatsing mogelijk is?
2. Termijnen voor besluitvorming
 - a. Binnen welke termijn moeten jeugdige, ouders en omgeving weten wat het toekomstperspectief is?
 - b. Wanneer is terugplaatsing nog verantwoord, gezien de leeftijd van de jeugdige en de duur van de uithuisplaatsing?
3. Wat is aan te bevelen bij het gezamenlijk uithuisplaatsen van broers en zussen?
4. Welke rol mogen en kunnen ouders en jeugdige spelen in de besluitvorming over uithuisplaatsing en terugplaatsing?

3.1.2 Totstandkoming van de aanbevelingen

De literatuurstudie geeft inzicht in criteria en overwegingen die een rol spelen in de besluitvorming over uithuisplaatsing en terugplaatsing. Er is in Psychinfo gezocht met (een combinatie van) de volgende termen:

- decision-making, measurement, assessment
- out of home; out-of-home placement, out of home placement, out of home care, alternative care, home removal

Echter, de literatuur bleek fragmentarisch en laat onvoldoende zien hoe verschillende factoren gewogen moeten worden in de uiteindelijke beslissing. Zo kan bijvoorbeeld op basis van de literatuur gedacht worden dat jeugdigen bij psychische problemen of een licht verstandelijke

beperking van ouders altijd uit huis geplaatst moeten worden. Het is echter in strijd met internationale verdragen en nationale regelgeving om enkel vanwege psychische problemen of een verstandelijke beperking van ouders, een jeugdige uit huis te plaatsen. In de praktijk blijkt dit ook niet altijd nodig, bijvoorbeeld omdat wel over ouders voldoende opvoedingscapaciteiten beschikken of er een ondersteunend sociaal netwerk is. Daardoor zijn de bevindingen uit de literatuur onvoldoende bruikbaar in de praktijk.

De ontwikkelaars hebben vervolgens op basis van het Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (Department of Health, 2000), de notitie Veiligheidsbeleid en risicomanagement in Bureau Jeugdzorg (Ten Berge & Van Montfoort, 2008) en de literatuurstudie een verdere structurering en uitwerking van het besluitvormingsproces gemaakt. Daartoe zijn kernbeslissingen onderscheiden die uitgewerkt zijn in beslisschema's. In een focusgroep bestaande uit ervaren praktijkwerkers zijn vervolgens de bevindingen uit de literatuur en de beslisschema's getoetst op relevantie en volledigheid voor de praktijk.

De leden van de focusgroep onderschreven het belang van zorgvuldig beslissen en deelden de conclusies van de ontwikkelgroep en hadden op enkele punten aanvullingen op de beslisschema's. Deze feedback is verwerkt in aanbevelingen die in dit hoofdstuk worden gegeven. Het verslag van de focusgroep is op te vragen bij de ontwikkelaars.

3.1.3 Opzet van dit hoofdstuk

De volgende paragraaf geeft een samenvatting van de wetenschappelijke en praktijkliteratuur. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen inhoudelijke overwegingen bij het uithuisplaatsen dan wel terugplaatsen van jeugdigen en aanvaardbare termijnen.

Paragraaf 3.3 gaat in op de literatuur over het gezamenlijk plaatsen van broers en zussen.

Paragraaf 3.4 beschrijft juridische kaders en literatuur voor beslissen in dialoog met ouders en jeugdigen.

Vervolgens worden in paragraaf 3.6 aanbevelingen gegeven voor zorgvuldig beoordelen en beslissen in het algemeen. Paragraaf 3.7 geeft een uitwerking van de inhoudelijke overwegingen die relevant zijn voor de belangrijkste beslissingen in het besluitvormingstraject: het uithuisplaatsing en terugplaatsen van de jeugdige en het beslissen welk soort plek het meest aangewezen is. Inzichten over aanvaardbare termijn voor de besluitvorming zijn daarin ook meegenomen.

3.2 Samenvatting van de literatuur over “Besluitvorming”

Deze paragraaf beschrijft welke kennis uit de literatuur beschikbaar is met betrekking tot overwegingen bij beslissen tot uithuisplaatsing dan wel terugplaatsing van jeugdigen. De bevindingen uit de literatuur betreffen twee onderwerpen:

1. inhoudelijke afwegingen en criteria voor de beslissing tot uithuisplaatsing (3.2.1), terugplaatsing (3.2.2) en soort plaats (3.2.3);
2. overwegingen over wat aanvaardbare termijnen voor de besluitvorming zijn (3.2.4).

3.2.1 Afwegingen en criteria voor de beslissing tot uithuisplaatsing

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat er een aantal algemene afwegingen is bij de besluitvorming over uithuisplaatsing. Daarnaast blijken specifieke kenmerken van de jeugdige, de omgang ouder-kind (hier opvoeding genoemd), de ouders, gezin en

omgeving, en hulpverlening in de praktijk de besluitvorming te beïnvloeden. Tenslotte geeft gehechtheidsonderzoek zicht op specifieke overwegingen over gehechtheid van jeugdigen in relatie tot uithuisplaatsing en terugplaatsing.

Algemene afwegingen

Op basis van een literatuuronderzoek concluderen Van Dam en Ten Haaf (1999) dat de volgende factoren in onderlinge samenhang van invloed zijn op de beslissing tot uithuisplaatsing:

- Aard en ernst van de problemen
- Verhouding tussen draagkracht en draaglast

Draagkracht betreft de mogelijkheid van ouders om een verzorgings- en opvoedingssituatie in stand te houden die een evenwichtige ontwikkeling van de jeugdige mogelijk maakt.

Draaglast zijn de probleemaspecten die de opvoedingssituatie belasten. Draagkracht wordt meer overschreden wanneer er een opeenstapeling van stressfactoren is en compenserende factoren ontbreken.

- Veranderbaarheid van het gezin

De veranderbaarheid van het gezin wordt bepaald aan de hand van de effectiviteit van eerdere hulp en maatregelen en de werkbaarheid van het cliëntsysteem. Met werkbaarheid wordt enerzijds de veiligheid van de opvoedingssituatie voor de jeugdige (kindermishandeling) bedoeld en anderzijds de motivatie en vaardigheden van betrokkenen om problemen aan te pakken en profijt te hebben van hulp.

Het Britse Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (Department of Health, 2000) helpt om een zorgvuldige afweging over de noodzakelijke hulp te maken met het oog op de veiligheid, het welzijn en de ontwikkeling van jeugdigen. De beslissing over noodzakelijke hulp die in het belang van jeugdigen is, hangt af van drie factoren: de ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige, de opvoedingscapaciteiten van ouders en gezins- en omgevingsfactoren. Het Framework geeft tevens uitgebreid inhoudelijke aandachtspunten met betrekking tot de beoordeling van deze drie factoren.

Een specifieke uitwerking van het Framework in het kader van het beoordelen van veiligheid van jeugdigen, is het Safeguarding Assessment and Analysis Framework (SAAF; Bentovim, Cox, Bingley Miller, & Pizzey, 2012). Het SAAF werkt belangrijke aandachtspunten uit voor de beoordeling van aard en ernst van de schade die aan een jeugdige is aangericht, taxatie van risico's op toekomstige schade, en prognose voor interventies.

Factoren die de beslissing tot uithuisplaatsing beïnvloeden

Verschillende studies beschrijven factoren op het niveau van de jeugdige, de omgang ouder-kind (opvoeding), de ouder, gezin en omgeving, en hulpverlening die van invloed zijn op de beslissing een jeugdige uit huis te plaatsen. Deels gaat het over factoren die volgens professionals meespelen in hun besluitvorming, deels betreft het onderzoek naar factoren die in de praktijk van belang bleken.

Mening van professionals

DeRoma, Kessler, McDaniel en Soto (2006) onderzochten welke factoren volgens maatschappelijk werkers belangrijk zijn in het beslissen tot uithuisplaatsing. Maatschappelijk

werkers beoordeelden 35 factoren die met het welzijn en de veiligheid van jeugdigen te maken hadden, en gaven een ranking aan. Werkers bleken vooral de mate waarin de niet-mishandelende ouder grenzen kan stellen aan de pleger en de motivatie van ouders voor hulp belangrijk te vinden.

Britner en Mossler (2002) onderzochten hoe verschillende groepen professionals in de jeugdhulp informatie gebruiken en prioriteren in beslissingen over uithuisplaatsing na kindermishandeling. Daarvoor legden zij vier korte casusbeschrijvingen voor aan kinderrechters, advocaten, maatschappelijk werkers en professionals uit de geestelijke gezondheidszorg. Verschillende groepen leggen op verschillende aspecten in de casus nadruk. Maatschappelijk werkers en ggz-professionals baseren hun beslissing op informatie over de aard en ernst van de kindermishandeling en informatie over eerdere hulpverlening en de resultaten daarvan. Rechters en advocaten kijken meer naar de kans op herhaling van kindermishandeling en het vermogen van de jeugdige om te vertellen over de kindermishandeling. Britner en Mossler concluderen dat de professionele groep waar de werker deel van uitmaakt, de beslissing sterker beïnvloedt dan casusspecifieke informatie zoals leeftijd en etniciteit van de jeugdige, de ernst van de kindermishandeling.

Dossieronderzoek

Zuravin en DePanfilis (1997) voerden een dossieronderzoek uit om factoren die de beslissing tot uithuisplaatsing in een pleeggezin beïnvloeden te achterhalen.

Lavergne et al. (2011) voerden een dossieronderzoek uit naar overwegingen bij het beslissen over uithuisplaatsing in de jeugdbescherming waar kindermishandeling zich al dan niet in combinatie met partnergeweld voordeed. De resultaten laten zien dat partnergeweld niet leidt tot ingrijpendere interventies door hulpverleners. De aanwezigheid van andere vormen van kindermishandeling en risicofactoren droegen sterker bij aan de beslissing tot uithuisplaatsing dan partnergeweld.

McCue Horwith, Hurlburt, Cohen, Zhang en Landverk (2011) deden een longitudinaal onderzoek naar factoren die uithuisplaatsing beïnvloeden bij jeugdigen die na kindermishandeling in eerste instantie thuis bleven wonen.

Overzichtsstudies

Bullens (1995) heeft op basis van vooral het werk van Steinhauer een overzicht gemaakt van factoren die een rol spelen in de beslissing tot uithuisplaatsing.

Knorth (1995) schreef een overzichtsartikel over beslissen uithuisplaatsing op basis van beschikbare wetenschappelijke literatuur. Hij concludeert dat de wetenschappelijke literatuur over besluitvorming bij uithuisplaatsing beperkt is en dat andere factoren dan cliënt gerelateerde factoren een sterke rol spelen, met name praktische overwegingen ten aanzien van de plaatsing.

In tabel 3.1 zijn de factoren genoemd die uit de diverse onderzoeken naar voren zijn gekomen

Tabel 3.1. Factoren die een rol spelen in de beslissing tot uithuisplaatsing

Kind	Opvoeding	Ouders	Gezin & Omgeving	Hulpverlening
Leeftijd ^{2,5}	Kindermishandeling 1. (ernstige) mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik of getuige zijn van geweld in de partnerrelatie ^{2,5,7} 2. Meerdere vormen ⁹ 3. Ernst en duur/patroon van kindermishandeling ^{1,2} 4. (Kans op) herhaling van kindermishandeling ^{1,5,6,7,9} 5. Vermogen van de niet-mishandelende ouder om grenzen te stellen aan de pleger ³	Middelenmisbruik ^{7,9}	Aanwezigheid van risicofactoren in het gezin (naar mate er meer risicofactoren aanwezig waren, was de kans op UHP groter) ⁷	1. Mogelijkheid om met ambulante hulp de gezinssituatie te verbeteren ² 2. Tekortschieten van en/of grenzen bereikt door eerdere hulp ^{1,5}
Aanwezigheid van een matige tot ernstige ontwikkelingsbeperking ^{1,7}	1. Kwaliteit van de opvoeding ¹ 2. Gebrek aan opvoedingsvaardigheden ⁵ 3. Excessieve of ongeschikte disciplinerings-methode ⁵	Psychische problematiek ^{5,7,9}	Financiële situatie/ Gezinsinkomen ^{1,7}	Crisissituatie ¹
Gehechtheidsrelatie met ouders ^{1,3,4}	1. Onrealistische verwachtingen van de jeugdige ⁷ 2. Gebrek aan ondersteuning voor de jeugdige door ouders ^{3,5} 3. Gebrekkige stimulering van de ontwikkeling (in de vorm van cognitieve stimulering, emotionele ondersteuning en adequate fysieke omgeving) ⁷	Verstandelijke of fysieke beperking ^{1,5,9}	Kwaliteit van gezins- en familierelaties ¹	Eerdere uithuisplaatsing ⁵
(Ernstige) emotionele en gedragsproblemen ⁵		Problemen in de partnerrelatie / huiselijk geweld ^{6,7,9}	Veiligheid van de omgeving ¹	Gebrek aan samenwerking / medewerking ^{1,3,5,6,7}
Gevaarlijk/bedreigend gedrag voor zichzelf of naar anderen ⁵		Tekortschietende draagkracht (in relatie tot ervaren draaglast) ⁸	Ontbreken van stabiliteit van het gezin (bijv. regelmatig verhuizen, werkloosheid en financiële problemen) ^{1,3}	
Verminderd contact met realiteit ⁵		Jonge moeder (jonger dan 18,5 jaar) ⁹	veel stress in het gezin	
Kwetsbaarheid van de jeugdige voor onveilige leefsituatie: 1. Subjectieve beleving (draaglast van de jeugdige) ² 2. Objectief (potentiële schadelijkheid voor de jeugdige) ⁵		Recente geschiedenis van arrestaties of detentie ¹		
		Geschiedenis van mishandeling/ verwaarlozing ²	hulp geboden aan de opvoeder ^{3,7}	

¹ Britner & Mossler, 2002; ² Bullens, 1995; ³ DeRoma, Kessler, McDaniel & Soto, 2006; ⁴ Juffer, 2010; ⁵ Knorth, 1995;

⁶ Laverigne e.a., 2011; ⁷ McCue Horwitz e.a., 2011; ⁸ Van Dam & Ten Haaf, 1999; ⁹ Zuravin & DePanfilis, 1997

Specifieke overwegingen met betrekking tot gehechtheid

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat gehechtheidsrelaties een cruciale rol spelen in de ontwikkeling van jeugdigen (Fearon, Bakermans-Kranenburg, Lapsley, & Roisman 2010; Juffer, 2010; Perry, 2009; Schneider, Atkinson, & Tardif, 2001; Van den Bergh & Weterings, 2007; Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Jeugdigen die onveilig gehecht zijn, lopen een groter risico op allerlei problemen. Dit geldt het sterkst bij een onveilige gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie. Genoemde problemen zijn:

1. Achterstand in de hersenontwikkeling (Perry, 2009);
 2. Ontwikkelingsproblemen en psychische problemen (Fearon et al., 2010; Van IJzendoorn et al., 1999);
 3. Problemen in relaties met leeftijdgenoten (Schneider, Atkinson, & Tardif, 2001);
 4. Omgaan met stress (copingvaardigheden; Holwerda, 2012; Van IJzendoorn et al., 1999);
- Een veilige gehechtheid heeft een positieve invloed op de cognitieve en taalvaardigheden van jeugdigen (Murray & Yingling, 2000; O'Connor & McCartney, 2007).

Voor meer informatie over gehechtheid verwijzen we naar de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Wolff, Van Bakel, Juffer, Dekker-van der Sande, Sterkenburg, & Thoomes-Vreugdenhil, 2014).

Diverse auteurs werken uit hoe inzichten over gehechtheidsrelaties een rol kunnen spelen in de besluitvorming rond uithuisplaatsing.

Juffer (2010) heeft voor kinderrechters een overzicht gemaakt van afwegingen over uithuisplaatsing in relatie tot de gehechtheidsrelaties van jeugdigen. Zij betoogt dat het, in het belang van de ontwikkeling van jeugdigen, essentieel is om rekening te houden met hun gehechtheid in de besluitvorming tot uithuisplaatsing (en eventuele terugplaatsing en overplaatsing). Enkele overwegingen zijn:

1. Jeugdigen zijn na een uithuisplaatsing waarbij de gehechtheidsrelatie met de ouders onveilig was, of na overplaatsing vanuit een residentiële instelling in staat om opnieuw een gehechtheidsrelatie aan te gaan en daarvan te profiteren. Er geldt geen kritische periode voor het kunnen aangaan van gehechtheidsrelaties.
2. Jeugdigen kunnen een veilige gehechtheid die is opgebouwd met bijvoorbeeld pleegouders, niet meenemen naar de eigen ouders na terugplaatsing.
3. Bij uithuisplaatsing van jonge kinderen is het aan te bevelen zo vroeg mogelijk zo stabiel mogelijk te plaatsen.
4. Wanneer te voorzien is dat een uithuisplaatsing van een jong kind zal uitlopen op een permanente uithuisplaatsing, is het aan te bevelen dat het pleeggezin waar het kind geplaatst wordt de permanente verblijfplaats kan worden.
5. Wanneer het besluit tot een permanente plaatsing is genomen (nadat ouders de kans hebben gehad om te werken aan verbetering van de opvoedingssituatie), zou dit ook permanent en onomkeerbaar moeten zijn.
6. Bij uithuisplaatsing, overplaatsing of terugplaatsing moeten de opgebouwde relaties niet verbroken maar juist gerespecteerd worden.

Van den Bergh en Weterings (2007) concluderen op basis van wetenschappelijk studies:

1. Iedere jeugdige heeft een selectieve hechtings- en opvoedingsrelatie nodig om zich adequaat te kunnen ontwikkelen. Ontbreken, een verstoring of breuk daarvan leidt tot gedragsproblemen.
2. Een jeugdige moet binnen een half jaar na constatering van ernstige problemen in de opvoedingsrelatie de mogelijkheid krijgen om zo'n selectieve hechtings- en opvoedingsrelatie aan te gaan, met de eigen ouders dan wel met de pleegouders, anders stagneert de ontwikkeling.
3. Er is begeleiding nodig om deze relatie (opnieuw) tot stand te brengen na een uithuisplaatsing, omdat de jeugdige hierin in het verleden beschadigd is geraakt door beperkingen van zijn eigen ouders.

Van den Bergh en Weterings adviseren dat alle ouders direct na uithuisplaatsing de mogelijkheid krijgen om een nieuwe relatie met hun kind op te bouwen door middel van intensief contact en begeleiding. Geen contact kan bij de jeugdige sterke angst oproepen, voor een trauma zorgen en ook zorgen voor verdere vervreemding van zijn ouders.

Perry (2009) pleit ervoor gehechtheidsrelaties zoveel mogelijk intact te houden. Een uithuisplaatsing of overplaatsing waarbij het contact met gehechtheidsfiguren geheel verloren gaat, brengt jeugdigen schade toe. Therapie heeft weinig zin als er geen stabiliteit in relaties is of wanneer er voortdurend transities zijn.

Onderzoek van Perry (2002; 2004) laat zien dat ernstig verwaarloosde jonge kinderen met een achterstand in hersenontwikkeling hun achterstand aanzienlijk kunnen inlopen wanneer zij in een veilig en stabiel pleeggezin worden geplaatst. Perry pleit ervoor om deze kinderen in een pleeggezin te plaatsen en ook snel duidelijkheid te geven over de permanentie van die plaatsing, om zo de achterstand in hersenontwikkeling te herstellen/verminderen.

3.2.2 Afwegingen en criteria voor de beslissing tot terugplaatsing

In de onderzoeksliteratuur zijn geen specifieke afwegingen en criteria gevonden voor de beslissing om een uithuisgeplaatste jeugdige weer bij de eigen ouders terug te plaatsen. De overwegingen en aandachtspunten die genoemd worden (bijvoorbeeld in de 'beoordelingsboog' van Choy en Schulze, 2009), zijn vergelijkbaar met die voor de beslissing tot uithuisplaatsing.

Onderzoek laat echter wel zien dat er een aantal factoren zijn die de kans op een succesvolle permanente terugplaatsing beïnvloedt (zie tabel 3.2).

Tabel 3.2. Risico- en beschermende factoren voor succesvolle permanente terugplaatsing

Jeugdige	Gezin	Beschermende factoren	Risicofactoren	Beschermende factoren	Hulpverlening	Beschermende factoren
Risicofactoren	Beschermende factoren	Beschermende factoren	Risicofactoren	Beschermende factoren	Risicofactoren	Beschermende factoren
Slechte psychische gezondheid ^{1,2}	Emotionele veerkracht ¹	Verstandelijke of fysieke beperking ^{1,5,9}	Kwaliteit van gezins- en familierelaties ¹	Eerdere uithuisplaatsing ⁵		
-	Sterke interne locus of control (gevoel zelf controle over een situatie te kunnen uitoefenen)	Problemen in de partnerrelatie /huiselijk geweld ^{6,7,9}	Veiligheid van de omgeving ¹	Gebrek aan samenwerking / medewerking ^{1,3,5,6,7}		
-	Gevoel van verbondenheid	Slechte psychische gezondheid ^{1,2}	Afname van depressieve klachten bij de ouders ¹	Meerdere pleegzorgplaatsingen ¹		Netwerkleegzorg ¹
Gedragsproblemen ^{1,2}	Goede sociale vaardigheden in omgang met leeftijdgenoten en volwassenen ¹	Slechte opvoedingsvaardigheden ^{1,2}	Toegenomen vertrouwen in opvoedingsvaardigheden ¹	Plaatsing in groepshuis of residentiële zorg ¹		Regelmatig bezoek van kinderen aan hun ouders voorafgaand aan terugkeer ¹
Zeer jonge kinderen of (pre) adolescenten ¹	Vrouwelijke adolescenten ¹	Gebrek aan sociale ondersteuning ^{1,2}	Ondersteuning vanuit familie of vrienden ^{1,2}	Gezin heeft na terugplaatsing nog hulp nodig ^{1,2}		Weinig personeelswisselingen ¹
Slechte gezondheid ¹		Ongeschikte woonruimte ^{1,2}	Stabiele woonruimte ¹	Eerder contact met jeugdbescherming ¹		Speciale onderwijsvoorzieningen voor adolescenten ¹
		Lage sociaal-economische status ^{1,2}	Stabiele werksituatie ¹			Deelname van ouders aan (zesmaandelijke) voortgangsbesprekingen ¹
		Middelenmisbruik door ouders ^{1,2}	Vooruitgang in de aanpak van problemen ¹			
		Langdurige verwaarlozing of mishandeling, of afhankelijkheid ^{1,2}				
		Ambivalentie van ouders t.a.v. terugplaatsing, de jeugdige en/of opvoedingsrol ¹				
		Ernstige meervoudige problematiek (multiprobleemgezinnen) ²				

¹Hatton & Brooks, 2008; ²Saunders-Adams, 2011

3.2.3 Overwegingen bij het type plaatsing

Er is nauwelijks onderzoek beschikbaar waaruit blijkt welke jeugdigen op welke plek het beste af zijn, bijvoorbeeld door vergelijking van jeugdigen met dezelfde problematiek in de pleegzorg en de residentiële zorg. Uit een onderzoek van Knorth, Harder, Zandberg en Kendrick (2008) blijkt dat gedragsproblemen effectiever aangepakt kunnen worden in een therapeutisch pleeggezin dan in een residentiële instelling. Voorwaarden daarvoor zijn dat de hulp kleinschalig is, dat de verzorgers zijn opgeleid als professionele opvoeder (bijvoorbeeld met een opleiding tot Sociaal Pedagogisch Hulpverlener, HBO-Pedagogiek of een vergelijkbare opleiding), dat er individuele en gezinstherapie wordt geboden en dat het hulpaanbod goed op elkaar is afgestemd door middel van case management.

Uit verschillende rapporten blijkt dat er verschillen zijn in de doelgroepen van de pleegzorg, gezinshuizen en residentiële zorg (zie tabel 3.3; Knorth, 1995; Van der Steege, 2012). De belangrijkste factor die ervoor zorgt dat een jeugdige in de residentiële zorg terecht komt en niet in een pleeggezin, lijkt de eigen problematiek van de jeugdige te zijn. Daarbij is de inschatting dat specifieke therapeutische deskundigheid noodzakelijk is en dat pleeggezinnen er niet voldoende voor toegerust zijn om jeugdigen met (ernstige) gedragsproblemen op te nemen (Knorth, 1995).

De keuze voor soort plaats wordt mede bepaald door leeftijd van de jeugdige (Knorth, 1995; Van der Steege, 2012). Deels betreft dit een pragmatische afweging, omdat oudere kinderen en jongeren lastiger in een pleeggezin te plaatsen zijn en dus veelal in een residentiële setting geplaatst worden. De onderzoeksliteratuur laat zien dat ook voor oudere kinderen een pleeggezin beter zou zijn, omdat het de kans biedt een stabiele relatie aan te gaan (Christiansen, Havik, & Anderssen, 2010; Van Ijzendoorn, 2008).

Tabel 3.3 Overzicht van factoren die de beslissing over type plaats beïnvloeden

	Pleegzorg	Gezinshuis	Residentiële zorg
Leeftijd	Jongere kinderen	Niet bekend	Oudere kinderen
Gedragsproblemen ^{1,2}	- Meer internaliserende problemen - Gedragsproblemen doen zich alleen thuis of op school voor	- Meer externaliserende problemen	- Meer externaliserende problemen - Gedragsproblemen doen zich thuis en op school voor - Langdurig aanwezig - Delinquent en/of antisociaal gedrag - Combinatie van leer- en gedragsproblemen - Gedragsgestoordheid of zelf destructief gedrag
Ernst van de problemen ^{1,2}	Problemen zijn minder ernstig dan die van jeugdigen in een gezinshuis	Problemen zijn minder ernstig dan die van jeugdigen in langverblijfgroepen	Jeugdigen in langverblijfgroepen hebben meer en ernstiger problemen op alle levensgebieden (gezin van herkomst, omgeving, lichamelijke en psychosociale ontwikkeling)
Gezins- en opvoedingsproblemen ¹			Ambulant niet behandelbare, dysfunctionele en destructieve gezinsinteracties
Contact/interactie ²	Jeugdigen in pleeggezin zijn beter in staat tot wederkerigheid in het contact en meer interactie	Vaker onveilig of gedesorganiseerd gehecht, vaker grensoverschrijdend gedrag, trekken zich vaker terug of stoten anderen af	Jeugdigen in langverblijfgroepen zijn vaak helemaal niet in staat tot wederkerige interactie
Begeleidbaarheid (reactie op sturing, correctie en positieve feedback) ²	Beter begeleidbaar	Minder begeleidbaar	Niet bekend
Professionaliteit verblijfplek ²	Pleegouders krijgen geen of beperkte begeleiding	Gezinshuisouder is opgeleide professional en krijgt veel meer begeleiding dan pleegouder	Professionals (MBO/HBO geschoold)
Reden van plaatsing ¹	Jeugdige geplaatst vanwege gezinsproblemen		Jeugdige geplaatst vanwege 'eigen' problemen
Ernst van de problemen ^{1,2}	Problemen zijn minder ernstig dan die van jeugdigen in een gezinshuis	Problemen zijn minder ernstig dan die van jeugdigen in langverblijfgroepen	Jeugdigen in langverblijfgroepen hebben meer en ernstiger problemen op alle levensgebieden (gezin van herkomst, omgeving, lichamelijke en psychosociale ontwikkeling)
Gezins- en opvoedingsproblemen ¹			Ambulant niet behandelbare, dysfunctionele en destructieve gezinsinteracties

	Pleegzorg	Gezinshuis	Residentiële zorg
Leeftijd	Jongere kinderen	Niet bekend	Oudere kinderen
Begeleidbaarheid (reactie op sturing, correctie en positieve feedback) ²	Beter begeleidbaar	Minder begeleidbaar	Niet bekend
Professionaliteit verblijfplek ²	Pleegouders krijgen geen of beperkte begeleiding	Gezinshuisouder is opgeleide professional en krijgt veel meer begeleiding dan pleegouder	Professionals (MBO/HBO geschoold)
Reden van plaatsing ¹	Jeugdige geplaatst vanwege gezinsproblemen	-	Jeugdige geplaatst vanwege 'eigen' problemen
Plaatsingsgeschiedenis ¹	Jeugdige niet eerder uit huis geplaatst of eerder in een pleeggezin geplaatst	-	Jeugdige eerder uit huis geplaatst
Therapeutische deskundigheid ¹	-	-	Specifieke therapeutische deskundigheid nodig
Houding van het gezin t.a.v. plaatsing ^{1,2}	Jeugdige en ouders staan positief tegenover pleegzorgplaatsing	-	Jeugdige of ouders wijzen pleegzorgplaatsing af

¹Knorth, 1995; ²Van der Steege, 2012

3.2.4 Termijnen voor de besluitvorming

In de onderzoeksliteratuur is gezocht naar richtlijnen voor termijnen waarbinnen de jeugdige, ouders en omgeving moeten weten wat hun toekomstperspectief is en wanneer terugplaatsing nog verantwoord is gezien de leeftijd van de jeugdige en de duur van uithuisplaatsing. De onderzoeksliteratuur geeft echter weinig concrete informatie over aanvaardbare termijnen.

Termijn voor besluitvorming bij dreigende uithuisplaatsing: binnen welke termijn moeten jeugdige, ouders en omgeving weten wat hun toekomstperspectief is?

Wanneer de balans tussen opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften ernstig verstoord is, is langdurig ambulante hulp zonder zichtbare verbetering onwenselijk, omdat het risico bestaat dat de ontwikkeling van de jeugdige stagneert. Het is daarom aan te bevelen een duidelijk moment te bepalen waarop de resultaten van de hulp geëvalueerd worden. Tegen die tijd moet er dus een duidelijke verbetering in de balans tussen opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften zichtbaar zijn.

Van den Bergh en Weterings (2007) noemen een termijn van maximaal een half jaar voor gezinnen met langdurige (langer dan een half jaar) problemen. Als intensieve hulp gedurende dit half jaar tot onvoldoende resultaat leidt, dan volgt een kortdurende uithuisplaatsing.

Door wachtlijsten bij jeugdhulpaanbieders kan het gebeuren dat intensieve hulp niet tijdig op gang komt⁵. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod. In dat geval kan het nodig zijn om de termijn voor evaluatie te verlengen. Ook moet regelmatig worden ingeschat of de veiligheid en ontwikkeling van de jeugdige niet te veel in het geding komt, als niet direct intensieve hulp kan worden ingezet.

⁵ Dat hulp niet direct op gang komt, mag alleen in zeldzame gevallen gebeuren. Het gaat hier over zeer ernstige problematiek. Het is niet verantwoord om in deze situaties lang te wachten met het inzetten van hulp.

Termijn voor besluitvorming bij mogelijke terugplaatsing: wanneer is terugplaatsing nog verantwoord gezien de leeftijd van de jeugdige en de duur van uithuisplaatsing?

Onderzoek laat zien dat binnen een half jaar na uithuisplaatsing door intensieve begeleide contacten duidelijk kan worden of ouders voldoende opvoedingscapaciteiten kunnen verwerven om zelf weer voor hun kind te zorgen. In dat half jaar blijkt hoe de jeugdige op zijn ouders reageert en of het emotionele toenadering en gezag accepteert. Als dit in de loop van dit halve jaar verbetert, dan kan de jeugdige teruggeplaatst worden, waarbij de kans reëel is dat het zich positief kan ontwikkelen, mits ouders intensieve hulp blijven krijgen om verworven vaardigheden te blijven gebruiken.

Als er nauwelijks vooruitgang in de relatie te zien is of de jeugdige met angst reageert, dan is de kans dat er later nog een hechtingsrelatie ontstaat heel klein, zeker bij jonge kinderen. De jeugdige heeft dan alleen een kans op een hechtingsrelatie met de pleegouder, mits het perspectief wordt geboden dat het bij hen kan opgroeien (Van den Bergh & Weterings, 2007).

Van den Bergh en Weterings (2007) hanteren het volgende beslisschema:

1. Bij langdurige (langer dan een half jaar) problemen met de jeugdige krijgt het gezin intensieve hulp gedurende maximaal een half jaar.
2. Als dit tot onvoldoende verbetering in de opvoedingssituatie leidt, dan volgt een korte uithuisplaatsing.
Voor een kind van nul tot vijf jaar is dit voor maximaal een half jaar. In deze periode is er intensief contact tussen ouder en kind waarin er gestructureerd wordt geobserveerd hoe het kind op zijn ouders reageert.
Jeugdigen boven de vijf jaar worden maximaal een jaar uithuisgeplaatst. In deze periode is er intensief contact tussen ouder en kind waarin er gestructureerd wordt geobserveerd hoe de jeugdige op zijn ouders reageert.
3. Wanneer in deze periode blijkt dat ouders onvoldoende opvoedingscapaciteiten ontwikkelen of de ouder-kindrelatie onvoldoende verbetert om van een hechtings- en opvoedingsrelatie te spreken, dan is terugplaatsing niet in het belang van de ontwikkeling en het welzijn van de jeugdige. De jeugdige wordt dan permanent uit huis geplaatst en krijgt de gelegenheid om een hechtingsrelatie aan te gaan met pleegouders of gezinshuisouders waar het in principe tot zijn volwassenheid woont. Bij positieve ontwikkelingen in het contact tussen ouders en kind en duidelijke verbetering van de opvoedingssituatie kan terugplaatsing gepland worden.
4. Bij terugplaatsing moet er intensieve hulp blijven en moet de reactie van de jeugdige gemonitord worden. Wanneer na een half jaar terugplaatsing blijkt dat de ouder het niet aan kan, de relatie te weinig verbetert om van een hechtings- en opvoedingsrelatie te spreken en/of de ontwikkeling van de jeugdige stagneert, dan is thuisplaatsing niet in het belang van de ontwikkeling van de jeugdige. De hulpverlener werkt dan met ouders en jeugdige aan een stabiele permanente uithuisplaatsing.

3.3 Samenvatting van de literatuur over “Broers en zussen gezamenlijk uit huis plaatsen”

Washington (2007) biedt een overzicht van onderzoek naar plaatsing van broers en zussen in de pleegzorg. Er is nog maar heel weinig onderzoek naar gedaan en van de gedane onderzoeken schiet het onderzoeksdesign in veel gevallen tekort. Zij concludeert dat de resultaten van de meeste onderzoeken ervoor pleiten om broers en zussen gezamenlijk te plaatsen. Gezamenlijke plaatsing zorgt voor harmonieuzere relaties tussen broers en zussen, minder emotionele en gedragsproblemen bij peuters en kleuters en betere geestelijke gezondheid en sociale vaardigheden voor meisjes. Het is onduidelijk of jeugdigen vaker terug geplaatst worden als zij samen met broers en zussen in een pleeggezin geplaatst worden.

Broers en zussen zijn belangrijk voor elkaars ontwikkeling (Boer, 2010). Bijvoorbeeld voor het leren van sociale vaardigheden, belangrijk hierbij is dat de broer-zusrelatie een relatie is die niet stuk gaat door een conflict, maar blijft bestaan, in tegenstelling tot een relatie met klasgenoten. Contact tussen broers en zussen kan niet in het belang van een jeugdige zijn, wanneer bijvoorbeeld gedragsproblemen van de een bedreiging voor het welzijn of de ontwikkeling van de ander vormt of er veel conflicten in de relatie tussen broers en zussen zijn.

Sen en Broadhurst (2011) bevelen op basis van een overzichtsstudie aan om broers en zussen gezamenlijk te plaatsen.

Hegar en Rosenthal (2011) onderzochten of jeugdigen die samen met broers en zussen in een pleeggezin geplaatst werden, beter af zijn dan jeugdigen waarvan broertjes en zusjes in andere pleeggezinnen geplaatst zijn. Zij maakten gebruik van de gegevens uit de National Survey of Child and Adolescent Well-being (NSCAW). Zij komen tot de conclusie dat de verschillen tussen gezamenlijk en afzonderlijk geplaatste jeugdigen klein zijn. Slechts op enkele variabelen zijn er verschillen te zien. Hoewel, als er verschillen zijn, dan blijkt dat ten gunste van gezamenlijk geplaatste kinderen. Jeugdigen die samen met broertjes of zusjes geplaatst worden, hebben op enkele variabelen betere uitkomsten en geen slechtere uitkomsten op de andere variabelen dan jeugdigen die zonder broertjes of zusjes geplaatst zijn. Het is onduidelijk of de plaatsing met broertjes en zusjes de uitkomsten beïnvloedt of dat andere factoren zowel beslissingen over gezamenlijke plaatsing als uitkomsten beïnvloeden.

3.4 Samenvatting van de literatuur over “Rol van ouders en jeugdigen in de besluitvorming”

3.4.1 Juridische kaders: Welke rol mogen ouders en jeugdigen spelen in de besluitvorming over uithuisplaatsing en terugplaatsing?

Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind

Het IVRK stelt dat elke jeugdige van elke leeftijd het recht heeft gehoord te worden en haar of zijn mening te geven over ingrijpende zaken (waaronder het uithuisplaatsen van kinderen):

“Artikel 12 Participatie en hoorrecht

Het kind heeft recht om zijn of haar mening te geven over alle zaken die het kind aangaan. De

overheid zorgt ervoor dat het kind die mening kan uiten en dat er naar hem of haar wordt geluisterd. Dit geldt ook voor gerechtelijke en bestuurlijke procedures.”

De uitleg Defence for Children is dat een minimumleeftijd in het IVRK niet wordt gegeven omdat de leeftijd op zich niet bepalend is voor de capaciteiten van een jeugdige. Per geval moet de waarde die kan worden gehecht aan de mening van een jeugdige worden beoordeeld (General Comments nr. 12, par. 29). De uitleg van artikel 12 IVRK in General Comment nr. 12, paragraaf 30, maakt duidelijk dat binnen de context van dit artikel de capaciteit van een jeugdige om zijn mening kenbaar te maken met betrekking tot kwesties die hem betreffen op een redelijke en onafhankelijk manier, het criterium vormt voor de beoordeling. Hierbij moet de impact die de zaak op de jeugdige heeft worden meegewogen. Hoe groter de impact van de uitkomsten op het leven van de jeugdige, des te belangrijker het is dat passend gewicht wordt gehecht aan de mening van de jeugdige.

De Wet op de Jeugdzorg differentieert de wijze waarop de jeugdigen betrokken zijn (recht hebben op eigen mening, inzage in het dossier en recht op informatie) naar de verschillende leeftijden. Het IVRK is echter leidend, dus elke jeugdige ongeacht leeftijd heeft het recht gehoord te worden en haar of zijn mening te geven.

Wet op de Jeugdzorg

Jeugdigen

In de wetgeving is een belangrijk onderscheid gemaakt tussen jeugdigen jonger dan 12 jaar en jeugdigen ouder dan 12. Jeugdigen ouder dan 12 jaar hebben recht op informatie en inspraak, jeugdigen jonger dan 12 jaar niet. Bij jeugdigen jonger dan 12 hebben ouders recht op informatie en inspraak. Ouders zijn niet verplicht informatie met hun kind te bespreken.

Ook 16 jaar is een belangrijke grens. Bij jongeren ouder dan 16 jaar hebben hulpverleners toestemming van de jongere nodig om informatie met ouders te bespreken.

Recht op informatie

Uit huis geplaatste jeugdigen hebben het recht te horen wat de beslissingen zijn die er over hen worden genomen en waarom. Hulpverleners zijn verplicht met jeugdigen van 12 jaar of ouder het hulpverleningsplan en voorgenomen veranderingen daarin te bespreken.

Cliënten hebben recht op verantwoorde zorg. Dat betekent dat de hulp gebaseerd is op een hulpverleningsplan. In een hulpverleningsplan staat welke hulp een jeugdige krijgt en wat doelen daarvan zijn. In dit plan staat ook of en hoe de familie bij de hulp wordt betrokken. Als er meerdere zorgaanbieders hulp bieden aan een jeugdige of gezin, dan zijn afspraken over de samenwerking en afstemming in de hulp ook in het hulpverleningsplan vastgelegd.

Het hulpverleningsplan komt in overleg met de cliënt tot stand. Als kinderen jonger dan 12 jaar zijn, dan dienen ouders in te stemmen met het hulpverleningsplan. Bij jongeren tussen 12 en 16 jaar is zowel de instemming van de jongere als van de ouders nodig. Jongeren ouder dan 16 jaar stemmen zelf in met het hulpverleningsplan.

Recht op inzage in het dossier

Jeugdigen van 12 jaar of ouder hebben het recht alle rapporten en informatie in het dossier die

er over hen worden geschreven, te lezen. Zij kunnen er ook een kopie van krijgen. Bij jeugdigen jonger dan 12 jaar hebben de ouders of voogd het recht om de rapporten te lezen. Zij kunnen die met de jeugdige bespreken, maar zijn dat niet verplicht.

Recht op een eigen mening

Jeugdigen hebben het recht hun mening te geven over de hulp die zij krijgen. Dat betekent niet dat er altijd gebeurt wat zij willen. Hulpverleners zijn verplicht om minstens 1 keer per jaar met de jeugdige van 12 jaar of ouder te praten over het hulpverleningsplan. Als jeugdige in het plan iets lezen waar zij het niet mee eens zijn, mogen zij dit zeggen. Deze mening dient in het rapport vermeld te worden.

Ouders⁷

Recht op informatie

Wanneer jeugdigen jonger dan 16 zijn, hebben ouders recht op informatie over het hulpverleningsplan en voorgenomen veranderingen daarin. Zij dienen ook met het hulpverleningsplan in te stemmen, zolang hun kind onder de 16 jaar is.

Clënten hebben recht op verantwoorde zorg. Dat betekent dat de hulp gebaseerd is op een hulpverleningsplan. In een hulpverleningsplan staat welke hulp een jeugdige krijgt en wat doelen daarvan zijn. In dit plan staat ook of en hoe de familie bij de hulp wordt betrokken. Als er meerdere zorgaanbieders hulp bieden aan een jeugdige of gezin, dan zijn afspraken over de samenwerking en afstemming in de hulp ook in het hulpverleningsplan vastgelegd.

Het hulpverleningsplan komt in overleg met de cliënt tot stand. Als kinderen jonger dan 12 jaar zijn, dan dienen ouders in te stemmen met het hulpverleningsplan. Bij jeugdigen tussen 12 en 16 jaar is zowel de instemming van de jeugdige als van de ouders nodig.

Als een jeugdige ouder is dan 16 is de instemming van ouders met het hulpverleningsplan niet meer nodig.

Recht op inzage in het dossier

Bij kinderen jonger dan 12 jaar hebben de ouders of voogd het recht om de rapporten te lezen of een kopie ervan op te vragen. Zij kunnen die met de jeugdige bespreken, maar zijn dat niet verplicht.

Inzage in het dossier kan aan ouders geweigerd worden indien dit het belang van de jeugdige schaadt.

Recht op een eigen mening

Ouders hebben het recht hun mening te geven over de hulp die hun kind of het gezin krijgt. Dat betekent niet dat er altijd gebeurt wat zij willen. Hulpverleners zijn verplicht om minstens 1 keer per jaar het hulpverleningsplan te bespreken. Als ouders in het plan iets lezen waar zij het niet mee eens zijn, mogen zij dit zeggen. Deze mening dient in het rapport vermeld te worden.

⁷ Deze paragraaf is gebaseerd op: Linden, A.P. van der, Siethoff, F.G.A. ten & Zeijlstra-Rijpsma, A.E.I.J. (2009). Jeugd en recht. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Kinderbescherming: machtiging uithuisplaatsing

In sommige situaties lukt het niet om met instemming van ouders over te gaan tot een uithuisplaatsing, terwijl hulpverleners het noodzakelijk achten dat een jeugdige uit huis geplaatst wordt. Hulpverleners kunnen niet zomaar tegen de wil van ouders en jeugdigen in besluiten tot een uithuisplaatsing. Als dat noodzakelijk is ter bescherming van de ontwikkeling van de jeugdige, zal allereerst een verzoek tot onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming gedaan moeten worden. De Raad onderzoekt de zaak en als zij van mening is dat er sprake is van een ernstige bedreiging van de ontwikkeling van de jeugdige, kan zij de kinderrechter verzoeken de jeugdige onder toezicht te plaatsen. Binnen de OTS zijn alle varianten van ambulante hulp en behandeling mogelijk. Voor een uithuisplaatsing is altijd een machtiging van de kinderrechter nodig.

Met deze machtiging kan de jeugdige zonder toestemming van de ouders ergens anders ondergebracht worden. Voorwaarde voor het afgeven van een MUHP zijn dat:

1. een uithuisplaatsing noodzakelijk is in het belang van de verzorging en opvoeding van een jeugdige of wanneer dit nodig is om onderzoek naar zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid te doen.
2. andere interventies gefaald hebben of naar verwachting zullen falen.

Alleen in die situaties kunnen de rechten van ouders en jeugdigen om nog langer zelf te mogen beslissen worden ingeperkt. Kinderrechters toetsen zorgvuldig of voldaan is aan de juridische voorwaarden voor een gedwongen uithuisplaatsing, omdat het hier gaat om zeer ingrijpende beslissingen.

Rechten ouders

Ouders kunnen bij de kinderrechter bezwaar maken tegen beslissingen van Bureau Jeugdzorg, zoals het verlengen van een MUHP. Daarvoor hebben zij geen advocaat nodig. Als zij het ook niet eens zijn met de kinderrechter, kunnen zij in hoger beroep gaan. Daarvoor is wel een advocaat nodig.

Ouders kunnen ook aan Bureau Jeugdzorg vragen om een uithuisplaatsing eerder te beëindigen. Binnen twee weken dient Bureau Jeugdzorg schriftelijk te reageren op dit verzoek.

Rechten jeugdigen

Jeugdigen die onder toezicht zijn gesteld, kunnen op bepaalde momenten een gesprek met de kinderrechter vragen. De kinderrechter moet jeugdigen om hun mening vragen wanneer zij 12 jaar of ouder zijn.

Jeugdigen van 12 jaar en ouder kunnen bezwaar maken tegen een uithuisplaatsing. Zij kunnen echter niet in hoger beroep gaan. Dit kan alleen hun wettelijke vertegenwoordiger doen. Als deze dat niet wil doen, kunnen kinderen bij de kantonrechter vragen om een bijzondere curator te benoemen. De curator kan in dat geval voor hen in hoger beroep gaan.

Jeugdigen van 12 jaar en ouder kunnen ook zelf aan Bureau Jeugdzorg het verzoek doen om de uithuisplaatsing te beëindigen.

Kinderrechters kunnen ook een MUHP afgeven voor een plaatsing in de gesloten jeugdhulp. Dit moet in de machtiging uitdrukkelijk zijn vermeld. In dat geval krijgt een jeugdige altijd een advocaat toegewezen.

3.4.2 Beslissen in dialoog: Welke rol kunnen ouders en jeugdigen spelen in de besluitvorming over uithuisplaatsing en terugplaatsing?

Het IVRK stelt dat elke jeugdige zijn mening mag geven over alle zaken die hem betreffen, waarbij er een passend belang moet worden gehecht aan die mening. Ouders en jeugdigen kunnen op verschillende manieren een rol in de besluitvorming hebben. De participatieladder laat zien dat hierin een hiërarchie bestaat, van situaties waarin personen geen enkele invloed hebben tot waarin ze volledig meebeslissen of zelfs zelf volledig de regie hebben.

De treden van de participatieladder zijn (Hart, 1992):

1. Informeren: de hulpverlener bepaalt de agenda voor de besluitvorming en brengt betrokkenen op de hoogte van genomen beslissingen.
2. Raadplegen: de hulpverlener bepaalt sterk de agenda voor de besluitvorming, maar ziet de betrokkenen als gesprekspartner. Hij raadpleegt het gezin, maar houdt niet per se rekening met de mening van gezinsleden.
3. Adviseren: de hulpverlener bepaalt de agenda voor de besluitvorming, maar het gezin krijgt de mogelijkheid om oplossingen aan te dragen. De ideeën van het gezin worden meegenomen in de uiteindelijke beslissing. De hulpverlener houdt rekening met de ideeën van het gezin, maar kan hier (beargumenteerd) van afwijken.
4. Coproduceren: de hulpverlener en het gezin bepalen samen de agenda voor de besluitvorming en zoeken vervolgens samen naar oplossingen. Hulpverlener en gezin zijn samenwerkingspartners.
5. Meebeslissen: de hulpverlener en het gezin bepalen samen de agenda voor de besluitvorming, maar de hulpverlener neemt een meer adviserende rol in de oplossingsmogelijkheden in. De hulpverlener neemt de beslissingen over na toetsing aan vooraf gestelde randvoorwaarden.
6. Regie: het gezin heeft en houdt zelf de regie. Het gezin bepaalt de agenda voor de besluitvorming. De hulpverlener is hier niet bij betrokken. De hulpverlener wordt alleen daar waar nodig ingeschakeld.

Swift en Callahan (2009) voerden een meta-analyse uit over 26 onderzoeken waarin cliënten die de psychologische behandeling van hun voorkeur ontvingen vergeleken werden met cliënten die geen inspraak hadden in de keuze voor de behandeling en ook niet de behandeling van hun voorkeur ontvingen. Uit deze meta-analyse blijkt dat cliënten die de psychologische behandeling van hun voorkeur ontvangen, een kans van 58% hebben om betere resultaten te behalen dan cliënten die geen inspraak hadden in de keuze van de behandeling en niet de behandeling van hun voorkeur kregen. Cliënten die niet de behandeling van hun voorkeur krijgen, lopen een dubbel zo groot risico om voortijdig de behandeling te beëindigen.

Poston en Hanson (2010) analyseerden in een meta-analyse over 17 onderzoeken met experimenteel design de effecten van assessment (diagnostiek) als 'therapeutische interventie'. Assessment als therapeutische interventie wil zeggen dat de assessment werd beschouwd als een interventie waarvan de effecten te meten zijn door vergelijking van groepen die een verschillende manier van assessment ondergingen en door een voor- en nameting uit te voeren. Uit de meta-analyse blijkt dat de manier waarop hulpverleners de assessment uitvoeren impact heeft op het behandelproces en de behandelresultaten. Vooral wanneer hulpverleners op een persoonlijke en op samenwerking gerichte manier de uitkomsten van diagnostisch onderzoek

goed terugkoppelen aan hun cliënten en hulpverlener en cliënt het er met elkaar over eens zijn wat de problemen zijn, heeft dit een positief effect op de behandeling.

Joosten, DeFuentes-Merillas, De Weert, Sensky, Van der Staak en De Jong (2008) voerden een systematisch review uit over elf randomized controlled trials (RCT) naar de effecten van gedeelde besluitvorming (shared decision-making) op cliënttevredenheid, therapietrouw en gezondheid. Zij komen tot de conclusie dat gedeelde besluitvorming vooral effect lijkt te hebben bij cliënten die op lange termijn aanpassingen in hun leefstijl moeten doen (bijvoorbeeld bij chronische ziekte of psychische problemen). Er is echter ook verder onderzoek nodig om na te gaan op welke manier gedeelde besluitvorming het beste uitgevoerd kan worden, aangezien er nog maar weinig onderzoek is en de methode van gedeelde besluitvorming sterk verschilt per onderzoek.

We veronderstellen dat deze positieve effecten van gezamenlijk beslissen ook voor de hulpverlening aan gezinnen gelden. Uitgangspunt voor de rol van ouders en jeugdigen in de besluitvorming is dan ook dat ouders, jeugdigen en hulpverleners zoveel mogelijk gezamenlijk belangrijke beslissingen nemen. In de internationale literatuur wordt dit shared decision-making (gedeelde besluitvorming) genoemd (Joosten et al., 2008). Kenmerkend hiervoor is dat zowel ouders en jeugdigen als de hulpverlener een actieve rol hebben in de besluitvorming, met elkaar bespreken welke behandelmogelijkheden er zijn ten einde overeenstemming te bereiken over de beste optie.

Hierbij is het van belang dat cliënten de informatie tot hun beschikking krijgen om een oordeel te kunnen vormen over de voor- en nadelen van verschillende behandelvormen. Dat betekent dat de hulpverlener in staat dient te zijn om alle informatie over de problematiek en behandelmogelijkheden voor de cliënt begrijpelijk over te brengen. Bij gedeelde besluitvorming kan de hulpverlener ook aanbevelingen doen over wat de beste optie is. De cliënt vormt een eigen oordeel over de mogelijkheden op basis van de beschikbare informatie (Hamann, Leucht, & Kissling, 2003; Joosten et al., 2008).

In dialoog met jeugdigen

Hetrick, Simmons en Merry (2008) geven een beknopt literatuuroverzicht van het onderzoek naar gedeelde besluitvorming bij adolescenten. Er blijkt nauwelijks onderzoek naar gedaan te zijn. Bij volwassenen blijkt shared decision-making bij te dragen aan acceptatie van een bewezen effectieve behandeling en therapietrouw, waardoor de effecten van de behandeling groter zijn. Vermoedelijk is het gezien de ontwikkeling wel nodig om shared decision-making bij adolescenten aan te passen en het gezin te betrekken bij beslissingen over de behandeling.⁸

Knopf, Hornung, Slap, DeVellis en Britto (2008) onderzochten in een survey in hoeverre adolescenten met een chronische ziekte en hun ouders betrokken willen zijn bij de besluitvorming over behandelmogelijkheden. Aan het onderzoek deden 82 adolescenten en hun ouders mee. De grootste groep wilde een passieve rol in de besluitvorming, gevolgd door een iets kleinere groep die beslissingen in dialoog met de arts wilden nemen. Een kleine groep wilde een actieve rol in de besluitvorming (adolescent en ouders nemen de beslissing, gebaseerd op informatie van de arts). Slechts een derde van de adolescent-ouder duo's waren het met elkaar eens over de rol die zij in de besluitvorming wilden hebben. Naarmate adolescenten ouder

⁸Cohen's $d = 0.42$

waren, werd de overeenstemming over hun rol in de besluitvorming groter. Een verbeterde gezondheid of verbeterd gedrag maakte dat ouders meer de voorkeur gaven aan een passieve rol in de besluitvorming. Aangezien maar weinig kenmerken van ouders of adolescenten van invloed zijn op hun voorkeur voor hun rol in de besluitvorming is het nodig dat de hulpverlener daar expliciet naar vraagt.

Coyne en Gallagher (2011) voerden gesprekken met 55 jeugdigen in ziekenhuizen om hun ervaringen met participatie in besluitvorming te onderzoeken. Jeugdigen wilden graag deelnemen aan besluitvormingsmomenten, maar kregen daartoe nauwelijks de kans omdat de discussie vooral tussen ouders en professionals verliep. Zij wilden vooral inspraak hebben in kleine alledaagse beslissingen over hun zorg en behandeling, maar werden daarin vooral beperkt door de acties van volwassenen. Jeugdigen denken heel verschillend over participatie aan meer serieuze beslissingen: sommigen laten deze liever over aan hun ouders of professionals, terwijl anderen hierbij ook betrokken willen worden.

Vis, Strandbu, Holtan en Thomas (2011) concluderen in een systematisch review dat participatie van jeugdigen in de jeugdbescherming bij de planning en besluitvorming tot positieve effecten leidt. Door te participeren in de besluitvorming verbetert de veiligheid en het welzijn van jeugdigen en heeft een uithuisplaatsing meer succes. De effecten op de lange termijn zijn echter niet onderzocht.

Meer specifiek concluderen Vis en collega's (2011) dat family group conferences (Eigen Kracht-conferenties) niet altijd een positief effect voor jeugdigen hebben, bijvoorbeeld wanneer een jeugdige onvoldoende ondersteund wordt om zijn inbreng in de besluitvorming te hebben. Er is geen overtuigend bewijs dat jeugdigen die aan een family group conference deelnemen het beter doen dan jeugdigen waarbij er geen plaatsvindt.

Jeugdigen die echter deelnemen aan review meetings (plannings- en evaluatiebijeenkomsten met hulpverleners) hebben meer baat bij de hulp dan jeugdigen die hier niet bij betrokken zijn. De onderzoekers menen dat participatie in de besluitvorming om verschillende redenen effectief is:

1. de participatie op zich werkt therapeutisch;
2. participatie van jeugdigen leidt tot betere beslissingen en afstemming van hulp;
3. participatie helpt jeugdigen te beschermen doordat gevallen van mishandeling en verwaarlozing eerder aan het licht komen en bevestigd worden.

In dialoog met ouders

Galil en collega's (2006) onderzochten de tevredenheid van ouders over de hulpverlening en de invloed op de tevredenheid van de manier waarop artsen met hen communiceerden. Tevredenheid van ouders over de hulpverlening hangt in hoge mate samen met de manier waarop hulpverleners met hen communiceren. Vooral de mate waarin hulpverleners overleggen met ouders over de beste aanpak (beslissen in dialoog/gevoel van samenwerking) zorgt ervoor dat ouders tevreden zijn over de hulp. Ook belangrijk is het dat ouders ervaren dat de hulpverlener hen ondersteunt en belangstelling toont voor hun persoonlijke situatie (Galil et al., 2006).

Romanelli en collega's (2009) hebben met een groep wetenschappers en praktijkwerkers richtlijnen ontwikkeld om ouders te betrekken in de jeugdhulp en jeugdbescherming. De richtlijnen zijn gebaseerd op inzichten vanuit de literatuur en consensus based opgesteld in een werkgroep. Aanbevelingen zijn:

- Maak gebruik van mentoren die dezelfde achtergrond als de ouders hebben.
- Geef die mentoren een goede opleiding, training en begeleiding, zodat zij hun taak goed kunnen uitvoeren en problemen in de geestelijke gezondheid van ouders en/of jeugdigen kunnen herkennen.
- Ouders krijgen van de instelling die de uithuisplaatsing regelt, duidelijke uitleg over hun rechten en verantwoordelijkheden en er wordt regelmatig gecheckt of ouders deze begrijpen.
- De instelling voert een uitgebreid gezinsassessment uit om sterke kanten en problemen, evenals behoefte aan hulp en ondersteuning te achterhalen.
- Hulpverleners worden getraind in strategieën om gezinnen te betrekken bij de hulp, bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering, Relationale gezinstherapie, family group conferences.
- Ouders worden, indien nodig, verwezen naar de GGZ of verslavingszorg voor behandeling.
- Waar mogelijk worden ouders betrokken bij assessment en interventies voor hun kinderen ter bevordering van lichamelijk en geestelijke gezondheid.

Fiks, Hughes, Cafen, Guevara en Barg (2011) onderzochten in een kwalitatief onderzoek hoe ouders van een jeugdigen met ADHD en hulpverleners denken over gedeelde besluitvorming. Ouders zien gedeelde besluitvorming als partnerschap van gelijken, waarin beide een waardevolle, maar duidelijk te onderscheiden bijdrage leveren. Ouders benadrukken het belang dat de hulpverlener informatie geeft over alle mogelijke behandelvormen. Hun eigen bijdrage zien zij vooral gelegen in het delen van ervaringen met de jeugdige. Ouders willen graag beslissen in dialoog, maar dat betekent niet altijd dat zij de definitieve knoop willen doorhakken. Hulpverleners zien gedeelde besluitvorming als een proces om ouders te betrekken ten einde hen ervan te overtuigen om de door de hulpverlener voorgestelde behandeling te accepteren.

3.4.3 Methoden en technieken voor beslissen in dialoog

De wetenschappelijke literatuur laat het belang van beslissen in dialoog met ouders en jeugdigen zien. Er is echter nauwelijks onderzoek naar de manier waarop hulpverleners het beste samen met ouders en jeugdigen kunnen beslissen en de methoden en technieken die zij kunnen inzetten om gezinnen te activeren tot participatie in de besluitvorming.

Op basis van theorie en onderzoek komen Bartelink, Ten Berge en Van Yperen (2010) tot de conclusie dat er diverse methoden zijn waarmee hulpverleners gezinnen actief kunnen betrekken in de besluitvorming, namelijk motiverende en oplossingsgerichte gesprekstechnieken, Signs of Safety en de Eigen Kracht-conferentie/Familienetwerkberaad.

Motiverende gespreksvoering

Met motiverende gespreksvoering kunnen hulpverleners de bereidheid om te veranderen versterken. Het zijn gesprekstechnieken waarmee hulpverleners hun cliënten kunnen helpen te onderzoeken wat ze belangrijk vinden in hun leven, wat hen belemmert om te veranderen en

wat ze nodig om tot verandering te komen. Motiverende gespreksvoering blijkt effectief te zijn in gezinnen. Met deze gesprekstechnieken neemt therapietrouw toe, waardoor de behandeling meer effect heeft. Het is eenvoudig binnen de normaal geplande hulpverleningstijd te gebruiken (Bartelink, 2011a).

Gesprekstechnieken uit de oplossingsgerichte therapie

Met gesprekstechnieken uit de oplossingsgerichte therapie kunnen hulpverleners onderzoeken welke oplossingsmogelijkheden cliënten zelf zien. Het legt de nadruk op verandering in kleine, haalbare stappen, waarbij cliënten kunnen experimenteren met wat voor henzelf werkt. De effectiviteit van oplossingsgerichte gesprekstechnieken zijn in de jeugdhulp nauwelijks onderzocht (Bartelink, 2011b).

Signs of Safety

Turnell en Edwards (1999) ontwikkelden Signs of Safety. Dit is een methode gebaseerd op de oplossingsgerichte therapie, maar specifiek gericht op gezinnen waar kindermishandeling speelt. Er zijn geen wetenschappelijk gepubliceerde artikelen gevonden over de effectiviteit ervan.

Sociale netwerk strategieën / Eigen Kracht-conferentie / Familienetwerkberaad

Een Eigen Kracht-conferentie is een bijeenkomst van een gezin met zijn sociale netwerk, waarin een plan ontwikkeld wordt om een gezin te ontlasten, veiligheid van jeugdigen te versterken en eventueel na te gaan waar professionele hulp voor nodig is. Eigen Kracht-conferenties kunnen zinvol en effectief zijn, vooral waar het gaat om het onderzoeken van de mogelijkheden binnen het sociale netwerk. Bij gezinnen waar de veiligheid van de kinderen een probleem is, is het noodzakelijk voldoende maatregelen te treffen/randvoorwaarden te scheppen om de veiligheid te garanderen (Bartelink, 2010).

3.5 Conclusies op basis van de literatuur

De conclusies gaan in op het onderzoek naar besluitvorming over uithuisplaatsing. Met name over de wenselijkheid en effectiviteit van gezamenlijke besluitvorming met ouders en jeugdigen.

Bewijskracht	Conclusie	Literatuur
Zwak	Besluitvorming: Er is enige literatuur naar factoren die hulpverleners meenemen in hun beslissing over uithuisplaatsing, het type plaatsing en terugplaatsing. De bewijskracht van deze onderzoeken is zwak; het gaat meestal om kwalitatief onderzoek in de vorm van dossieronderzoek of afname van interviews/vragenlijsten bij hulpverleners. Daarbij ontbreekt inzicht in de weging van deze factoren. (Een overzicht van de factoren is te vinden in tabel 3.1 tot en met 3.3).	Britner & Mossler, 2002; Bullens, 1995; DeRoma, Kessler, McDaniel & Soto, 2006; Juffer, 2010; Knorth, 1995; Lavergne e.a., 2011; McCue Horwitz e.a., 2011; Van Dam & Ten Haaf, 1999; Van der Steege, 2012; Zuravin & DePanfilis, 1997

Bewijskracht	Conclusie	Literatuur
Sterk	Broers en zussen gezamenlijk plaatsen: Het lijkt voor het welzijn van jeugdigen het beste wanneer zij samen met hun broers en zussen geplaatst worden. Er kunnen soms inhoudelijke of praktische redenen zijn waarom jeugdigen niet samen met hun broers en zussen in een pleeggezin geplaatst kunnen worden. Bijvoorbeeld: - Er is geen pleeggezin beschikbaar dat meerdere jeugdigen tegelijk kan opvangen. - Een of meerdere jeugdigen hebben specialistische zorg of behandeling nodig. - Een van de jeugdigen heeft gedragsproblemen, waardoor hij/zij bedreiging vormt voor welzijn/ontwikkeling van zijn broer/zus. - Er zijn veel conflicten in de relatie tussen broers en zussen.	Washington (2007) Sen & Broadhurst (2011) Hegar & Rosenthal (2011)
n.v.t.	Juridisch kader in dialoog beslissen: Het IVRK stelt dat elke jeugdige van elke leeftijd het recht heeft gehoord te worden en haar of zijn mening te geven over ingrijpende zaken (waaronder het uithuisplaatsen van jeugdigen). De Wet op de jeugdhulp differentieert de wijze waarop de jeugdigen betrokken zijn (recht hebben op eigen mening, inzage in het dossier en recht op informatie) naar de verschillende leeftijden. Het IVRK is echter leidend, dus elke jeugdige ongeacht leeftijd heeft het recht gehoord te worden en haar of zijn mening te geven. Ouders hebben recht op informatie (jeugdigen jonger dan 16 jaar), recht op inzage en recht op een eigen mening.	IVRK
Zwak	Rol jeugdigen in beslissingen: Kinderen en jongeren kijken heel verschillend aan tegen hun rol in de besluitvorming.	Knopf, Hornung, Slap, DeVellis & Britto, 2008 Coyne & Gallagher, 2011
Matig	Rol ouders en jeugdigen in beslissingen: Gezamenlijke besluitvorming blijkt bij volwassenen bij te dragen aan acceptatie van een bewezen effectieve behandeling en aan therapietrouw, waardoor de effecten van de behandeling groter zijn.	Hetrick, Simmons & Merry, 2008

Bewijskracht	Conclusie	Literatuur
Zwak	Rol ouders in beslissingen: Ouders willen graag betrokken zijn bij de besluitvorming. Zij zien gelijkwaardige rollen voor hen als ouders en de hulpverlener weggelegd, hoewel zij ook duidelijk te onderscheiden zijn. Ouders benadrukken het belang dat de hulpverlener informatie geeft over alle mogelijke behandelvormen. Zij vinden het vooral belangrijk dat zij met de hulpverlener kunnen delen wat hun ervaringen met (het gedrag van) hun kind zijn. Ouders willen graag beslissen in dialoog, maar dat betekent niet altijd dat zij de definitieve knoop willen doorhakken.	Fiks, Hughes, Cafen, Guevara & Barg, 2011 Galil et al., 2006
Matig	Rol ouders in beslissingen: Romanelli en collega's (2009) bevelen in een richtlijn voor jeugdhulp en jeugdbescherming aan om ouders te betrekken door goed getrainde mentoren in te zetten, die zelf als ouders te maken hebben gehad met de uithuisplaatsing van een jeugdige. Daarnaast is het belangrijk dat ouders duidelijke uitleg krijg over de uithuisplaatsing, hun rechten en verantwoordelijkheden en er wordt regelmatig gecheckt of ouders deze begrijpen (Romanelli et al., 2009). Ook bevelen Romanelli en collega's (2009) aan om hulpverleners te trainen in strategieën om gezinnen te betrekken bij het besluitvormingsproces, bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering, Relationele gezinstherapie, family group conferences.	Romanelli et al., 2009

3.6 Zorgvuldig beoordelen en beslissen

Het belang van de jeugdige vraagt om een zorgvuldige beoordeling en afweging van de beschikbare informatie over de situatie. Zorgvuldig beslissen betekent dat professionals:

1. systematisch en planmatig werken;
2. gebruik maken van beschikbare wetenschappelijke kennis;
3. onderscheid maken tussen de informatie die ze verzamelen, hoe ze dat beoordelen en welke beslissingen zij op basis daarvan nemen;
4. transparant zijn over conclusies, beslissingen en onderbouwing daarvan naar ouders, jeugdigen, collega's en andere hulpverleners.

Zorgvuldig beslissen helpt onjuiste beslissingen als gevolg van tekortschieten van menselijk redeneringsvermogen te voorkomen. Veel voorkomende valkuilen zijn beslissen op basis van een eerste indruk of informatie die een sterke emotie oproept (DePanfilis & Girvin, 2005; Garb, 1998; Garb, 2005; Munro, 1999). Een andere valkuil kan zijn om te snel een oorzakelijk verband te veronderstellen, bijvoorbeeld de conclusie ouders hun kind wel zullen mishandelen als zij zelf als kind mishandeld zijn of dat een depressieve moeder haar kind wel zal verwaarlozen (Kaufman & Zigler, 1989). Door het besluitvormingsproces te expliciteren worden beslissingen mogelijk ook minder afhankelijk van het subjectieve oordeel van hulpverleners (Baumann, Dagleish, Fluke, & Kern, 2011).

Opgemerkt moet worden dat zorgvuldig beslissen niet de enige noodzakelijke oplossing is om subjectieve invloeden op de besluitvorming te verminderen. Recent onderzoek bij de AMK's laat zien dat ook een gestructureerd besluitvormingsmodel nog aanzienlijke ruimte voor werkers laat om eigen afwegingen te maken (Ten Berge, Bartelink, & De Kwaadsteniet, 2011). Onderdeel van zorgvuldig beslissen is dan ook dat hulpverleners belangrijke beslissingen altijd in een team nemen. Ook moeten beslissingen in dialoog met ouders en jeugdigen genomen worden, zodat de gekozen oplossing goed aansluit bij de wensen, behoeften en sterke kanten. Ouders en jeugdigen moeten in het besluitvormingsproces meegenomen worden. Dat vraagt van hulpverleners dat zij helder uitleggen wat zij van ouders en jeugdigen verwachten en hen de gelegenheid geven mee te denken over oplossingen.

Belang van zorgvuldige beoordeling

Een zorgvuldige beoordeling van de problematiek voorafgaand aan beslissingen over de te volgen aanpak en voortdurende monitoring van veranderingen is belangrijk. Het vergroot de kans op een succesvolle uitkomst, omdat er een betere match is tussen de interventie en het probleem. Het voorkomt dat ouders en jeugdigen onnodige hulp krijgen of juist geen hulp met als gevolg een escalatie van de problematiek.

Uit huis geplaatste jeugdigen kampen met veel en vaak ernstige problemen: gezondheids-, psychische en ontwikkelingsproblemen (zie onder andere Chambers, Saunders, New, Williams, & Stachurska, 2010). Daarom is altijd nodig zorgvuldig te onderzoeken met welke problemen zij te maken hebben en doelgericht hulp voor de jeugdigen en de verzorgers in te zetten.

Jeugdigen laten lang niet altijd bij de uithuisplaatsing al gedrags- en emotionele problemen zien. Het kan ook zijn dat die gaandeweg zichtbaar worden wanneer een jeugdige niet langer in een onveilige situatie verblijft. Jeugdigen kunnen hun emoties en reacties onderdrukt hebben in reactie op de nadelige omstandigheden waarin zij verkeerden. Pas wanneer zij zich veiliger beginnen te voelen, kan het zijn dat ook de gevolgen voor hen zichtbaar worden. Daarom is het belangrijk zorgvuldig te monitoren hoe een jeugdige zich ontwikkelt.

Timing van de beoordeling van de problematiek

Een beoordeling van de aard en ernst van de problematiek is niet alleen bij de start van de hulpverlening van belang. Ook op latere momenten in het hulpverleningstraject kan het nodig zijn (regelmatig) een beoordeling van de situatie te maken. Wetenschappers en experts hebben op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaringen een richtlijn opgesteld voor screening en diagnostiek (Romanelli et al., 2009). Zij doen de volgende aanbevelingen:

1. Voer een korte screening binnen 72 uur na de uithuisplaatsing uit.
Deze screening heeft enkel tot doel belangrijke risico's te signaleren en de noodzaak van hulp vanwege psychische of verslavingsproblemen te bepalen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het risico dat een jeugdige zichzelf of een ander iets aandoet of wegloopt uit het pleeggezin, het gezinshuis of de instelling.
2. Voer binnen 30 dagen een uitgebreidere screening uit.
Deze screening heeft tot doel te bepalen of een jeugdige psychische hulp nodig heeft. Bij voorkeur wordt de screening met een betrouwbaar en valide screeningsinstrument uitgevoerd.
3. Voer een uitgebreid diagnostisch onderzoek uit bij jeugdigen die mogelijk (ernstige) psychische problemen hebben.
De beslissing tot een uitgebreid diagnostisch onderzoek is gebaseerd op de resultaten van de eerdere screening.
4. Zorg voor doorlopende screening op psychische problemen en de behoefte aan hulp.
Het is nodig bij elke afspraak een informele screening te doen en tenminste 1 keer per jaar een screening met een valide screeningsinstrument uit te voeren. Het kan nodig zijn om bij negatieve gedragsverandering van een jeugdige of bij belangrijke veranderingen in het leven van een jeugdige ook een screening uit te voeren.

Zorgvuldig beslissen uitgewerkt

Het zorgvuldig beslissen is uitgewerkt door de belangrijkste beslismomenten (kernbeslissingen) te expliciteren. Verdere uitwerking vindt plaats door voor elk beslismoment vast te leggen welke informatie een hulpverlener moet verzamelen om te beoordelen wat er aan de hand is, zodat hij kan beslissen welke oplossing het meest gepast is.

In schema ziet dat er zo uit:



Professionals verzamelen dus eerst informatie die voor een bepaald beslismoment relevant is. Vervolgens beoordelen ze de situatie aan de hand daarvan (kernoordelen). Daarna beslissen ze hoe ze de situatie gaan aanpakken. Zulke beslissingen worden ook wel 'kernbeslissingen' genoemd. Ze zijn bepalend voor het verdere verloop van het primaire proces, voor het handelen van de professional en – last but not least – voor de jeugdige en zijn ouders.

Er zijn drie kernbeslissingen in het uithuisplaatsingstraject:

1. Moet een jeugdige wel of niet uit huis geplaatst worden?
2. Waar kan de jeugdige het beste geplaatst worden?
3. Kan een jeugdige wel of niet weer teruggeplaatst worden?

Kernoordelen zijn de belangrijkste overwegingen die meegenomen moeten worden om het besluit te kunnen nemen. Het gaat hierbij om een inschatting van wat er aan de hand is en hoe ernstig dat is: de aard en ernst van de problemen, in combinatie met sterke kanten en bronnen van steun van het gezin.

De beoordeling van de problematiek helpt niet alleen bij het beslissen over uithuisplaatsing en terugplaatsing, maar draagt ook bij aan het beslissen over hulp aan jeugdigen (onder andere gericht op omgaan met emotionele en gedragsproblemen), ouders (gericht op versterken van opvoedingsvaardigheden, verminderen van eigen problemen) en/of pleegouders, gezinshuisouders of groepsleiding. Informatie over interventies ter voorkoming van uithuisplaatsing en tijdens uithuisplaatsing voor ouders en jeugdigen is te vinden in hoofdstuk 4 respectievelijk hoofdstuk 5.

De drie kernbeslissingen en bijbehorende kernoordelen worden hieronder uitgewerkt.

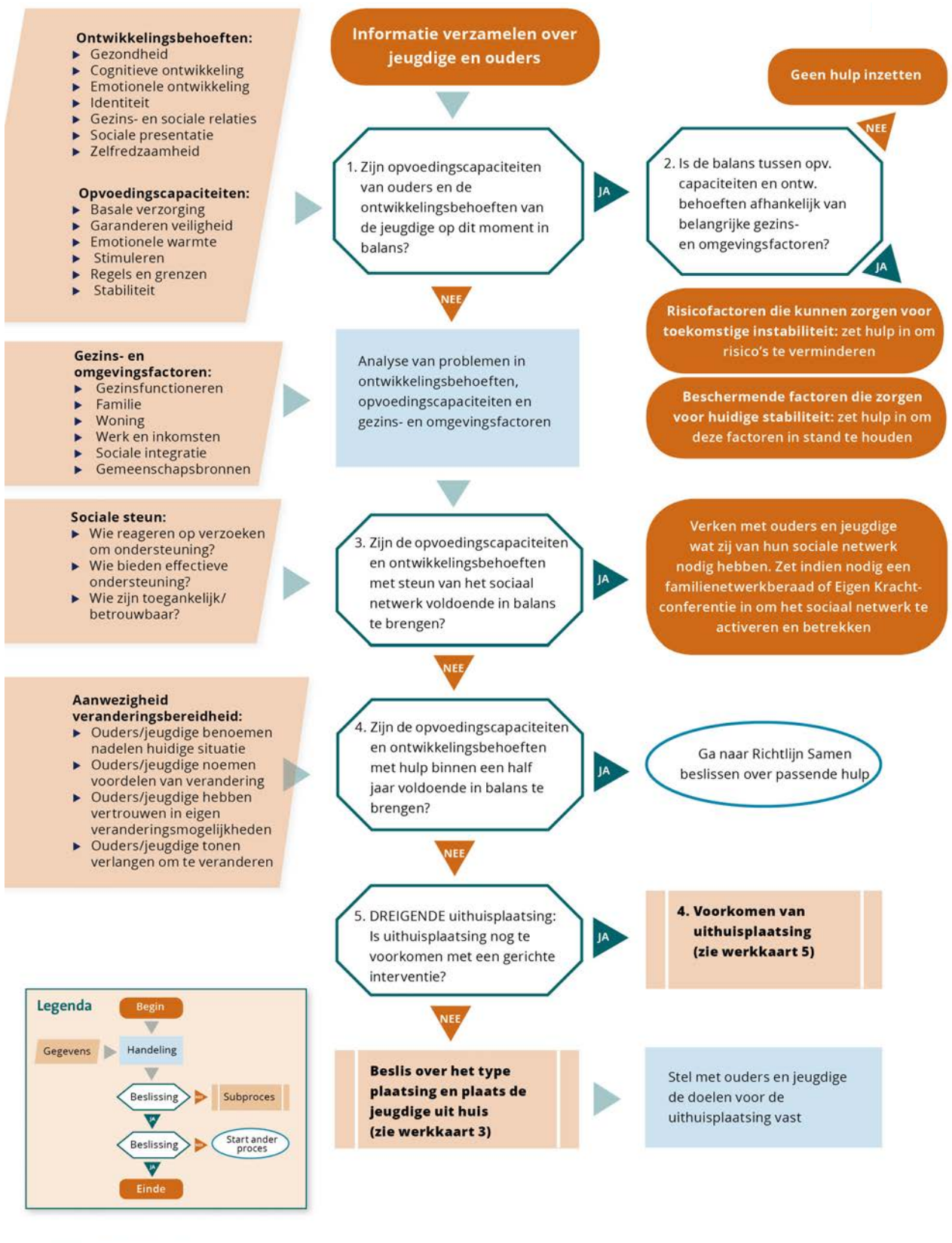
3.7 Uitwerking van de kernbeslissingen

1.a. Welke afwegingen en criteria zijn van belang om te beslissen of een uithuisplaatsing nodig is?

1. Zijn de opvoedingscapaciteiten van de ouders en de ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige op dit moment in balans? Deze vraag valt weer in diverse subvragen uiteen:
 - Hoe ontwikkelt de jeugdige zich, en wat heeft het nodig om zich te kunnen ontwikkelen?
 - Welke risico- en beschermende factoren bij de jeugdige beïnvloeden de ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige?
 - Wat zijn de opvoedingscapaciteiten van de ouders?
 - Welke risico- en beschermende factoren bij de ouders beïnvloeden de opvoedingscapaciteiten van de ouders?
2. Is de balans tussen opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften afhankelijk van belangrijke gezins- en omgevingsfactoren?
3. Zijn de opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften met steun van het sociaal netwerk voldoende in balans te brengen?
4. Zijn de opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften met hulp binnen een half jaar of een jaar voldoende in balans te brengen?
5. Bij een dreigende uithuisplaatsing: Is uithuisplaatsing nog te voorkomen met een gerichte interventie?

Kernoordeel 1: zijn de opvoedingscapaciteiten van de ouders en de ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige op dit moment in balans?

In het hele besluitvormingsproces staat de ontwikkeling van de jeugdige centraal: wat heeft de jeugdige nodig om zich te kunnen ontwikkelen tot een gezonde volwassene? Daarbij is het belangrijk om een afweging te maken tussen wat de jeugdige nodig heeft (ontwikkelingsbehoeften) en wat ouders kunnen bieden (opvoedingscapaciteiten). De ontwikkelingsbehoeften van een jeugdige – en daarmee ook de opvoedingscapaciteiten van ouders – zijn gerelateerd aan zijn leeftijd en ontwikkelingsniveau. Bij een (dreigende) uithuisplaatsing speelt altijd de afweging in hoeverre de balans tussen wat een jeugdige in zijn ontwikkeling nodig heeft (ontwikkelingsbehoeften) en welke opvoedingscapaciteiten ouders hebben om aan die ontwikkelingsbehoeften te voldoen in evenwicht is.



Figuur 3.1. Beslissen over uithuisplaatsing

Daarom is het nodig in kaart te brengen:

1. Hoe een jeugdige zich ontwikkelt en wat het nodig heeft om zich te kunnen ontwikkelen (ontwikkelingsbehoeften);
2. Welke risico- en beschermende factoren er bij de jeugdige zijn die zijn ontwikkelingsbehoeften beïnvloeden;
3. Wat de opvoedingscapaciteiten van de ouders zijn;
4. Welke risico- en beschermende factoren er bij de ouders zijn die hun opvoedingscapaciteiten beïnvloeden.

Zowel ernstige problemen in de ontwikkeling van de jeugdige als ernstige problemen in de opvoedingscapaciteiten van de ouders kunnen de balans tussen ontwikkelingsbehoeften en opvoedingscapaciteiten verstoren en een reden zijn om een jeugdige uit huis te plaatsen.

Wat betreft de problemen van jeugdigen noemt de literatuur als redenen voor uithuisplaatsing:

- ernstige emotionele en gedragsproblemen;
- gevaarlijk of bedreigend gedrag van de jeugdige richting gezinsleden;
- verminderd contact met de realiteit (psychose, zelfbeschadiging en/of suïcideneiging of -poging).

Dergelijke ernstige problemen zijn voor ouders, zelfs als zij over zeer goede opvoedingscapaciteiten en beschermende factoren beschikken, vaak niet te hanteren.

Als het om problemen in de opvoeding gaat, kunnen onder andere de volgende problemen een reden zijn voor uithuisplaatsing:

- ernstige en langdurige kindermishandeling of een hoog risico op kindermishandeling;
- een (ernstig) tekort aan opvoedingsvaardigheden;
- ernstige onveiligheid in de ouder-kindrelatie (onveilige of gedesorganiseerde gehechtheid).

In veel situaties gaan problemen bij de jeugdige, gebrekkige opvoedingscapaciteiten van ouders en een onveilige woon/ leefomgeving hand in hand. Daardoor kan een uithuisplaatsing een noodzakelijke stap zijn om de ontwikkeling van de jeugdige te bevorderen, maar daarvoor moet eerst afgewogen worden of met steun vanuit het sociaal netwerk of met professionele hulp de opvoedingssituatie voldoende te verbeteren is.

De Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming (Bartelink et al., 2015) gaat in op instrumenten die gebruikt kunnen worden om ontwikkelingsbehoeften en opvoedingscapaciteiten in kaart te brengen. Daarnaast doet deze richtlijn ook aanbevelingen voor het inschatten van de vraag of er sprake is van (een risico op) kindermishandeling.

1. Hoe ontwikkelt de jeugdige zich, en wat heeft het nodig om zich te kunnen ontwikkelen? (ontwikkelingsbehoeften)

Het is belangrijk om elk aspect van de ontwikkeling van de jeugdige te onderzoeken, zodat de professional een helder beeld krijgt van de specifieke ontwikkelingsmogelijkheden van een jeugdige. Dit draagt eraan bij dat een jeugdige in elke ontwikkelingsfase in staat is om zich zo succesvol mogelijk te ontwikkelen, zodat hij uiteindelijk de mogelijkheid heeft zijn volledige potentie te bereiken.

De ontwikkelingsbehoeften van jeugdigen zijn afhankelijk van leeftijd en ontwikkelingsniveau. Een jeugdige moet de verwachte ontwikkelingsmijlpalen halen. Daarbij moet rekening gehouden worden met specifieke kwetsbaarheden van de jeugdige (bijv. leerproblemen of een fysieke of licht verstandelijke beperking) en de impact daarvan op het bereiken van ontwikkelingsmijlpalen.

Het Framework (Department of Health, 2000) onderscheidt zeven algemene dimensies met betrekking tot de ontwikkeling van de jeugdige. Aandachtspunten binnen deze dimensies betreffen zowel kenmerken van de jeugdige als diens functioneren in termen van gedrag, ontwikkeling en emoties. Een professional moet informatie over deze dimensies verzamelen om een beslissing over de noodzaak van een uithuisplaatsing te kunnen nemen (zie tabel 3.4). Problemen op meerdere ontwikkelingsgebieden of zeer ernstige problemen op een ontwikkelingsgebied kunnen erop duiden dat de ontwikkeling van de jeugdige bedreigd wordt.

Tabel 3.4 Informatie verzamelen over de ontwikkeling van de jeugdige (Department of Health, 2000)

Ontwikkeling van de jeugdige
<i>Gezondheid en fysieke verschijning</i> - algemene gezondheid, groei en ontwikkeling; - speciale behoeften door bijvoorbeeld ziekte of een beperking; - aanwezigheid van letsel (mogelijk als gevolg van kindermishandeling); - uiterlijke verschijning (bijvoorbeeld kleding, uitgerust/vermoeid); - lichaamsbeweging en eetgewoonten.
<i>Cognitieve ontwikkeling</i> - taalontwikkeling en taalgebruik; - werkhouding op school (concentratie, niveau); - voortgang op school, succes- en faalervaringen.
<i>Emotionele ontwikkeling en gedrag</i> - omgaan met emoties en expressie van gevoelens; - hechting; - temperament; - (spel)gedrag thuis, op school en in de omgeving (bijvoorbeeld sportclub); - sociaal gedrag (contact met leeftijdgenoten en volwassenen); - reactie op traumatische of stressvolle gebeurtenissen.
<i>Identiteit</i> - de mate waarin de jeugdige zichzelf ziet als individu en als deel van het gezin; - zelfbeeld en zelfvertrouwen; - keuzes maken en initiatief nemen; - gender en/of seksuele identiteit.
<i>Gezins- en sociale relaties</i> - relaties met gezinsleden (ouders, broers/zussen); - relaties met leeftijdgenoten; - relaties met volwassenen; - empathisch vermogen; - manier van contact leggen met professionals (bijvoorbeeld oogcontact maken, mate van openheid of afweer, mate van weerbaarheid of afhankelijkheid).

Sociale presentatie

- verschijning en gedrag in sociale situaties (passende kleding, passend gedrag, netheid en persoonlijke hygiëne);
- aanpassing aan en houding t.a.v. beperkingen en discriminatie door anderen;
- respect voor gezins-, culturele en religieuze waarden en diversiteit.

Zelfredzaamheid

- praktische, emotionele en communicatieve vaardigheden die vereist zijn voor toenemende onafhankelijkheid;
- oplossingsvaardigheden;
- inschatten van eigen veiligheid en risico's.

2. Welke risico- en beschermende factoren beïnvloeden de ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige?

Risicofactoren bij de jeugdige die een extra appèl doen op de opvoedingsvaardigheden van ouders zijn (Ten Berge, Eijgenraam, & Bartelink, 2014):

- een belaste voorgeschiedenis (bijvoorbeeld prematuur en/of laag geboortegewicht);
- een (ernstige) ziekte of handicap;
- gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen;
- een moeilijk temperament.

Beschermende factoren bij de jeugdige die de aanwezige risicofactoren bij de jeugdige en/of de ouders kunnen compenseren, zijn (Ten Berge et al., 2014):

- zelfwaardering;
- ego-veerkracht (stressresistentie);
- bovengemiddelde intelligentie;
- aantrekkelijk uiterlijk;
- makkelijk temperament;
- goede interpersoonlijke vaardigheden (sociale competentie);
- steun van een volwassene die voor de jeugdige belangrijk is;
- bereidheid en vermogen om te veranderen.

3. Wat zijn de opvoedingscapaciteiten van de ouders?

Ook de opvoedingscapaciteiten van ouders zijn van belang. Daarbij gaat het om het vermogen van ouders om adequaat in te gaan op de ontwikkelingsbehoeften van hun kind, en om hun vermogen zich aan de veranderende behoeften van hun kind aan te passen. Dit kan beschreven worden in termen van:

- de manier waarop zij op hun kind, zijn gedrag en behoeften reageren en waar zij problemen bij ervaren;
- het effect dat de jeugdige op hen heeft;
- de kwaliteit van de ouder-kindrelatie;
- hun begrip van de ontwikkelingsbehoeften en ontwikkeling van hun kind;
- hun begrip van opvoedingsvaardigheden en het belang daarvan voor de ontwikkeling van een jeugdige;
- hun vermogen anders op hun kind te reageren als hun kind andere ontwikkelingsbehoeften krijgt.

Het Framework (Department of Health, 2000) noemt zes dimensies waarop de opvoedingscapaciteiten van ouders in kaart kunnen worden gebracht. Het gaat daarbij niet alleen om wat ouders weten en kunnen, maar ook (vooral) om de manier waarop zij dit in de praktijk laten zien. Een professional moet informatie over deze dimensies verzamelen om een beslissing over de noodzaak van een uithuisplaatsing te kunnen nemen.

Tabel 3.5 Informatie verzamelen over de opvoedingscapaciteiten van ouders (Department of Health, 2000)

Opvoedingscapaciteiten ouders
<i>Basale verzorging</i> - voorzien in fysieke behoeften van de jeugdige (voeding, hygiëne, onderdak); - zorgdragen voor goede gezondheidszorg (bijvoorbeeld bezoek aan huisarts en tandarts, deelname aan vaccinatieprogramma, specialistische hulp).
<i>Garanderen veiligheid</i> - bieden van een veilige leefomgeving; - bieden van bescherming tegen mensen die mogelijk gevaar opleveren; - voldoende toezicht houden; - weerbaar maken: bespreken hoe om te gaan met risicovolle situaties.
<i>Emotionele warmte</i> - waardering en respect tonen voor de jeugdige; - empathie en begrip tonen voor de jeugdige; - sensitief en responsief reageren op de behoeften van de jeugdige; - betrokken zijn bij (activiteiten van) de jeugdige, hem steunen en aan activiteiten meedoen.
<i>Stimuleren</i> - bevorderen van de cognitieve ontwikkeling door aanmoediging, communicatie en stimulatie; - voorzien in leermogelijkheden en sociale participatie; - zorgen voor en ondersteunen van onderwijs en succeservaringen;
<i>Regels en grenzen</i> - stellen van heldere, realistische grenzen, regels en verwachtingen; - regulering van gedrag en emoties van de jeugdige (leren omgaan met frustraties); - omgaan met conflicten; - passende verantwoordelijkheden geven.
<i>Stabiliteit</i> - structuur, stabiliteit en continuïteit in opvoeding en verzorging bieden; - voorspelbaar zijn in reacties; - fysiek en psychisch beschikbaar zijn (geldt voor minimaal een vaste opvoeder).

4. Welke risico- en beschermende factoren beïnvloeden de opvoedingscapaciteiten van de ouders?

Kenmerken van de ouders die van invloed zijn op hun vermogen een adequate opvoedingsomgeving te bieden, zijn (Ten Berge et al., 2014):

- middelenmisbruik/verslavingsproblematiek;
- psychische/psychiatrische problematiek;
- ziekte of een lichamelijke beperking;
- een verstandelijke beperking;
- gebrek aan gevoel van verantwoordelijkheid of aan medewerking;
- een problematische partnerrelatie, o.a. veel conflicten, huiselijk geweld en instabiliteit in relaties (veel wisselende relaties);
- fysiek/emotioneel niet beschikbaar zijn voor de jeugdige, bijvoorbeeld omdat de ouder in beslag wordt genomen door eigen problematiek of door ziekte (langdurige opname, fysieke beperkingen);
- op jonge leeftijd (jonger dan achttien jaar) ouder geworden;
- zelf slachtoffer van kindermishandeling en/of heeft eerder geweld gebruikt tegen personen.

Benadrukt moet worden dat de professional altijd moet onderzoeken in hoeverre deze kenmerken van invloed zijn op het opvoedend handelen van de ouders. Het zijn immers risicofactoren: ze vergroten de kans op uithuisplaatsing, maar dat wil niet zeggen dat uithuisplaatsing altijd noodzakelijk is.

Beschermende factoren zijn factoren die ouders een zekere mate van veerkracht geven, ook wanneer zij met veel problemen kampen. In de literatuur worden de volgende beschermende factoren genoemd (Ten Berge et al., 2014):

- een gevoel van competentie, draagkracht;
- een positief zelfbeeld;
- een ondersteunende partner;
- kan eigen jeugdervaringen hanteren;
- positieve jeugdervaringen;
- kan steun vragen/profiteren van steun;
- emotionele beschikbaarheid;
- flexibiliteit;
- bereidheid en vermogen om te veranderen.

Naarmate er meer risicofactoren en minder beschermende factoren in een gezin zijn, zullen ouders minder goed een verzorgings- en opvoedingssituatie kunnen bieden die nodig is voor een evenwichtige ontwikkeling van de jeugdige. Ook niet als zij daarbij steun vanuit hun sociaal netwerk of professionele hulp krijgen.

Kernoordeel 2: is de balans tussen opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften afhankelijk van belangrijke gezins- en omgevingsfactoren?

Het verzorgen en opvoeden van jeugdigen gebeurt niet in een vacuüm. Factoren in het gezin en de omgeving hebben een belangrijke invloed op het functioneren van de jeugdige en de ouders. Gezins- en omgevingsfactoren kunnen zowel een stabiliserende als een destabiliserende functie hebben als het gaat om de balans tussen de opvoedingscapaciteiten van de ouders en ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige. Met een stabiliserende functie wordt bedoeld dat het gezin ondanks veel of ernstige problemen toch nog kan functioneren. Een betrokken en actief sociaal netwerk kan bijvoorbeeld een stabiliserende functie hebben. Op zulke stabiliserende factoren dient de professional te letten als hij uithuisplaatsing overweegt. Het kan namelijk nodig zijn om interventies in te zetten zodat deze stabiliserende factoren stand kunnen houden. Interventies kunnen ook nodig zijn als destabiliserende factoren de balans tussen opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften dreigen te verstoren. Destabiliserende factoren zijn bijvoorbeeld (Ten Berge et al., 2014):

- een eenoudergezin, stiefgezin, groot gezin;
- veel conflicten;
- huiselijk geweld;
- een instabiel, ongeregeld leven;
- materiële/financiële problemen (werkloosheid, huisvesting);
- ingrijpende levensgebeurtenissen;
- een sociaal isolement/sociaal conflict.

Door ingrijpen kan dan mogelijk worden voorkomen dat de balans verstoord raakt en een uithuisplaatsing nodig wordt.

Het Framework (Department of Health, 2000) noemt zeven dimensies met betrekking tot het gezin en de omgeving. Een professional moet informatie over deze dimensies verzamelen om een beslissing over de noodzaak van een uithuisplaatsing te kunnen nemen.

Tabel 3.6 Informatie verzamelen over gezins- en omgevingsfactoren (Department of Health, 2000)

Gezins- en omgevingsfactoren
1. Gezinsgeschiedenis en functioneren: wie maken er deel uit van het huishouden? Hoe is hun relatie met de jeugdige? Hebben zich hierin belangrijke veranderingen voorgedaan? Welke ervaringen uit de kindertijd dragen de ouders met zich mee? Hebben zich belangrijke gebeurtenissen voorgedaan? Hoe functioneert het gezin (denk ook aan de relatie met broers en zussen en de invloed op de jeugdige daarvan)? Wat zijn sterke en minder sterke eigenschappen van de ouders? Welke moeilijkheden ervaren zij? Hoe is de relatie tussen (gescheiden) ouders?
2. Familie: wie zijn deel van de bredere familie? Wie zijn daarin afwezig? Hoe zijn de relaties met de bredere familie? Welke impact heeft de familie op de jeugdige en het gezin?
3. Woning: zijn in de accommodatie basisfaciliteiten aanwezig? En voorzieningen die passen bij de leeftijd en de ontwikkeling van de jeugdige en andere huisgenoten? Denk aan interieur en exterieur van het huis en directe omgeving, inclusief de aanwezigheid van gas, water, elektra, kookfaciliteiten, slaapruiimte, netheid, hygiëne en veiligheid en de invloed daarvan op het opvoeden van de jeugdige.

4. Werk: wie werkt, wat voor werkpatroon heeft diegene en wat is het effect daarvan op de jeugdige? Zijn daarin belangrijke veranderingen geweest (denk aan werkloosheid)?
5. Inkomsten: is er voldoende geld om in de behoeften van de jeugdige en het gezin te voorzien?
6. Sociale integratie van het gezin: in welke mate is het gezin geïntegreerd of geïsoleerd? Hoe zien de peergroepen, vriendschappen en sociale netwerk van zowel jeugdige als ouders eruit? Welk belang hechten ze eraan?
7. Gemeenschapsbronnen: welke faciliteiten en diensten zijn er in de buurt? Denk aan universele diensten van primaire gezondheidszorg, dagopvang en scholen, transport, winkels, vrijetijdsactiviteiten en plekken voor religieuze samenkomsten. Het gaat om zowel de beschikbaarheid als het niveau van de voorzieningen en de invloed daarvan op het gezin.

Kernoordeel 3: zijn de opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften met steun van het sociaal netwerk voldoende in balans te brengen?

Hierbij gaat het er vooral om te beoordelen welke rol het sociale netwerk (familie, vrienden en kennissen) in het gezin speelt of kan spelen. Het kan hier om netwerk van de jeugdige en/of zijn ouders. Het sociale netwerk kan voor ouders en jeugdigen een belangrijke bron van praktische en emotionele steun zijn. Wanneer ouders en jeugdigen een beroep kunnen doen op mensen in hun omgeving, loopt stress minder hoog op. Het sociale netwerk kan ook een rol spelen in het waarborgen van de veiligheid van jeugdigen.

Vragen die aan ouders gesteld kunnen worden:

- Welke mensen om jullie heen vinden het belangrijk dat het goed gaat met jullie en jullie kind?
- Bij wie kun je terecht voor praktische hulp, informatie en advies, troost en steun?
- Wie kan je helpen om... (concreet in te vullen afhankelijk van de problemen of doelen)?
- Hoe kun je deze persoon/personen vragen om je hierbij te helpen?

Om te beoordelen wat personen uit het netwerk kunnen betekenen, inventariseren hulpverlener en gezin:

- Welke mensen reageren op verzoeken om hulp of ondersteuning;
- Welke mensen daadwerkelijk en effectief hulp en ondersteuning bieden;
- Welke mensen toegankelijk zijn;
- Welke mensen afspraken nakomen.

Vergelijkbare vragen kunnen aan jeugdigen gesteld worden. Het is belangrijk niet alleen te kijken of ouders en jeugdige mensen om zich heen hebben, maar ook goed te kijken naar de kwaliteit van de steun die geboden wordt of kan worden.

Kernoordeel 4: zijn de opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften met hulp binnen een half jaar of een jaar voldoende in balans te brengen?

Hierbij gaat het er met name om te beoordelen of er iets aan de opvoedingssituatie veranderd kan worden. Dit is van belang voor de beslissing of een interventie thuis ter voorkoming van een uithuisplaatsing nog zin heeft, of dat de hulpverlener moet overgaan tot een uithuisplaatsing. De vraag is hierbij: In hoeverre kunnen (veranderingsmogelijkheden) en willen (veranderingsbereidheid) ouders en jeugdige binnen een aanvaardbare termijn veranderen, zodat de jeugdige veilig kan opgroeien en zich optimaal kan ontwikkelen? Om deze vraag te beantwoorden is het van belang informatie te verzamelen over de effecten van eerdere hulp en eerder genomen maatregelen. Ook de werkbaarheid van de situatie in het gezin moet geïnventariseerd worden. Met 'werkbaarheid' wordt enerzijds de veiligheid van de opvoedingssituatie voor de jeugdige (denk aan kindermishandeling) bedoeld, en anderzijds de motivatie en vaardigheden van ouders en jeugdige om problemen aan te pakken en profijt van de hulp te hebben. Voor jeugdigen is een veilige plek om te wonen een voorwaarde voor de hulp: zonder een veilige plek kan er niet gewerkt worden aan de problemen.

Een reden om tot uithuisplaatsing over te gaan kan zijn dat:

- Eerdere hulp tekort is geschoten;
- Een jeugdige eerder al uit huis geplaatst was (mits een nieuwe uithuisplaatsing weer nodig is in het belang van de verzorging en opvoeding van de jeugdige of tot onderzoek van zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid);
- De verwachting bestaat dat ambulante hulp onvoldoende verandering brengt, waardoor gevaar voor de veiligheid en ontwikkeling van de jeugdige blijft bestaan;
- Ouders niet bereid zijn mee te werken of niet laten zien dat ze zich verantwoordelijk voelen voor de situatie;
- De niet-mishandelende ouder niet in staat is om grenzen te stellen aan de pleger, en dus niet in staat is de jeugdige te beschermen.

Veranderingsmogelijkheden

Of ouders in staat zijn om blijvend veranderingen te realiseren, hangt onder meer af van hun functioneren als persoon en zijn mogelijkheden om zich te kunnen richten op de jeugdige en diens behoeften. Of een jeugdige in staat is om blijvend veranderingen te realiseren, hangt onder meer af van het inzicht dat hij heeft in zijn eigen functioneren. Vragen die de professional zich bijvoorbeeld kan stellen zijn:

- Begrijpen, herkennen en erkennen de ouders de aard en ernst van de opvoedingsproblemen, persoonlijke problemen en andere factoren die bedreigend zijn voor de jeugdige?
- Begrijpen, herkennen en erkennen de ouders de gevolgen van de opvoedingsproblemen voor de jeugdige op korte en/of lange termijn (bijv. de schade die bij de jeugdige is of dreigt te ontstaan door de kindermishandeling)? Nemen zij daar ook verantwoordelijkheid voor?
- Zijn er persoonlijke problemen of beperkingen bij de ouders die de kans op verbetering verkleinen?
- Begrijpt, herkent en erkent de jeugdige welke problemen hij heeft en welke invloed die hebben op zijn omgeving? En neemt hij daar verantwoordelijkheid voor?

- Zijn er persoonlijke problemen of beperkingen bij de jeugdige die de kans op verbetering verkleinen?
- Hebben ouders en jeugdige van eerdere hulp (blijvend) geprofiteerd? Werkten ze mee aan de geboden hulp?

Ouders of jeugdigen die kampen met ernstige problemen (zoals ernstige psychiatrische problemen, ernstige verslavingsproblemen of een verstandelijke beperking) hebben vaak een beperkte mogelijkheid tot leren en veranderen. Veranderingsmogelijkheden of – onmogelijkheden kunnen ook blijken uit de resultaten van eerdere hulp en het al dan niet tot stand komen van een samenwerkingsrelatie met het gezin. Aanwijzingen voor gebrekkige veranderingsmogelijkheden zijn dat er veel eerdere hulp is geboden zonder blijvend effect, of dat ouders herhaaldelijk niet reageren op afspraken of niet op komen dagen.

Veranderingsbereidheid

Nu zijn gezinnen bij de start van de hulpverlening niet altijd bereid om te veranderen. Zeker niet als anderen zich zorgen maken over mogelijke onveiligheid in hun gezin. Veranderingsbereidheid blijkt uit uitspraken die ouders en jeugdige doen. Vier typen uitspraken geven aan dat ouders en jeugdige bereid zijn te veranderen (Miller & Rollnick, 2002):

- Nadelen van de huidige situatie benoemen (bijvoorbeeld zorgen over de situatie);
- Voordelen van verandering noemen;
- Optimisme over verandering tonen (bijvoorbeeld vertrouwen in eigen veranderingsmogelijkheden);
- Intentie om te veranderen tonen (bijvoorbeeld verlangen om te veranderen).

Het ontbreken van veranderingsbereidheid blijkt hieruit:

- Ouders of jeugdige willen geen bemoeienis van hulpverleners (meer);
- Ouders of jeugdige wijzen een noodzakelijk geacht hulpaanbod af;
- Ouders of jeugdige weigeren om te veranderen, bijvoorbeeld door aangeleerde vaardigheden niet in praktijk te brengen.

Het feit dat een ouder of jeugdige hulp weigert of afbreekt, wil overigens niet zeggen dat hij niet gemotiveerd is. Er kan ook iets anders achter zitten, zoals ontevredenheid met de geboden hulp of hulpverlener. De reden van de weigering moet daarom altijd achterhaald worden.

Bereidheid om te veranderen is ook geen vaststaand gegeven. Bereidheid tot verandering kan tijdens het hulpverleningsproces in positieve of negatieve zin veranderen. Weerstand tijdens de interventie kan bijvoorbeeld een signaal zijn dat de professional te hard van stapel loopt. Het is ook mogelijk dat ouders of jeugdigen wel willen veranderen, maar het idee hebben dat ze het niet kunnen en zich daardoor verzetten tegen een interventievoorstel van de hulpverlener. De professional doet er goed aan dit zorgvuldig uit te vragen. Door specifieke gesprekstechnieken uit de motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte therapie in te zetten kan de professional veranderingsbereidheid stimuleren. Zulke technieken kunnen ouders en jeugdigen helpen om zich open te stellen voor de interventie, en wellicht ook om factoren te ontdekken die hen juist belemmeren om te veranderen.

Kernoordeel 5 (bij een dreigende uithuisplaatsing): is uithuisplaatsing nog te voorkomen met een gerichte interventie?

In situaties waarin sprake is van een ernstig verstoorde balans tussen opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften, moet de hulpverlener altijd nagaan of een uithuisplaatsing nog te voorkomen is met intensieve hulp. Een uithuisplaatsing is namelijk een laatste redmiddel. Voordat de hulpverlener overgaat tot een uithuisplaatsing, moet zorgvuldig afgewogen zijn of alle mogelijkheden voor hulp en ondersteuning zijn benut. Hulpverleners dienen dus goed op de hoogte te zijn van interventies die uithuisplaatsing kunnen voorkomen (zie hoofdstuk 3).

Termijn voor besluitvorming: Binnen welke termijn moeten jeugdige, ouders en omgeving weten wat het toekomstperspectief is?

Wanneer de balans tussen opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften ernstig verstoord is, is langdurige ambulante hulp zonder zichtbare verbetering onwenselijk, omdat het risico bestaat dat de ontwikkeling van de jeugdige stagneert. Het is daarom aan te bevelen een duidelijk moment te bepalen waarop de resultaten van de hulp geëvalueerd zullen worden. Tegen die tijd moet er dus een duidelijke verbetering in de balans tussen opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften zichtbaar zijn.

Van den Bergh en Weterings (2007) noemen een termijn van maximaal een half jaar voor gezinnen met langdurige (langer dan een half jaar) problemen. Als intensieve hulp gedurende dit half jaar tot onvoldoende resultaat leidt, dan volgt een kortdurende uithuisplaatsing.

Door wachtlijsten bij jeugdhulpaanbieders kan het gebeuren dat intensieve hulp niet tijdig op gang komt⁴. In zo'n geval is het goed om naar alternatief aanbod te zoeken, en kan het nodig zijn om de termijn voor evaluatie te verlengen. Ook moet regelmatig worden ingeschat of de veiligheid en ontwikkeling van de jeugdige niet te veel in het geding komt, als niet direct intensieve hulp kan worden ingezet.

Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod. In dat geval kan het nodig zijn om de termijn voor evaluatie te verlengen. Ook moet regelmatig worden ingeschat of de veiligheid en ontwikkeling van de jeugdige niet te veel in het geding komt, als niet direct intensieve hulp kan worden ingezet.

⁴ Dat hulp niet direct op gang komt, mag alleen in zeldzame gevallen gebeuren. Het gaat hier over zeer ernstige problematiek. Het is niet verantwoord om in deze situaties lang te wachten met het inzetten van hulp. Indien deze situatie structureel is, dan moet via de werkgever dit vraagstuk bij de gemeente, vanaf 2015 verantwoordelijk voor een toereikend aanbod, aangekaart worden met als doel een structurele verbetering in het aanbod te bewerkstelligen.

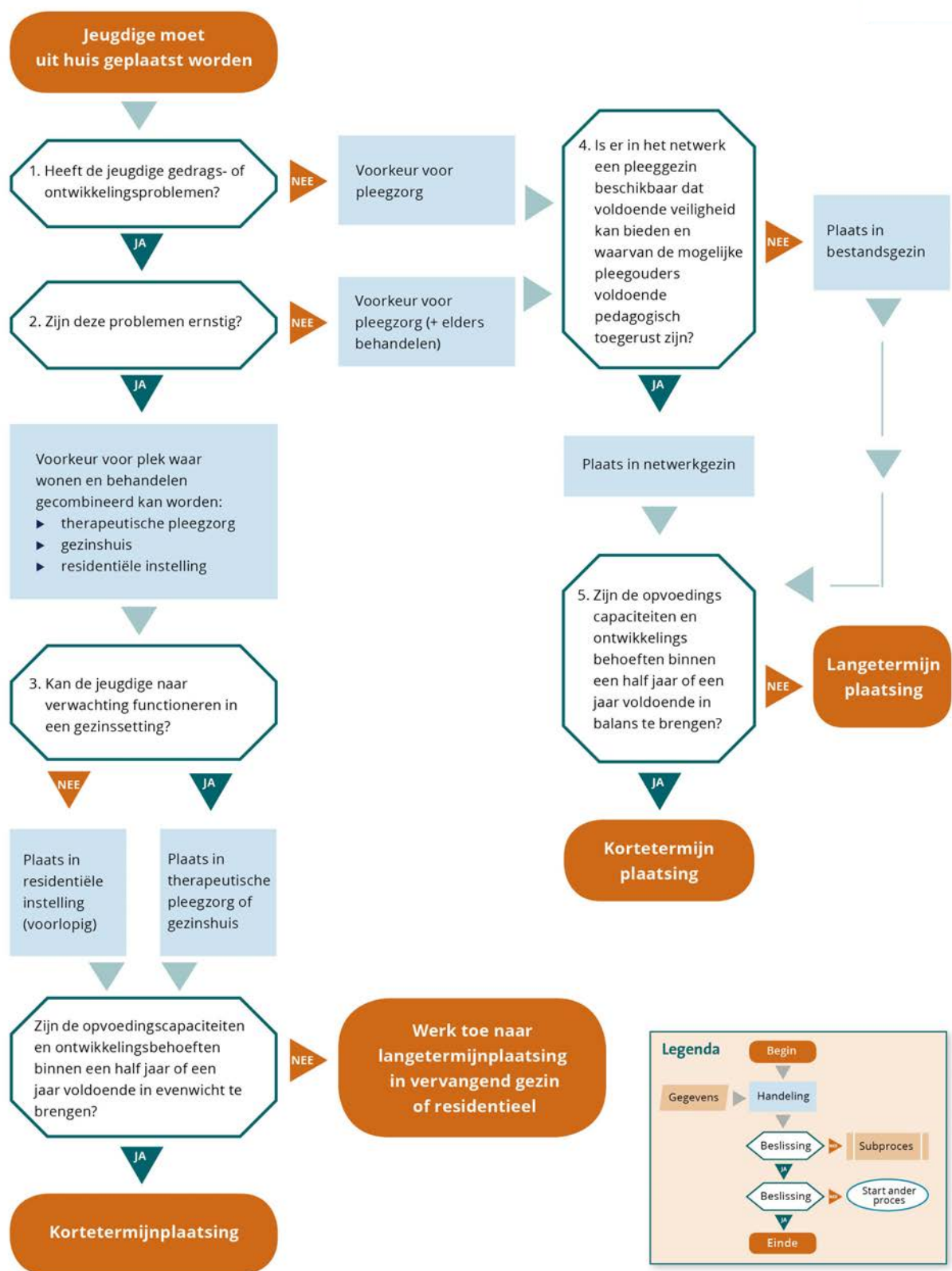
1.b Welke afwegingen en criteria zijn van belang om te beslissen waar een jeugdige het beste geplaatst kan worden?

Een jeugdige wordt bij voorkeur in een gezin geplaatst, dat wil zeggen in een (netwerk-) pleeggezin of een gezinshuis. Een zo normaal mogelijke opvoedingssituatie biedt de meeste kans op een gezonde ontwikkeling. Het is alleen niet altijd mogelijk om een jeugdige in een gezin te plaatsen. Vooral wanneer een jeugdige ernstige gedrags- en ontwikkelingsproblemen heeft, kan plaatsing in een residentiële woon- of behandelgroep nodig zijn. Dit zou echter de laatste optie moeten zijn. Idealiter verblijven jeugdigen maar even in een residentiële instelling, en wordt binnen de instelling gewerkt aan terugplaatsing dan wel langdurige uithuisplaatsing in een vervangend gezin.

Om te beslissen waar een jeugdige het beste geplaatst kan worden, dient een hulpverlener zichzelf de volgende vragen te stellen (zie figuur 3.2):

1. Heeft de jeugdige gedrags- of ontwikkelingsproblemen?
2. Zijn de gedrags- of ontwikkelingsproblemen ernstig?
3. Kan de jeugdige naar verwachting functioneren in een gezinssetting?
4. Is er in het sociaal netwerk een gezin beschikbaar dat de jeugdige voldoende veiligheid kan bieden en waarvan de mogelijke pleegouders voldoende pedagogisch zijn toegerust?
5. Zijn opvoedingscapaciteiten van de ouders en ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige op aanvaardbare termijn voldoende in balans te brengen?

Een noodzakelijke voorwaarde daarvoor is dat de hulpverlener de sociale kaart (type interventies, modules en voorzieningen) kent, zodat hij weloverwogen advies kan geven aan ouders en jeugdige welke hulp en type plaatsing het beste aansluit bij hun hulpbehoefte.



Figuur 3.2. Beslissen over type plaatsing

Wanneer tot een uithuisplaatsing is besloten, is de vraag op welke plek een jeugdige het beste geplaatst kan worden. Globaal zijn er drie mogelijkheden: een (netwerk-) pleeggezin, een gezinshuis of een residentiële woon- of behandelgroep.

In deze richtlijn gaan we slechts globaal hierop in. De matching van een jeugdige met een specifiek (netwerk) pleeggezin, gezinshuis of een specifieke woon- of behandelgroep komt in deze richtlijn niet aan bod. Daarvoor verwijzen we naar de *Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al, 2015) en *Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Baat, Van den Bergh, & De Lange, 2015).

Het verdient de sterke voorkeur om beslissingen over het type plaatsing te baseren op inhoudelijke overwegingen. Vanaf 1 januari 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor een toereikend aanbod van jeugdhulp. Slechts in uitzonderingsgevallen zou de jeugdprofessional moeten instemmen met mogelijke praktische overwegingen die ook een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld omdat er geen geschikt pleeggezin beschikbaar is, of omdat ouders en/of jeugdige niet meewerken aan plaatsing in een bepaalde zorgvorm. Als er sprake is van een jeugdbeschermingsmaatregel of een maatregel van jeugdreclassering met een rechterlijke beslissing tot plaatsing, dan is de gemeente gehouden het aangewezen aanbod te realiseren. Hierover maakt de gecertificeerde instelling voor jeugdbescherming en jeugdreclassering afspraken met de gemeente waar de jeugdige woonplaats heeft.

(Netwerk-) pleegzorg

Een (netwerk-) pleeggezin biedt opvang aan één of meer jeugdigen die tijdelijk of blijvend niet thuis kunnen wonen.

Vrijwel alle jeugdigen hebben gedrags- of ontwikkelingsproblemen op het moment dat zij in een (netwerk-) pleeggezin worden geplaatst (Weterings, 1998).

Dit vraagt van pleegouders – of ze nu bekend zijn met het gezin waaruit de jeugdige komt of niet – extra opvoedingsvaardigheden. Pleegouders moeten het gezinsfunctioneren kunnen aanpassen aan de behoeften van de jeugdige zonder dat de normale gang van zaken in het gezin volledig ontwricht raakt. Wanneer een jeugdige te veel aanpassing vraagt van het pleeggezin, is de kans groot dat de emotionele en gedragsproblemen van de jeugdige toenemen en/of dat de plaatsing voortijdig beëindigd moet worden vanwege problemen in het pleeggezin. Onderzoek (De Baat & Bartelink, 2012) is tegenstrijdig over de vraag of een jeugdige beter af is in een netwerkpleeggezin of een bestandspleeggezin. Een netwerkpleeggezin is een gezin dat deel uitmaakt van het sociale netwerk van het gezin waar de jeugdige uit komt. Een bestandspleeggezin is een gezin dat bekend is bij de pleegzorginstelling. Er kunnen zowel voor- als nadelen aan een netwerkpleeggezin kleven. Een voordeel kan zijn dat de jeugdige het netwerkpleeggezin al kent. Een nadeel kan zijn dat het netwerkpleeggezin betrokken is of raakt bij de conflicten of problemen in het gezin van herkomst, waardoor de jeugdige in de knel komt. Onderzoek laat geen duidelijke verschillen in uitkomsten voor de jeugdige zien.

Bij de keuze voor een netwerkpleeggezin zal een goede analyse gemaakt moeten worden van de aard van de relatie tussen ouders en pleegouders. Tijdens de plaatsing zal men extra aandacht moeten besteden aan deze relatie mochten er problemen rijzen.

Gezinshuis

Een gezinshuis is een kleinschalige vorm van professionele hulpverlening. In een gezinshuis woont een aantal jeugdigen, meestal drie tot zes, samen met de gezinshuisouders.

Gezinshuisouders, meestal een echtpaar en opgeleid als hulpverlener, bieden een zo normaal mogelijk gezinsklimaat.

In een gezinshuis kunnen jeugdigen terecht die extra zorg en aandacht nodig hebben vanwege ernstige gedrags- en ontwikkelingsproblemen. Gezinshuisouders zijn in staat de structuur en zorg te bieden die deze jeugdigen nodig hebben.

Residentiële woon- of behandelgroep

Residentiële zorg omvat uiteenlopende typen zorg voor jeugdigen, waarbij de jeugdige verblijft in een tehuis of instelling. De residentiële zorg kan een vervangende woonplek bieden (woongroep) of een plek zijn waar de jeugdige een behandeling voor zijn problemen krijgt (behandelgroep). Vaak is het onderscheid tussen een woongroep en een behandelgroep niet zo duidelijk.

Een residentiële plaatsing is met name nodig voor jeugdigen met ernstige gedrags- en ontwikkelingsproblemen die op dit moment niet in staat zijn om in een gezinssituatie te functioneren. Soms worden jeugdigen in een residentiële instelling geplaatst omdat ouders en/of de jeugdige zelf niet instemmen met een pleegzorgplaatsing.

1.c Welke afwegingen en criteria zijn van belang om te beslissen of een terugplaatsing mogelijk is?

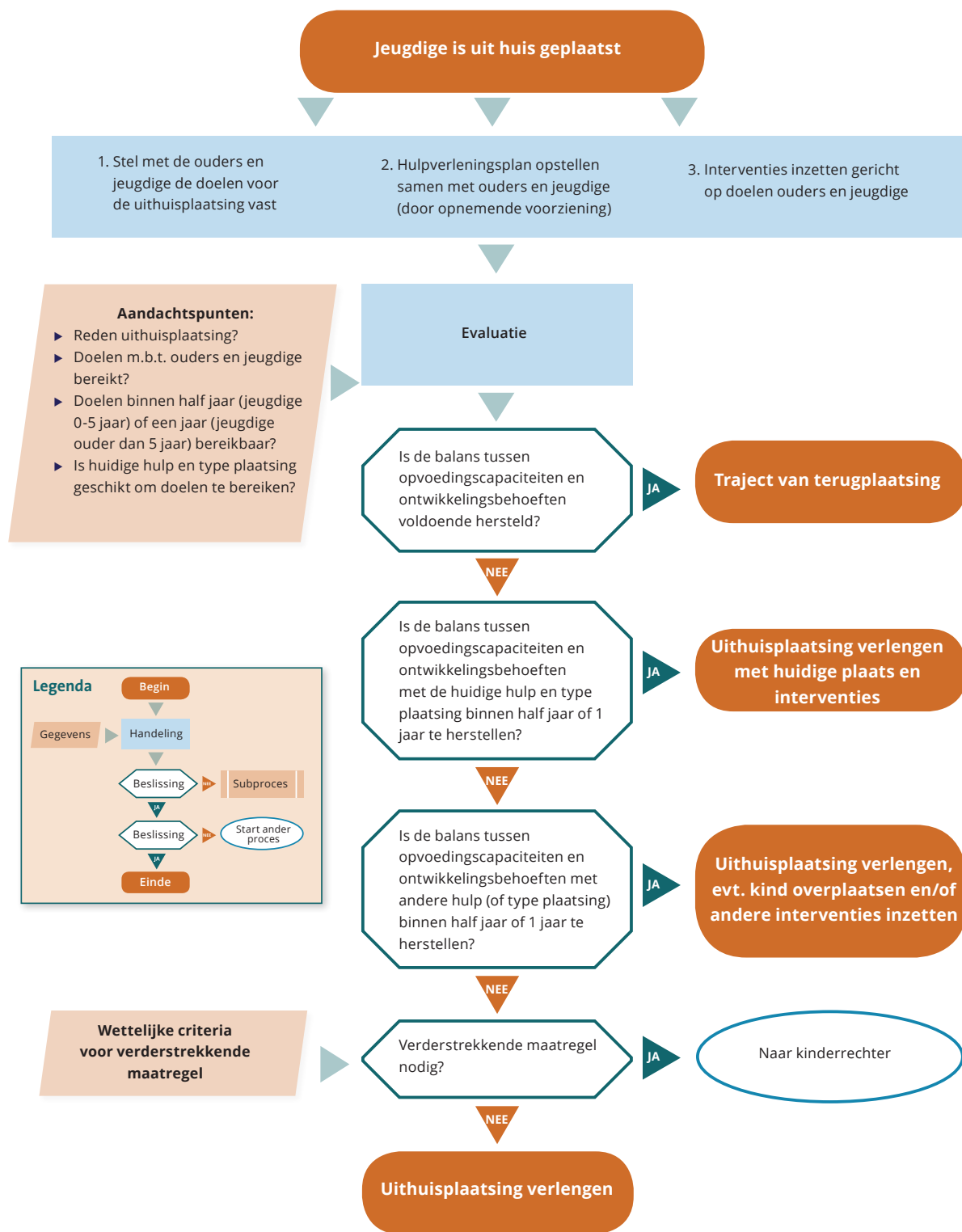
Om te beslissen of terugplaatsing mogelijk is, stelt een hulpverlener zich de volgende vragen (kernoordelen):

1. Is de balans tussen de opvoedingscapaciteiten van de ouders en de ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige voldoende hersteld?
2. Is de balans tussen de opvoedingscapaciteiten van de ouders en ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige met de huidige hulp en het huidige type plaatsing binnen een half jaar of een jaar voldoende te herstellen?
3. Is de balans tussen de opvoedingscapaciteiten van de ouders en ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige met andere hulp of een ander type plaatsing binnen een half jaar of een jaar voldoende te herstellen?

Bij de beoordeling van de bovenstaande vragen spelen feitelijk dezelfde aandachtspunten een rol als bij de beslissing tot uithuisplaatsing. De professional dient dus na te gaan 1) of er verbetering zichtbaar is in de balans tussen opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften, en 2) of er een opvoedingssituatie is te creëren die goed genoeg is voor de jeugdige. Voor informatie over ontwikkelingsbehoeften en opvoedingscapaciteiten verwijzen we naar de uitwerking van uitgangsvraag 1.a.

Een evaluatie van de geboden hulp (uithuisplaatsing + andere interventies) speelt een belangrijke rol in de beslissing over terugplaatsing. Vragen die daarbij van belang zijn:

- Wat waren de redenen voor uithuisplaatsing?
- Zijn de doelen met betrekking tot ouders en jeugdige bereikt?
- Zijn doelen met betrekking tot ouders en jeugdige binnen aanvaardbare termijn bereikbaar?
- Is de huidige hulp en het huidige type plaatsing geschikt om de doelen te bereiken?



Figuur 3.3. Beslissen over terugplaatsing

Aanvullend is van belang af te wegen:

1. hoe de relatie tussen ouders en jeugdige is;
2. hoe een bezoekenregeling tussen ouders en jeugdige verloopt;
3. hoe de relatie tussen de jeugdige en pleegouders of gezinshuisouders is;
4. in hoeverre ouders en jeugdige gereed zijn voor terugplaatsing;
5. of er een ondersteunend sociaal netwerk voor ouders en jeugdige is (Sen & Broadhurst, 2011).
6. In hoeverre de uithuisplaatsing de balans tussen draagkracht en draaglast van ouders heeft verbeterd en in hoeverre een terugplaatsing deze weer negatief zou kunnen beïnvloeden.

Wanneer binnen aanvaardbare termijn geen vooruitgang bij ouders en jeugdige te zien is en verandering ook niet te verwachten is met inzet van andere interventies, is terugplaatsing niet meer aan de orde. In dat geval moet dus langdurige uithuisplaatsing (al dan niet in combinatie met een verderstreckende jeugdbeschermingsmaatregel) overwogen worden.

Termijn voor besluitvorming: Wanneer is terugplaatsing nog verantwoord gezien de leeftijd van de jeugdige en de duur van uithuisplaatsing?

Van den Bergh en Weterings (2007) noemen de volgende termijnen om te beslissen over terugplaatsing:

1. Een kind in de leeftijd van nul tot vijf jaar wordt maximaal een half jaar uit huis geplaatst. In deze periode is er intensief contact tussen ouder en kind waarin er gestructureerd wordt geobserveerd hoe het kind op zijn ouders reageert en in hoeverre ouders nieuwe opvoedingsvaardigheden weten toe te passen. Bij vooruitgang kan terugplaatsing gepland worden.
2. Jeugdigen boven de vijf jaar worden maximaal een jaar uit huis geplaatst. In deze periode is er intensief contact tussen ouder en jeugdige waarin er gestructureerd wordt geobserveerd hoe de jeugdige op zijn ouders reageert en in hoeverre ouders nieuwe opvoedingsvaardigheden weten toe te passen. Bij vooruitgang kan terugplaatsing gepland worden.
3. Wanneer in de periode van een half jaar of een jaar blijkt dat ouders niet voldoende opvoedingscapaciteiten ontwikkelen of de relatie te weinig verbetert om van een hechtings- en opvoedingsrelatie te spreken, dan is terugplaatsing niet in het belang van de ontwikkeling van de jeugdige. De jeugdige wordt dan permanent uit huis geplaatst en krijgt de gelegenheid om een hechtingsrelatie aan te gaan met pleegouders of gezinshuisouders waar het in principe tot zijn volwassenheid woont.

3.8 Overige overwegingen

3.8.1 Besluitvorming

In de werkgroep is opgemerkt dat er in de richtlijn aandacht geschonken moet worden aan de vaardigheden die professionals nodig hebben om tot een zorgvuldige beslissing te komen. Het gaat dan om gespreks- en observatievaardigheden, bewustwording van en reflectie op eigen normen en waarden en die van de cliënt, het expliciet rapporteren van gedragingen, het gebruik maken van hulpverleners die al in het gezin zitten (samenwerking en informatie-uitwisseling), en

het overzicht houden over het mogelijk hulpaanbod van zorgaanbieders. In de samenwerking met andere hulpverleners helpt het om te vragen naar expliciet en concreet gedrag in plaats van naar een stoornis of diagnose.

Jeugdprofessionals constateren tijdens de proefimplementatie dat afwegingen om een jeugdige uit huis te plaatsen niet alleen gebaseerd zijn op de situatie in het gezin, maar ook op het alternatief dat geboden kan worden. Is een stabiel pleeggezin beschikbaar of staan een jeugdige herhaaldelijk overplaatsingen te wachten? De professionals benadrukken dat het kiezen uit twee kwaden is die beide schadelijke gevolgen voor de jeugdige kunnen hebben.

De werkgroepleden menen verder dat de genoemde termijn om te beslissen over terugplaatsing niet aansluit bij wat er in de praktijk gebeurt. Jeugdigen worden regelmatig na jarenlange uithuisplaatsing weer teruggeplaatst, soms met succes, maar vaak ook gevolgd door een nieuwe uithuisplaatsing.

Verder zijn er soms lange wachtlijsten voor een bepaald zorgaanbod bij een bepaalde zorgaanbieder. Dit brengt de haalbaarheid van de termijnen al in gevaar. De werkgroepleden zijn dan ook van mening dat het niet mogelijk is een termijn te bepalen waarbinnen voldoende resultaat bereikt moet zijn met het oog op de beslissing tot uithuisplaatsing dan wel terugplaatsing. Zij vinden het belangrijker doelgericht te werken en gaandeweg te kijken of er verbetering is geboekt dan strikte termijnen te hanteren. De belangrijkste afweging voor hen is of de situatie in het gezin goed genoeg is.

Het komt in de praktijk voor dat ouders zich sterk verzetten tegen een pleegzorgplaatsing en de voorkeur geven aan plaatsing in een residentiële instelling. Dit is niet in het belang van de ontwikkeling van de jeugdige. De werkgroep is van mening dat professionals hierover met ouders in gesprek moeten gaan en moeten onderzoeken wat de reden is voor de weerstand van de ouder tegen een pleegzorgplaatsing en of het mogelijk is te motiveren tot instemming met de pleegzorgplaatsing.

Jeugdprofessionals merken op dat het niet altijd duidelijk is wie de regie heeft/moet nemen over de hulp die rond een uithuisplaatsing geboden wordt. De werkgroep is van mening dat het vooral belangrijk is dat een professional hiervoor verantwoordelijk is en dat afspraken hierover worden vastgelegd. Welke professional of instelling de regie heeft maakt niet uit.

3.8.2 Broers en zussen gezamenlijk uit huis plaatsen

Er is in de praktijk geen overeenstemming over de vraag of broers en zussen het beste wel of niet gezamenlijk geplaatst kunnen worden wanneer een van de jeugdigen een ouderrol op zich heeft genomen (parentificatie). De werkgroep is van mening dat een jeugdige kind moet kunnen zijn en dat het niet gestraft moet worden voor de rol die het op zich heeft genomen om te compenseren voor onvermogen van zijn ouders. De werkgroep vindt dat deze jeugdigen gezamenlijk geplaatst moeten worden, maar dat goede begeleiding van de jeugdige nodig is zodat het de ouderrol kan neerleggen en weer kind kan zijn. Het kan nodig zijn pleegouders expliciet hierbij te begeleiden, zodat zij de jeugdige hierin kunnen helpen.

De werkgroep merkt op dat een (vermoeden van) seksueel misbruik tussen de jeugdigen onderling ook een reden kan zijn om broers en zussen niet gezamenlijk te plaatsen.

3.8.3 Rol jeugdigen en ouders bij de besluitvorming

De werkgroepleden vinden het essentieel dat ouders en jeugdigen actief betrokken zijn bij de besluitvorming. Zij spreken van “ouders die de hulpverlener betrekken in plaats van de hulpverlener die de ouders betreft”. Daarmee bedoelen zij dat hulpverleners een samenwerkingsrelatie met ouders en jeugdigen moeten aangaan en onderzoeken wat de krachten en oplossingen van het gezin zelf zijn.

De werkgroepleden zouden ook graag de rol en betrokkenheid van het sociale netwerk terugzien in de aanbevelingen. Zij vinden dat de verantwoordelijkheid voor het aanpakken van de problematiek bij het gezin hoort te blijven liggen. Professionals in de praktijk vullen daarop aan – na de richtlijn in de proefimplementatie getest te hebben – dat bij een netwerkplaatsing wel goed gekeken moet worden of aanvullende hulp nodig is, bijvoorbeeld vanwege conflicten of verstoorde familierelaties in het netwerk.

In de focusgroep is Signs of Safety expliciet genoemd, omdat deze benadering een uitwerking biedt voor het betrekken van ouders en jeugdigen in de besluitvorming. Vanwege het gebrek aan kennis over effecten en werkzame elementen van deze methode, wordt Signs of Safety niet in de aanbevelingen opgenomen als methode om ouders en jeugdigen in de besluitvorming te betrekken.

De werkgroepleden vinden het te ver gaan om van een jeugdige, met als vuistregel de leeftijd onder de twaalf, te verwachten dat deze beslist over zijn eigen uithuisplaatsing. Dat is een te zware en veelal onmogelijke verantwoordelijkheid. Die beslissing is uiteindelijk de verantwoordelijkheid van volwassenen, de ouders in de eerste plaats. Dat wil niet zeggen dat de jeugdige hierin niet kan meedenken. In de besluitvorming aangaande de uithuisplaatsing wordt op basis van de capaciteiten van de jeugdige om zijn mening op een redelijke en onafhankelijke manier kenbaar te maken, ongeacht diens leeftijd, dus ook jonger dan twaalf jaar, een passend belang gehecht. Voor de jeugdige en zijn ouders moet de jeugdzorgwerker duidelijk kunnen maken op welke wijze hiermee rekening is gehouden.

Wat betreft de rol die ouders en jeugdigen in de besluitvorming kunnen hebben, hangt het ervan af of het om een vrijwillige of gedwongen uithuisplaatsing gaat. Bij een machtiging uithuisplaatsing toetst de kinderrechter of het besluitvormingsproces zorgvuldig is doorlopen en voldoet aan de wettelijke voorwaarden voor een uithuisplaatsing.

De werkgroepleden vragen zich af hoe hulpverleners toch in dialoog kunnen beslissen wanneer ouders en/of jeugdige geen probleembesef of hulpvraag hebben. In de praktijk blijkt het lastig om samen te beslissen over uithuisplaatsing en noodzakelijke hulp als hulpverleners het met ouders en/of jeugdige nog niet eens zijn over de problemen en zorgen.

In de huidige jeugdhulp wordt nog geen gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigen om ouders te ondersteunen tijdens het proces van een uithuisplaatsing. Hiervoor is de huidige jeugdhulp dan ook nog niets georganiseerd. Wellicht dat cliëntenraden hier het een en ander in kunnen betekenen of dat hulpverleners ouders die het traject achter de rug hebben en waarvan zij de indruk hebben dat die ook met afstand en positief kunnen terug kijken, kunnen benaderen om als ervaringsdeskundige naar andere ouders op te treden. Interventies als Home-Start en Moeder Informeren Moeders laten zien dat een ervaringsdeskundige

waardevolle ondersteuning aan ouders kan bieden. Voorwaarde daarvoor is wel dat deze ervaringsdeskundige met enige afstand naar zijn eigen situatie kan kijken en daarnaast ondersteund en begeleid wordt vanuit de instelling.

3.8.4 Allochtone gezinnen

Wat betreft het omgaan met allochtone gezinnen is het belangrijk rekening te houden met culturele verschillen. Uitgangspunt is dat zo veel mogelijk rekening wordt gehouden met de culturele context, tenzij het gaat om gedragingen, waarden en normen die in strijd zijn met de Nederlandse wetgeving. Wanneer de normen van de hulpverlener overschreden worden, moet hij of zij dat durven bespreken met de gezinsleden.

De jeugdprofessional heeft oog voor zijn eigen normen en waarden en heeft een open houding ten aanzien van de culturele achtergrond en normen en waarden ten aanzien van de opvoeding van de ouders en de jeugdige. De jeugdprofessional realiseert zich dat identiteit in andere culturen een andere betekenis heeft dan in de Nederlandse cultuur. Gehoorzaamheid kan daar erg belangrijk zijn, net zo als zich conformeren aan de groep. Initiatief nemen kan als brutaal worden gezien. De jeugdprofessional realiseert zich dat migranten ouders soms vinden dat hun kinderen zich te westers opstellen en kan bespreekbaar maken hoe de Nederlandse cultuur daar tegenaan kijkt.

De jeugdprofessional realiseert zich dat geweld in de opvoeding in Nederland verboden is. In sommige andere culturen wordt het als onderdeel van opvoeden geaccepteerd. De jeugdprofessional zal daar zorgvuldig mee om moeten omgaan maar tegelijkertijd duidelijke grenzen stellen aan acceptabel en onacceptabel gedrag van ouders.

De jeugdprofessional realiseert zich dat migranten ouders soms niet mee willen werken uit angst voor roddel en gezichtsverlies in hun gemeenschap. Zij maakt dit bespreekbaar bij de cliënt.

3.9 Aanbevelingen

De werkgroep beveelt de praktijk het volgende aan:

Besluitvorming

1. Een jeugdige groeit bij voorkeur bij zijn eigen ouders op. Dit is zichtbaar in het besluitvormingsproces over uithuisplaatsing en terugplaatsing:
 - a. Maak in de beslissing tot uithuisplaatsing eerst een inschatting van de (verstoring van de) balans tussen opvoedingscapaciteiten en ontwikkelingsbehoeften. Onderzoek vervolgens in hoeverre het sociale netwerk hulp en ondersteuning kan bieden en welke mogelijkheden er zijn voor professionele hulp. Het doel hiervan is de balans te herstellen.
 - b. Onderzoek in de beslissing over terugplaatsing dan wel permanente uithuisplaatsing eerst of met ondersteuning vanuit het sociale netwerk dan wel professionele hulp een terugplaatsing mogelijk is.
2. Beslissingen over noodzakelijke hulp en uithuisplaatsing vragen om sterke analytische vaardigheden van de hulpverlener en kun je daarom nooit alleen nemen. Betrek minimaal een gekwalificeerde gedragswetenschapper bij beslissingen over noodzakelijke hulp en

uithuisplaatsing.

Voor gesloten jeugdhulp is daarnaast altijd een extra instemmingsverklaring van een andere daarvoor gekwalificeerde gedragswetenschapper noodzakelijk. Volg bij de teambesluitvorming (waarbij naast de uitvoerende professional ook de gekwalificeerde gedragswetenschapper is betrokken) een gestructureerd format, teneinde valkuilen in teambesluitvorming (zoals tunnelvisie) te voorkomen.

3. Volg de kernbeslissingen voor uithuisplaatsing en de uitwerking daarvan zoals in de beslisschema's is weergegeven. De kernbeslissingen voor uithuisplaatsing zijn:

- een jeugdige wel of niet uit huis plaatsen;
- op welke plek een jeugdige te plaatsen (netwerk- of bestandspleegzorg, gezinshuis of residentiële zorg);
- een jeugdige wel of niet terugplaatsen.

Elke kernbeslissing is uitgewerkt in een aantal kernoordelen. De kernoordelen leiden tot de kernbeslissingen. Zie hiervoor de beslisschema's.

4. Verzamel informatie over de ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige (rekening houdend met zijn fysieke, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau), de opvoedingscapaciteiten van de ouders en andere relevante gezins- en omgevingsfactoren (zie paragraaf 2.2.1). Analyseer op grond hiervan de situatie in het gezin.
5. Leg conclusies over de kernoordelen, de kernbeslissingen en de onderbouwing daarvan altijd schriftelijk vast, zodat ze op een later tijdstip door betrokkenen (gezin, collega's en andere hulpverleners, kinderrechter) kunnen worden ingezien en begrijpelijk is waarom bepaalde beslissingen zijn genomen. Geef ouders en jeugdigen ook altijd een mondelinge toelichting op de conclusies en argumenten daarvoor. Ga na of ouders en jeugdige de conclusies hebben begrepen. Houd daarbij rekening met eventuele cognitieve beperkingen van ouders en jeugdige.
LET OP: De Raad voor de Kinderbescherming toetst de beslissing tot terugplaatsing wanneer een jeugdige met een machtiging uithuisplaatsing uit huis geplaatst is.

6. Neem beslissingen over uithuisplaatsing en terugplaatsing tijdig en zorgvuldig, zodat voor de jeugdige en zijn ouders helder is waar zijn perspectief voor opgroeien ligt. Voor alle beslissingen met betrekking tot uithuisplaatsing geldt dat er termijnen gesteld moeten worden. Welke termijnen gehanteerd worden is niet wettelijke vastgelegd, wel dat er een verband moet zijn tussen het belang van het kind en de termijn. De kinderbeschermingswetgeving formuleert het zo: "binnen een gelet op de persoon en de ontwikkeling van de minderjarige aanvaardbaar te achten termijn." De hieronder genoemde termijnen zijn derhalve indicatief.
Geef ouders en jeugdige een redelijke termijn (bijvoorbeeld een half jaar voor jeugdigen jonger dan 5 jaar en een jaar voor jeugdigen ouder dan 5 jaar) de kans om met intensieve hulp te werken aan de mogelijkheid tot terugplaatsing. Als het binnen deze termijn niet mogelijk is om de omstandigheden voldoende te verbeteren, dan is een permanente uithuisplaatsing noodzakelijk. Voorwaarde is dat ouders en jeugdige gedurende de

uithuisplaatsing voldoende professionele hulp hebben ontvangen om terugplaatsing mogelijk te maken. Deze hulp dient gericht te zijn op de ouder-kindinteractie en opvoedingsvaardigheden en mogelijke andere problemen die ouders belemmeren om hun kind goed genoeg op te voeden.

LET OP: De Raad voor de Kinderbescherming toetst de beslissing tot terugplaatsing wanneer een jeugdige met een machtiging uithuisplaatsing uit huis geplaatst is.

7. Plaats een jeugdige bij voorkeur in een gezinssituatie, dus in een (netwerk-) pleeggezin of een gezinshuis. Wanneer een jeugdige ernstige gedrags- en ontwikkelingsproblemen heeft, kan een tijdelijke plaatsing in een residentiële woon- of behandelgroep nodig zijn. (zie beslisschema 2 “Waar kan de jeugdige het beste geplaatst worden”)
8. Spreek af welke jeugdprofessional de regie heeft over de hulp die aan het gezin geboden wordt. Belangrijk is dat de regie belegd wordt bij een jeugdprofessional of -organisatie. Het maakt niet uit welke professional of organisatie dat is (beslissende of uitvoerende instantie).

Broers en zussen gezamenlijk uit huis plaatsen

1. Plaats broers en zussen bij voorkeur samen, tenzij er redenen zijn waardoor dit niet kan, zoals:
 - er is geen pleeggezin beschikbaar dat meerdere jeugdigen tegelijk kan opvangen;
 - één of meerdere jeugdigen heeft/hebben specialistische zorg of behandeling nodig;
 - een van de jeugdigen heeft gedragsproblemen, waardoor hij een bedreiging vormt voor het welzijn of de ontwikkeling van zijn broer(s) of zus(sen);
 - broers en zussen hebben veel conflicten;
 - er is (een vermoeden van) seksueel misbruik tussen de jeugdigen onderling.

De rol van jeugdige en ouders bij de besluitvorming

1. Beslis zo veel mogelijk samen met ouders en jeugdige (over uithuisplaatsing, terugplaatsing en hulpverlening aan het gezin). Voor jeugdigen geldt daarbij geen leeftijdsgrens. Wel moet aan de mening van de jeugdige een op zijn capaciteiten gebaseerd passend gewicht worden toegekend.

In sommige situaties blijkt dat ouders en jeugdige het moeilijk vinden om zelf de beslissing te nemen en willen ze dat de hulpverlener hierin de verantwoordelijkheid draagt. Geef jeugdige en ouders in ieder geval de gelegenheid hun mening te geven en neem deze in de besluitvorming mee.

Maak verder gebruik van motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte gesprekstechnieken om ouders en jeugdige te stimuleren gezamenlijk beslissingen te nemen. Genoemde technieken helpen expliciet te maken wat ouders en jeugdige belangrijk vinden, welke problemen zij ervaren en welke oplossingsmogelijkheden zij zien.

LET OP: In het geval van een machtiging uithuisplaatsing toetst de Raad voor de Kinderbescherming de beslissing en kan deze besluiten om de genomen beslissing niet over te nemen.

2. Leg ouders en jeugdige altijd helder uit wat de conclusies zijn van het onderzoek naar de problemen in de thuissituatie. Stel met ouders en jeugdige heldere doelen op, zodat ze begrijpen waar ze aan moeten werken om een uithuisplaatsing te voorkomen dan wel op te heffen.
3. Informeer ouders en jeugdige goed over de verschillende hulpmogelijkheden en hun mogelijke voor- en nadelen, zodat zij samen met jou zorgvuldig kunnen afwegen welke hulp het beste aansluit bij hun vraag en behoeften. Zet eventueel ervaringsdeskundigen in. Zij kunnen een mentor zijn voor de ouders: ze kunnen hen informeren over de mogelijkheden voor hulp, en ze kunnen hen steunen in het contact met hulpverleners.
4. Verken samen met ouders en jeugdige welke rol het sociale netwerk kan hebben in het aanpakken van de problemen. Het sociale netwerk kan bijvoorbeeld netwerkpleegzorg of praktische dan wel emotionele steun bieden, voor of tijdens een uithuisplaatsing, of na terugplaatsing. Zet eventueel een familienetwerkberaad of Eigen Kracht-conferentie in. (De *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink et al., 2015) gaat verder in op de vraag hoe je samen met ouders en jeugdige kunt verkennen welke mogelijkheden voor ondersteuning zij in hun netwerk hebben.)
5. Willen of kunnen ouders en/of jeugdige niet meewerken, neem dan een beslissing over het gezin, in plaats van samen met het gezin. Leg hieraan voorafgaand helder uit welke veranderingen je in het gezin wilt zien en onder welke condities ouders en jeugdige kunnen meebeslissen. Wijs hen bijvoorbeeld op hun verantwoordelijkheid om voldoende veiligheid voor hun kind te garanderen. Leg afspraken met ouders en jeugdige samen vast, zowel mondeling als schriftelijk in voor het gezin toegankelijke taal.
6. Ouders en jeugdigen met een (lichte) verstandelijke beperking hebben recht op eenzelfde behandeling als andere ouders en jeugdigen. Houd daarom rekening met deze (lichte) verstandelijke beperking, zodat de ouders en jeugdige beschikken over de informatie die zij nodig hebben om te kunnen participeren in de besluitvorming. Dit vraagt speciale communicatieve vaardigheden. Daarvoor verwijzen we naar de richtlijnen van het Landelijk Kenniscentrum LVG.

3.10 Ontwikkellacune

Er is veel onduidelijkheid over besluitvorming bij uithuisplaatsing: inzicht in zowel de factoren die een rol moeten spelen als de weging ontbreekt. Het in deze richtlijn ontwikkelde besluitvormingskader dient onderzocht te worden op betrouwbaarheid en validiteit.

Er is in de jeugdhulp geen methode voor gezamenlijke besluitvorming (shared decision making). Dit zou ontwikkeld en onderzocht moeten worden.

De mogelijkheid om ervaringsdeskundigen in te zetten moet verder verkend, uitgewerkt en onderzocht worden.

Hoofdstuk 4

Voorkomen van uithuisplaatsing

4.1 Uitgangsvraag

Welke interventies zijn voor welke doelgroep effectief bij het voorkomen van een uithuisplaatsing?

4.2 Inleiding

De verplichtingen uit het IVRK zijn verder uitgewerkt in de Richtlijnen voor Alternatieve Zorg van Kinderen (VN, 15 juni 2009). In relatie tot het voorkomen van uithuisplaatsing hebben ouders en jeugdigen het recht om problemen eerst binnen het gezin aan te pakken:

“Aangezien het gezin de hoeksteen van de samenleving vormt en de natuurlijke omgeving voor de ontplooiing, het welzijn en de bescherming van kinderen is, moeten alle inspanningen er in de eerste plaats op gericht zijn dat het kind onder de zorg van zijn/haar ouders kan blijven of worden teruggebracht of, in voorkomend geval, onder die van naaste familieleden” (VN, 15 juni 2009).

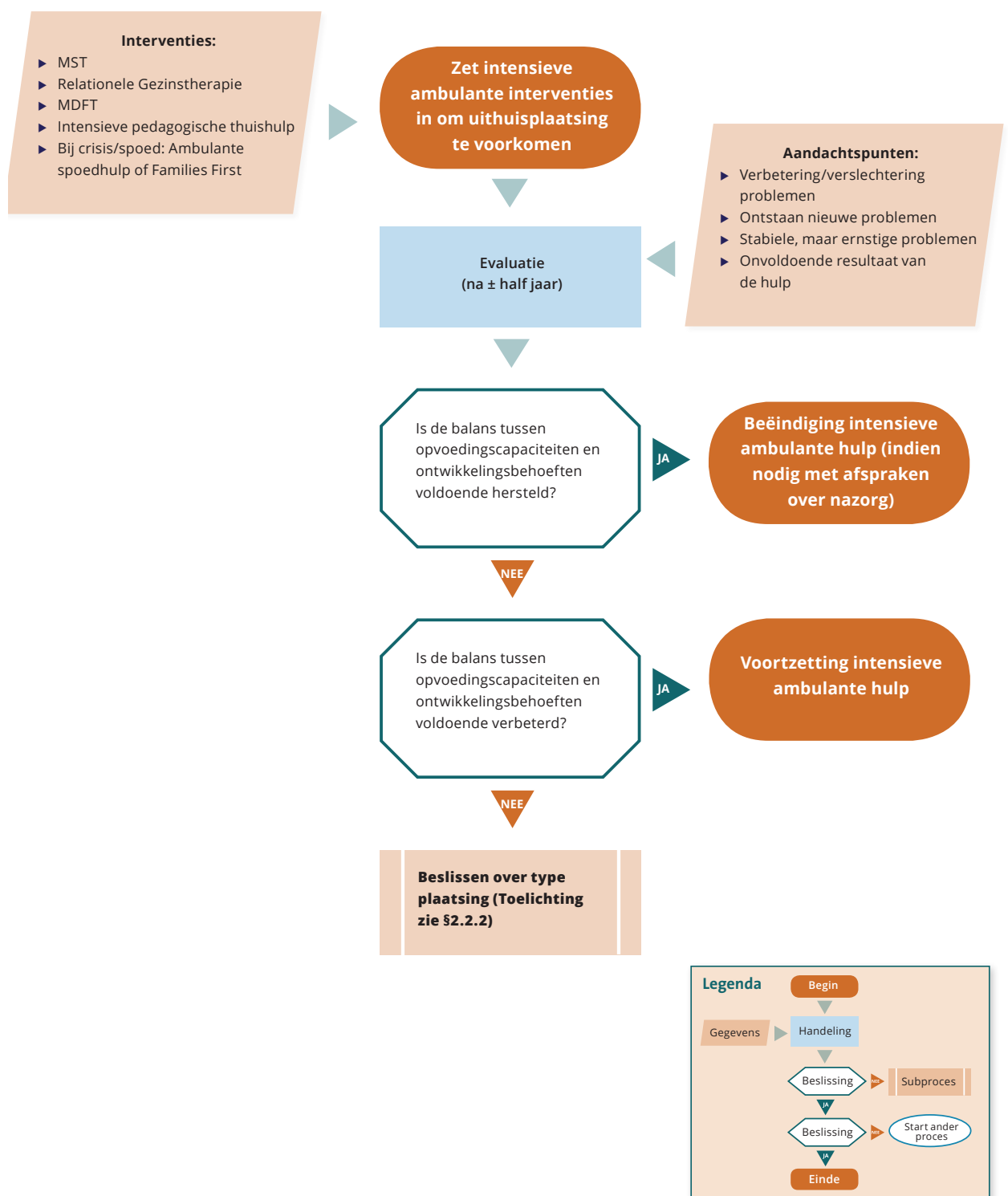
Daarnaast verplicht het IVRK de overheid om ouders hierbij te ondersteunen waar dat nodig is. Eén van de uitgangsvragen voor de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is dan ook ‘welke interventies effectief zijn bij het voorkomen van een uithuisplaatsing en voor welke doelgroep’. Het (mogelijk) inzetten van interventies voordat uithuisplaatsing aan de orde is, heeft zijn grondslag in het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind.

Het is van belang kennis te hebben van de interventies en hun effecten en voor welke doelgroep zij geschikt zijn. De zoektermen (zie paragraaf 1.6.2) leverden een tiental studies (meta-analyses en reviews) naar effecten van pedagogische interventies op (zie bijlage 5).

Deze uitgangsvraag handelt NIET over het uithuisplaatsen van jeugdigen in een crisissituatie. Daarvoor verwijzen wij naar de *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink et al., 2015).

Een uithuisplaatsing wordt overwogen wordt omdat er een disbalans is tussen de ontwikkelingbehoefte van de jeugdige en de opvoedingscapaciteiten van de ouders. Op dat moment is het nog aan de orde of een uithuisplaatsing kan worden voorkomen door de inzet van ambulante interventies.

In figuur 4.1 staat het traject bij het voorkomen van een uithuisplaatsing. Interventies kunnen conform de aanwijzingen in dit hoofdstuk worden ingezet en de inzet van deze interventies dient met regelmaat geëvalueerd te worden. Verslechtert de situatie, ontstaan er nieuwe problemen, zijn de problemen ernstig of is er onvoldoende resultaat dan kunnen jeugdige, ouders en/of de jeugdzorgwerker opnieuw een beslissing nemen de jeugdige al dan niet tijdelijk uit huis te plaatsen. Mocht een uithuisplaatsing alsnog aan de orde komen, dan verwijzen we terug naar, paragraaf 3.2.2 voor aanwijzingen over de type plaatsing en het besluitvormingsproces.



Figuur 4.1. Traject bij het voorkomen van uithuisplaatsing

4.3 Samenvatting van de literatuur

In de literatuur wordt de verzamelnaam 'intensieve pedagogische thuishulp' gebruikt voor verschillende methodieken waarbij ambulante hulpverlening in de thuissituatie plaatsvindt. Daarnaast wordt er in de literatuur onderzoek beschreven naar het programma multisysteemtherapie en ook naar de Delta methode voor de gezinsvoogdij.

4.3.1 Programma's voor intensieve pedagogische thuishulp

Nederlandse studies

Veerman, Janssens en Delicat (2005) hebben een meta-analyse uitgevoerd over zeven studies naar Nederlandse programma's voor intensieve pedagogische thuishulp. In totaal zijn in deze onderzoeken zeventien methodieken onderzocht. Voor vrijwel alle methodieken geldt dat er een duidelijke omschrijving van de doelgroep was. Het gaat om jeugdigen bij wie er sprake is van autoriteitsconflicten, halsstarrig gedrag en ernstige ongehoorzaamheid, met ouders die omschreven worden als pedagogisch onmachtig, met geringe opvoedingscompetenties (Veerman, Janssens en Delicat (2005)). Er is geen nadere specifieke differentiatie in deze studie gevonden van leeftijden of andere kenmerken.

Geen van de onderzoeken had een controlegroep. Alle onderzoeken hadden wel tenminste een voormeting en een nameting. Er is een duidelijke afname geconstateerd van gedragsproblemen van de jeugdigen en van opvoedingsbelasting door de ouders. Ofschoon de scherpe kantjes van de problemen af zijn, blijkt uit de hoogte van de scores op de nameting dat er bij afsluiting van de hulp gemiddeld genomen nog steeds sprake is van aanzienlijke gedrags- en opvoedingsproblemen. Opmerkelijk is dat in Nederland niet onderzocht is of intensieve pedagogische thuishulp leidt tot een afname van het aantal uithuisplaatsingen. Dit is opvallend, aangezien de programma's onder andere bedoeld zijn om uithuisplaatsing te voorkomen.

Buitenlandse studies

Lindsey, Martin en Doh (2002) hebben in een (buitenlandse) review over 36 studies de effecten van intensieve thuishulpprogramma's onderzocht. Gedegen onderzoek (RCT's) laat geen effect van intensieve pedagogische thuishulp zien op het voorkomen van uithuisplaatsing. Lindsey en collega's (2002) constateren daarbij dat hoe gedegener de onderzoeksopzet is, des te kleiner de effecten op het voorkomen van uithuisplaatsing zijn. Zij geven vier redenen dat het deze programma's niet lukt om uithuisplaatsing te verminderen of dit effect te meten:

1. Deze programma's lijken sterk op 'casework', wat ook niet effectief is gebleken om uithuisplaatsing te voorkomen. Casework is een methode om systematisch en gebaseerd op kennis en theorieën over gedrag van mensen hulp te verlenen. Bij casework ontrafelt de hulpverlener welke problemen er zijn en hoe die verband met elkaar houden, waardoor gezinnen weer stabiel kunnen gaan functioneren.
2. Hulpverleners zijn niet in staat om vooral die gezinnen te selecteren waar 'het risico op uithuisplaatsing' het grootst is. Diverse onderzoeken laten zien dat in zowel de behandel- als de controlegroep het aantal uithuisplaatsingen klein is.
3. 'One size fits all': intensieve thuishulpprogramma's hebben niet voldoende flexibiliteit om aan de verschillende behoeften van gezinnen te voldoen. Intensieve pedagogische thuishulp is zeker voor sommige gezinnen zinvol: onderzoek laat zien dat het vooral effectief is bij

gezinnen waar het gedrag van de jeugdige problematisch is, maar dat het ineffectief is bij multiprobleemgezinnen.

4. De kortdurende en intensieve programma's zijn niet geschikt voor chronische en langdurige problemen, omdat de dosis hulp eenvoudigweg te laag is voor gezinnen met langdurige en complexe problemen.

Een review van Littell en Schuerman (1995) laat zien dat er weinig solide bewijs is dat intensieve pedagogische thuishulp programma's uithuisplaatsing voorkomen. Van de elf RCT's bleken zeven geen significante afname van het aantal uithuisplaatsingen te laten zien. Zowel in de experimentele als de controlegroepen bleek uithuisplaatsing weinig voor te komen. Littell en Schuerman concluderen dan ook dat de programma's te weinig geboden werden aan gezinnen waar daadwerkelijk een risico op uithuisplaatsing bestond.

Ook zijn de effecten op functioneren van de jeugdige en opvoedingsproblemen slechts klein. Littell en Schuerman concluderen dat dit te verwachten is gezien de hoeveelheid en ernst van de problemen van gezinnen en de korte duur van de programma's. Daarnaast schenkt dit type programma's geen aandacht aan factoren in de omgeving die kindermishandeling en andere problemen in het gezinsfunctioneren veroorzaken en in stand houden.

Een review van O'Reilly, Wilkes, Luck en Jackson (2010) toont tegenstrijdige resultaten aan als het gaat om het voorkomen van uithuisplaatsing. Vooral recenter onderzoek laat positievere resultaten zien. Kindermishandeling bleek af te nemen en gezinsfunctioneren verbeterde. Daarbij speelt de duur van de interventie wel een belangrijke rol: naarmate de interventie korter is, is de kans op een uithuisplaatsing groter.

Ook MacLeod en Nelson (2000) gingen met een meta-analyse de effecten van intensieve pedagogische thuishulp na. Zij komen tot de conclusie dat effecten op het voorkomen van uithuisplaatsing klein zijn. Wel menen zij dat deze programma's effectief zijn, vooral om kindermishandeling te verminderen en het welzijn van gezinnen te bevorderen.

4.3.2 Multisysteemtherapie

Multisysteemtherapie (MST) is een specifieke vorm van intensieve pedagogische hulp. Niet alleen het gezin is betrokken bij de behandeling, maar er wordt ook naar jeugdigen in hun omgeving gekeken. Daarbij is er aandacht voor functioneren op school, relaties met leeftijdgenoten en vrijetijdsbesteding. In eerste instantie is MST ontwikkeld voor jongeren van 12 tot 18 jaar met antisociaal gedrag en hun gezin. Inmiddels is er ook een aangepaste versie specifiek voor gezinnen waar kindermishandeling plaatsvindt (MST-CAN; multisysteemtherapie voor Child Abuse and Neglect). MST-CAN is geschikt voor gezinnen met kinderen van 6 tot 17 jaar.

Swenson, Schaeffer, Faldowski, Henggeler en Mayhew (2010) voerden een RCT-studie uit naar de effecten van MST op problemen bij jeugdigen, ouders, in de opvoeding en op het voorkomen van kindermishandeling en uithuisplaatsing. Zij vergeleken gezinnen die MST ontvingen met gezinnen die een standaard kinderbeschermingsaanpak kregen. Het onderzoek laat zien dat gezinnen die MST ontvingen meer vooruit gingen: zij hadden bij de follow-up na zestien maanden aanzienlijk minder gedragsproblemen bij jeugdigen, ouders hadden minder

psychiatrische problemen, het opvoedingsgedrag was meer verbeterd en ouders kregen meer sociale ondersteuning. Er was geen verschil tussen beide groepen in het aantal herhaalde meldingen van kindermishandeling, maar jeugdigen die aan MST deelnamen, werden minder vaak uit huis geplaatst.

Ogden en Hagen (2006) onderzochten de mogelijkheden van Multisysteem Therapie (MST) om uithuisplaatsing te voorkomen. Daarnaast onderzochten zij ook of MST gedragsproblemen verminderde. Daarvoor vergeleken zij adolescenten die MST kregen met adolescenten die de gebruikelijke hulp kregen (reguliere uithuisplaatsing, crisishulp voor diagnostiek en follow-up thuisbehandeling, toezicht door hulpverlener in thuissituatie of een andere vorm van thuishulp). Alle adolescenten waren vanwege ernstige gedragsproblemen doorverwezen voor gespecialiseerde hulp. De resultaten laten zien dat adolescenten die MST ontvingen, minder vaak uit huis geplaatst werden dan adolescenten die de gebruikelijke hulp ontvingen. Ouders van adolescenten die MST ontvingen, ervoeren bij hun kinderen minder probleemgedrag en internaliserende problemen (gemeten met de CBCL). Er waren geen verschillen tussen de groepen op externaliserende problemen. Adolescenten die MST ontvingen, rapporteerden minder delinquent gedrag, maar er waren geen verschillen voor probleemgedrag (Youth Self Report), hoewel voor beide groepen het probleemgedrag afnam. Leerkrachten ervoeren bij adolescenten die aan MST hadden deelgenomen, minder internaliserende problemen (Teacher Report Form) dan bij adolescenten die de gebruikelijke hulp ontvingen. Concluderend, het blijkt dat MST ernstige gedragsproblemen doet afnemen tot twee jaar na het begin van de interventie. Ook zorgt het ervoor dat meer adolescenten thuis konden blijven wonen.

Berger, Ten Berge en Geurts (2004) concluderen op basis van literatuurstudie dat bij gezinnen waar sprake is van kindermishandeling, MST effectiever is om de ouder-kind interactie te verbeteren dan een oudertraining. Ook zijn ouders beter in staat om hun kind adequaat te disciplineren en verbetert de responsiviteit van ouders. MST is door de Erkenningcommissie Gedragsinterventies Justitie erkend.

4.3.3 Deltamethode voor de gezinsvoogdij

Binnen de gezinsvoogdij wordt de Deltamethode (PI Research & Van Montfoort, 2009) als werkwijze gebruikt voor de gezinsvoogdij. Stams, Top-Van der Eem, Limburg, Van Vugt en Van der Laan (2010) hebben onderzocht of het gebruik van de Deltamethode effect heeft op de duur van de ondertoezichtstelling, het aantal uithuisplaatsingen en de duur van de uithuisplaatsing tijdens de ondertoezichtstelling. De studie van Stams en collega's (2010) was een eenmalige post-test evaluatie bij zestig gezinsvoogden en 224 dossiers.

Sinds de invoering van de Deltamethode blijken ondertoezichtstellingen en uithuisplaatsingen korter te duren en minder jeugdigen uit huis geplaatst te worden. Opvallend was dat een ondertoezichtstelling zeven maanden en een uithuisplaatsing zes maanden langer duurde als gezinnen te maken krijgen met een wisseling van gezinsvoogd. Een gezinsvoogd kan naast het werken met de Deltamethode andere interventies inzetten om de best passende hulp te bieden. De vraag is dan wat de werkzame elementen zijn van deze methode en of het effect van minder uithuisplaatsingen kan worden toegeschreven aan de Delta-methode.

4.3.4 Crisisinterventies

In de *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink et al., 2015) is samengevat welke effecten zeer intensieve interventies zoals Families First en Ambulante Spoedhulp kunnen hebben bij de inzet in een crisissituatie. Dit levert op dat Families First en Ambulante Spoedhulp het gezinsfunctioneren verbeteren. Er zijn aanwijzingen dat Families First een uithuisplaatsing (tijdelijk) kan voorkomen. Door de inzet van Ambulante Spoedhulp lijkt de veiligheid van de jeugdige te verbeteren. Er lijken vooral een aantal werkzame elementen zoals snelle beschikbaarheid en een hoge contactfrequentie voorwaardelijk te zijn voor het verlenen van effectieve hulp.

Voor meer informatie over de effectieve interventies in crisissituaties en een beschrijving van werkzame elementen verwijzen we naar de *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink et al., 2015).

4.4 Conclusies

De conclusies gaan in op de mate waarin in de onderzoeken interventies effectief zijn gebleken bij het voorkomen van uithuisplaatsen.

Uit het IVRK vloeit voort dat een uithuisplaatsing in beginsel enkel mag worden ingezet wanneer minder ingrijpende hulp aan de ouders en de jeugdige onvoldoende hebben geholpen.

Bewijskracht	Conclusie	Literatuur
Zeer sterk	Het is aannemelijk dat inzet van Intensieve vormen van Pedagogische Thuishulp of MST gedragsproblemen verminderen en opvoedingsvaardigheden van ouders verbetert.	Littell & Schuerman (1995) MacLeod & Nelson (2000) Lindsey et al. (2002) Veerman et al. (2005) Ogden & Hagen (2006) O'Reilly et al. (2010) Swenson et al. (2010)
Sterk	Het is onduidelijk of met de inzet van Intensieve vormen van Pedagogische Thuishulp de uithuisplaatsing van een jeugdige kan worden voorkomen.	Littell & Schuerman (1995) MacLeod & Nelson (2000) Lindsey et al. (2002) Veerman et al. (2005) O'Reilly et al. (2010)
Sterk	Er zijn aanwijzingen dat MST uithuisplaatsing voorkomt.	Ogden & Hagen (2006) Swenson et al. (2010)
Sterk	Er zijn aanwijzingen dat Intensieve Pedagogische Thuishulpprogramma's niet geschikt zijn voor gezinnen met complexe en chronische problemen (multiproblemgzinnen), omdat de programma's te kort duren om blijvend resultaat te bereiken en vaak niet flexibel genoeg op de behoeften van gezinnen kunnen inspelen	Lindsey et al. (2002)

4.5 Overige overwegingen

De werkgroep realiseert zich dat er beschikbaar wetenschappelijk onderzoek weinig is naar het inzetten van intensieve pedagogische interventies en dat de studies niet altijd een sterke bewijskracht hebben. En vanuit de literatuur is er weinig bekend over de mogelijke effectiviteit bij verschillende doelgroepen. Naar MST is er meer wetenschappelijk onderzoek verricht. De doelgroep komt niet (helemaal) overeen met de doelgroep bedoeld in deze richtlijn. MST is niet landelijk beschikbaar. Gelet op de bewezen effectiviteit van MST, verdient het aanbeveling om via de werkgever druk uit te oefenen op de verantwoordelijke gemeente om MST beschikbaar te stellen (in te kopen). Een variant van MST voor de doelgroep met een licht verstandelijke beperking is in ontwikkeling.

De werkgroep geeft, mede gebaseerd op de inbreng van de focusgroep, de volgende overwegingen:

- Altijd en eerst dienen intensieve thuishulpprogramma's ingezet te zijn in een gezin voordat eventueel besloten wordt tot een uithuisplaatsing ter verbetering van de situatie (met uitzondering van extreem gevaarlijke situaties). Dit sluit aan bij de internationale verdragen.
- De veiligheid van de jeugdige dient altijd een onderdeel te zijn van de beoordeling en dient bespreekbaar gemaakt te worden met de ouders.
- Het doel van het inzetten van een intensieve pedagogische interventie is niet altijd en direct bedoeld om uithuisplaatsing te voorkomen. Het gaat bij het inzetten van een intensieve pedagogische interventies primair om het veilig opgroeien van een jeugdige in een gezin en ouders daarbij te ondersteunen. Het doel kan zijn om meer informatie over de situatie in het gezin te verkrijgen. Dit kan soms juist duidelijk maken dat het thuis opgroeien van een jeugdige (tijdelijk) niet kan.
- Er is weinig bekend over welke interventie werkt voor welke doelgroep. De werkgroep volgt de conclusie van de klankbordgroep dat niet nodig is specifieke interventies in te zetten voor specifieke doelgroepen. Het gaat er vooral om met gezinnen op maat te werken. Daarvoor zijn er de volgende aanwijzingen:
 - Voor jonge kinderen dient er meer aandacht te zijn voor veiligheid in het gezin.
 - Voor het omgaan met licht verstandelijke beperkte jeugdigen en ouders verwijst de werkgroep naar: <http://www.lvgnet.nl>.
 - Een open houding is altijd belangrijk en in het bijzonder voor gezinnen met een andere culturele achtergrond.
- Uit de literatuur naar inzet van ambulante interventies bij crisissituaties zijn er aanwijzingen dat de volgende voorwaarden voor de programma's van belang zijn. Het gaat dan om structuur: binnen 48 uur na aanmelding moet er hulp beschikbaar zijn; de hulpverlener is 24/7 beschikbaar; hulpverlening vindt plaats in de eigen omgeving; minimaal acht tot tien uur face-to-face contact per week met het gezin en er is één vaste hulpverlener voor het gezin. En qua inhoud is van belang: zet in op betrokkenheid en motivatie van de gezinsleden; stel de doelen vast samen met het gezin; gebruik cognitieve en gedragsmatige interventies en bied concrete hulp.
- Signs of Safety is een (nieuwe) werkwijze die mogelijk meer specifiek kan bijdragen de veiligheid van de jeugdige te beoordelen en bespreekbaar te maken. Er is op dit moment weinig bekend over de effectiviteit van deze werkwijze op het voorkomen van uithuisplaatsingen. De ervaringen in de praktijk zijn echter positief.

De klankbordgroep vindt dat bij het voorkomen van uithuisplaatsing de betrokken (hulpverlenende) instellingen dienen samen te werken en in te zetten op voorkomen van. Dit krijgt in de huidige transformatie van de jeugdhulp aandacht door de beweging van één gezin, één plan, één regisseur. In de werkwijze Signs of Safety krijgt de samenwerking tussen de instellingen ook vorm.

4.6 Aanbevelingen

De werkgroep beveelt de praktijk het volgende aan:

1. Zijn er intensieve interventies ingezet om een uithuisplaatsing te voorkomen, beoordeel dan regelmatig (ten minste vier keer per jaar en bij grote veranderingen), de veiligheid van de jeugdige. Bespreek deze veiligheid met de ouders.
2. Zet MST (multisysteemtherapie) in bij jeugdigen van twaalf tot achttien jaar met gedragsproblemen, ter voorkoming van uithuisplaatsing. Overweeg in de overige situaties of als MST niet beschikbaar is intensieve pedagogische thuishulp in te zetten voordat een jeugdige uit huis geplaatst wordt. Dit doet recht aan de internationale verdragen (IVRK). Is het gezin een multiprobleemgezin, zet dan geen intensieve pedagogische thuishulp in, maar raadpleeg de *Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Van der Steege & Zoon, 2015)..
3. Zet bij voorkeur programma's in die voldoen aan de volgende voorwaarden: één vaste hulpverlener, die 24/7 bereikbaar is, 8-10 uur per week contact met het gezin heeft, concrete hulp biedt en inzet op de motivatie van de gezinsleden.
4. Werk samen met alle andere betrokken (hulpverlenende) instellingen rondom het gezin (denk ook aan huisarts, jeugdgezondheidszorg en school), en spreek duidelijk af wie wat doet op welk moment (één gezin, één plan, één regisseur).

4.7 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Er is veel onduidelijk over bij welke gezinnen deze programma's effectief zijn en bij welke niet. Het is onduidelijk of er kenmerken van jeugdigen, ouders of gezinnen zijn die ervoor zorgen dat de kans van slagen van dit type interventie vergroot of verkleind wordt.

Op basis van de uitgevoerde onderzoeken is de bewijskracht niet sterk genoeg om wanneer het verantwoord is welke vormen van thuishulp in te zetten om uithuisplaatsing te voorkomen. Ook is het noodzakelijk dat er meer bekend wordt over de kenmerken van gezinnen waar 'een uithuisplaatsing dreigt'. De vraag is: welke kenmerken vergroten de kans op een uithuisplaatsing en hoe zijn die te beïnvloeden zodat de dreiging van een uithuisplaatsing kan worden afgewend? Daarvoor is verder onderzoek nodig.

Het inzetten van de werkwijze Signs of Safety om de veiligheid van de jeugdige te bespreken is populair en wordt in Nederland veel gebruikt. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de effecten van Signs of Safety op de veiligheid van de jeugdige en in het verlengde daarvan het effect op het aantal uithuisplaatsingen. Een wetenschappelijk onderzoek naar Signs of Safety is gewenst.



Hoofdstuk 5

Begeleiden bij uithuisplaatsing en terugplaatsing

Dit hoofdstuk gaat in op werkzame interventies tijdens uithuisplaatsing en na terugplaatsing.

5.1 Uitgangsvragen

Uitgangsvragen hierbij zijn:

1. Welke hulp/begeleiding hebben ouders en jeugdigen nodig tijdens uithuisplaatsing? Welke interventies zijn hierbij effectief?
2. Welke hulp/begeleiding hebben ouders en jeugdigen nodig na terugplaatsing? Welke interventies zijn hierbij effectief?

Voor de beantwoording van deze vraag is een literatuursearch gedaan in de internationale database Psycinfo. Er is gezocht met (een combinatie van) de volgende termen:

- family reunification, reunification,
- intervention, treatment,
- treatment outcome evaluation, empirical study, randomized clinical trial,

Daarnaast is de Databank Effectieve Jeugdinterventies geraadpleegd. In een focusgroep is om aanvullende informatie over mogelijke interventies bij jeugdhulpaanbieders gevraagd.

Naast literatuur over interventies die geschikt zijn ter ondersteuning van ouders en jeugdigen tijdens een uithuisplaatsing of na terugplaatsing, zijn enkele boeken met meer algemene inzichten opgenomen, vooral waar het gaat over het werken met een hulpverleningsplan (paragraaf 5.2.1). Dit zijn gebruikt ter aanvulling om inzichten uit de onderzoeksliteratuur verder uit te werken.

5.2 Samenvatting van de literatuur

Algemeen doel bij een uithuisplaatsing is de veiligheid te herstellen, de ontwikkeling van een jeugdige (weer) op gang te brengen en zijn welzijn te bevorderen.

Voor hulp en begeleiding tijdens een uithuisplaatsing is er dan ook een aantal belangrijke doelen. Voor ouders zijn dat:

- het verwerken van de uithuisplaatsing;
- het herstellen van de veiligheid in het gezin;
- het versterken van opvoedingsvaardigheden en werken aan (eventuele) andere problemen, met als uiteindelijke doel terugplaatsing te bevorderen (zolang dit nog het perspectief van de plaatsing is);
- toestemming aan hun kind geven om op een andere plaats te wonen en zich aan andere mensen te hechten;
- ondersteunend contact met hun kind(eren);
- het ontwikkelen van een ondersteunend sociaal netwerk.

Voor jeugdigen zijn belangrijke doelen:

- het verwerken van de uithuisplaatsing;
- het verwerken van traumatische ervaringen en verminderen van gedrags- en emotionele problemen;
- ondersteunend contact met ouders en bruesjes en anderen (bijvoorbeeld familie, vrienden en bekenden);



- opgroeien tot zelfstandige volwassene (met name voor 15+ belangrijk), bijvoorbeeld leren koken, huishouding doen, budgetteren en contacten met instanties;
- het ontwikkelen van een ondersteunend sociaal netwerk.

Voor een deel van deze doelen biedt de literatuur aanwijzingen voor mogelijk effectieve interventies rond uithuisplaatsing en terugplaatsing. In onderstaande paragrafen gaan we alleen in op interventies die specifiek bij uithuisplaatsing en terugplaatsing ingezet moeten worden. Meer algemene interventies, bijvoorbeeld voor het verminderen van gedrags- en emotionele problemen, komen slechts in beperkte mate aan bod.

5.2.1 Werken met een hulpverleningsplan

Diverse publicaties laten zien dat het voor jeugdigen van belang is om een stabiele en permanente verblijfplaats te krijgen na een uithuisplaatsing. Dat is met name in het belang van hun welzijn en ontwikkeling met het oog op de gehechtheid (Harden, 2004; Juffer, 2010; Christiansen et al., 2010). Tijdens de uithuisplaatsing zijn hulp en begeleiding er dus op gericht de jeugdige zo snel mogelijk weer terug te plaatsen óf toe te werken naar een langdurige uithuisplaatsing waarbij de jeugdige een vaste verblijfplaats krijgt met de mogelijkheid zich aan enkele vaste personen te hechten.

Hulpverleners dienen dus doelgericht toe te werken naar een terugplaatsing of stabiele langdurige uithuisplaatsing. Diverse studies laten zien dat het werken met een hulpverleningsplan hierbij een effectief middel is (Bronson, Saunders, Holt, & Beck, 2008; Hatton & Brooks, 2008; Saunders-Adams, 2011; Zandberg, Knorth, & Strijker, 2010).

De manier waarop het hulpverleningsplan tot stand komt, bepaalt in hoeverre gezinnen eraan meewerken en blijvend resultaat boeken. Dawson en Berry (2002) schreven een theoretisch artikel over het betrekken van gezinnen in de jeugdhulp/jeugdbescherming met als doel een evidence-based best practice te ontwikkelen. Zij concluderen dat actieve participatie van gezinnen nodig is om blijvend positief resultaat te behalen (zie ook Zandberg et al., 2010).

5.2.2 Acceptatie van uithuisplaatsing

Er is geen onderzoek naar effectieve methoden om ouders te begeleiden bij het acceptatieproces van de uithuisplaatsing van hun kind(eren).

5.2.3 Contact met gezin van herkomst

Jeugdigen hebben volgens het IVRK recht op contact met hun ouders. Volgens de hechtingstheorie zijn hechtingsfiguren belangrijk voor de ontwikkeling van de jeugdige. Een plotselinge breuk in het contact met de hechtingsfiguur levert de jeugdige schade op. Gebrek aan contact met de voorheen belangrijke hechtingsfiguur na een uithuisplaatsing kan bovendien bij de jeugdige sterke angst oproepen, voor een trauma zorgen en ook voor verdere vervreemding van zijn ouders (Van den Bergh & Weterings, 2007; Robinson, Kruzich, Frisen, Jivanjee, & Pullmann, 2005).

Jeugdigen die in een pleeggezin of residentiële instelling geplaatst zijn en regelmatig contact met hun ouders hebben, worden vaker terug geplaatst en worden gemiddeld ook korter uit huis geplaatst (Robinson et al., 2005; Sen & Broadhurst, 2011). Bovendien blijken langdurige pleegzorgplaatsingen stabielere contact houden met hun biologische ouders

(Sen & Broadhurst, 2011). Een voorwaarde daarbij is wel dat de ouder- of pleegzorgbegeleider een goed contact met de ouders heeft. Problematisch, slecht gepland of niet ondersteund contact tussen ouders en jeugdige kan een plaatsing ook instabieler maken, waardoor de jeugdige vaker overgeplaatst wordt. Dit geldt vooral voor situaties waarin sprake is geweest van kindermishandeling (Sen & Broadhurst, 2011).

Prasad (2011) concludeert dat contact tussen ouders en jeugdigen van belang is om:

- Terugplaatsing te bevorderen;
- De hechtingsrelatie met de ouders te handhaven of stimuleren;
- Te voorkomen dat een jeugdige zijn ouders gaat idealiseren;
- Welzijn van een jeugdige te bevorderen, inclusief de emotionele, gedragsmatige en cognitieve ontwikkeling;
- Voortijdige beëindiging van plaatsingen te voorkomen;
- De kwaliteit van de relatie tussen ouders en jeugdigen te beoordelen.

Contact kan ook schadelijk voor het kind zijn. Dit is het geval wanneer:

- Hechtingsrelaties met meerdere personen voor verwarring of conflicterende loyaliteit bij de jeugdige zorgt;
- Schade voor de jeugdige dreigt (bijvoorbeeld wanneer er een kans op herhaling van kindermishandeling is);
- De plaatsing ondermijnd dreigt te worden;
- De jeugdige opnieuw getraumatiseerd wordt (Prasad, 2011).

Met het oog op de hechting van jeugdigen adviseren Van den Bergh en Weterings (2007) dat alle ouders direct na uithuisplaatsing de mogelijkheid krijgen om een nieuwe relatie met hun kind op te bouwen door middel van intensief contact en begeleiding.

Jonge kinderen (0-1 jaar)

Humphreys en Kiraly (2011) hebben onderzocht in hoeverre contact met het gezin van herkomst zinvol is voor baby's op basis van literatuurstudie en focusgroepen. Vanuit de gehechtheidstheorie en neurobiologie is het belang van een gezonde ontwikkeling in het eerste levensjaar duidelijk. Het is echter onduidelijker wat dit betekent wanneer baby's uit huis geplaatst worden. Baby's die weinig contact met de biologische ouders hadden, werden net zo vaak en net zo snel teruggeplaatst als baby's die veel contact met de ouders hadden. Er is één onderzoek dat aantoont dat een tijdelijke breuk in het contact met de pleegouder wanneer het kind op bezoek gaat bij zijn biologische ouders stressvol is voor de baby en de ontwikkeling verstoort.

Humphreys en Kiraly (2011) hielden ook focusgroepen met pleegouders, jeugdzorgwerkers en wettelijke vertegenwoordigers van ouders. Belangrijke thema's die daaruit naar voren kwamen, waren:

- Belang van de hechtingsrelatie: het contact met de pleegouders wordt tijdelijk verbroken wat voor deze jonge kinderen onveilig is;
- De vele verschillende verzorgers waar baby's mee te maken kregen als ze opgehaald werden uit het pleeggezin;

- Stress en verstoorde routines van baby's, wat voor onveiligheid zorgt;
- Ongeschikte omgeving waarin ouders en baby's werden ontvangen (kantoor van de jeugdbescherming);
- Gebrek aan een ondersteunende relatie en communicatie tussen ouders en pleegouders.

Humphreys en Kiraly concluderen dat zonder ondersteuning het contact van de ouders met de baby zinloos is, omdat ouders anders niet in staat zijn om een relatie met het kind op te bouwen en terugplaatsing mogelijk te maken. Verbetering in het contact is onder andere mogelijk door de communicatie tussen ouders en pleegouders te verbeteren.

Sen en Broadhurst (2011) concluderen op basis van een review dat het bij baby's moeilijk lijkt om contact te onderhouden omdat het voor baby's vooral belangrijk is zich in een veilige gehechtheidsrelatie te ontwikkelen. Verschillende verzorgers kunnen slaap- en eetrouines verstoren, wat impact heeft op de gehechtheidsrelatie.

Oudere kinderen en jongeren

Sen en Broadhurst (2011) onderzochten in de literatuurreview de huidige kennis over contact tussen ouders en uit huis geplaatste kinderen. Zij concluderen dat pleegouders en professionals een cruciale rol hebben in het contact tussen ouders en jeugdige en in de ondersteuning van de jeugdige hierbij. Er is echter nauwelijks onderzoek gedaan naar het effect van verschillende werkwijzen in de ondersteuning en begeleiding van ouders en jeugdigen.

Sen en Broadhurst (2011) geven de volgende aanbevelingen om contact tussen ouders en jeugdigen te bevorderen:

- Hulpverleners spelen een centrale rol in de frequentie, kwaliteit en veiligheid van het contact;
- Het contact is doelgericht en wordt gebruikt om inzicht te krijgen in de ouder-kindrelatie, herstel van de ouder-kindrelatie te bevorderen of om het welzijn en de ontwikkeling van de jeugdige te stimuleren;
- De wensen en gevoelens van de jeugdige, de ouders en andere belangrijke personen moeten in overweging genomen worden bij het bepalen van de bezoeksregeling;
- Er is adequate ondersteuning nodig voor ouders, kinderen en pleegouders/professionals om het contact een kans van slagen te geven;
- Als contact niet mogelijk is, dan moeten zowel de jeugdige als zijn ouders daarover uitleg krijgen op een voor hen begrijpelijke wijze.

De Gezondheidsraad (2011) beveelt aan om Parent Child Interaction Therapy (PCIT) in te zetten om de ouder-kindinteractie te verbeteren na kindermishandeling. Mogelijk vormt dit ook een geschikt middel om tijdens een uithuisplaatsing ouders en jeugdigen doelgericht te begeleiden en de ouder-kindinteractie te verbeteren (Landsverk, Burns, Faw Stambaugh & Rolls Reutz, 2009).

5.2.4 Traumaverwerking en verminderen gedrags- en emotionele problemen

Veel uit huis geplaatste jeugdigen kampen met ernstige psychische problemen als gevolg van de gebeurtenissen die zij hebben meegemaakt. Veelvoorkomende stoornissen bij jeugdigen in de pleegzorg zijn posttraumatische stressstoornis en mishandeling-gerelateerd trauma, gedragsstoornissen en ADHD, depressie en middelenmisbruik (Landsverk et al., 2009).

Landsverk en collega's (2009) hebben middels een review onderzocht welke interventies

effectief kunnen zijn bij de meest voorkomende psychische problemen van jeugdigen in de pleegzorg. Er is vooral onderzoek gedaan naar en bewijs van effectiviteit voor cognitieve en gedragstherapeutische interventies die symptomen, gedrag en functioneren beïnvloeden. Voorbeelden van zulke interventies zijn Trauma-Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT), oudertrainingsprogramma's (bijvoorbeeld Incredible Years), Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) en CGT voor depressie.

De Gezondheidsraad (2011) heeft een overzicht gemaakt van effectieve behandelprogramma's om de gevolgen van kindermishandeling aan te pakken. De Gezondheidsraad vond alleen wat betreft EMDR en TF-CGT overtuigend bewijs voor de effectiviteit in de behandeling van posttraumatische stresssymptomen.

Het kan zinvol zijn om voor gedrags-, angst- en stemmingsproblemen bij uithuisgeplaatste jeugdigen andere effectieve interventies in te zetten. Voorbeelden van bewezen en waarschijnlijk effectieve Nederlandse programma's (volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies), die mogelijk ook geschikt zijn om in te zetten in gezinnen waar een jeugdige uit huis geplaatst is, zijn:

- *De Dappere Kat*

De Dappere Kat is een cognitief gedragstherapeutisch programma voor jeugdigen van acht tot achttien jaar met een angststoornis.

- *Incredible Years*

Incredible Years is een oudertrainingsprogramma voor ouders van kinderen van drie tot zes jaar met ernstige gedragsproblemen.

- *Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)*

VIPP-SD is een vorm van videohometraining voor ouders van kinderen van een tot drie jaar om opvoedingsvaardigheden te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën.

- *Behavioral Parent Training Groningen (BPTG) voor kinderen met ADHD*

BPTG is een groepsoudertraining voor ouders van kinderen van vier tot twaalf jaar met ADHD en gedragsproblemen.

5.2.5 Begeleiding naar terugplaatsing

Risico- en beschermende factoren

Terugplaatsing van jeugdigen na een uithuisplaatsing is een proces dat niet altijd vanzelfsprekend succesvol verloopt. Het komt regelmatig voor dat jeugdigen opnieuw uit huis geplaatst worden. Uit overzichten van Hatton en Brooks (2008) en van Saunders-Adams (2011) blijkt dat een aantal kenmerken van jeugdigen, gezinnen en hulpverleningsorganisaties de kans op een nieuwe uithuisplaatsing vergroot (risicofactoren), maar er zijn ook kenmerken die de kans juist verkleinen (beschermende factoren; zie tabel 5.1).

Tabel 5.1. Risico- en beschermende factoren voor succesvolle permanente terugplaatsing

Jeugdige	Gezin	Beschermende factoren	Risicofactoren	Beschermende factoren	Hulpverlening	Beschermende factoren
Risicofactoren	Beschermende factoren				Risicofactoren	
Slechte psychische gezondheid ^{1,2}	Emotionele veerkracht ¹ - Sterke interne locus of control (gevoel zelf controle over een situatie te kunnen uitoefenen) - Gevoel van verbondenheid	Slechte psychische gezondheid van de ouders ^{1,2}	Afname van depressieve klachten bij de ouders ¹	Meerdere pleegzorgplaatsingen ¹	Netwerkleegzorg ¹	
- Gedragsproblemen ^{1,2}	Goede sociale vaardigheden in omgang met leeftijdgenoten en volwassenen ¹	Slechte opvoedingsvaardigheden ^{1,2}	Toegenomen vertrouwen in opvoedingsvaardigheden ¹	Plaatsing in groepshuis of residentiële zorg ¹	Regelmatig bezoek van kinderen aan hun ouders voorafgaand aan terugkeer ¹	
Zeer jonge kinderen of (pre) adolescenten ¹	Vrouwelijke adolescenten ¹	Gebrek aan sociale ondersteuning ^{1,2}	Ondersteuning vanuit familie of vrienden ^{1,2}	Gezin heeft na terugplaatsing nog hulp nodig ^{1,2}	Weinig personeelswisselingen ¹	
Slechte gezondheid ¹		Ongeschikte woonruimte ^{1,2}	Stabiele woonruimte ¹	Eerder contact met jeugdbescherming ¹	Speciale onderwijsvoorzieningen voor adolescenten ¹	
		Lage sociaal-economische status ^{1,2}	Stabiele werksituatie ¹		Deelname van ouders aan (zesmaandelijke) voortgangsbesprekingen ¹	
		Middelenmisbruik door ouders ^{1,2}	Vooruitgang in de aanpak van problemen ¹			
		Langdurige verwaarlozing of mishandeling, of afhankelijkheid ^{1,2}				
		Ambivalentie van ouders t.a.v. terugplaatsing, de jeugdige en/of opvoedingsrol ¹				
		Ernstige meervoudige problematiek (multiprobleemgezinnen) ²				

1 Hatton & Brooks, 2008; 2 Saunders-Adams, 2011

Interventies

Welke interventies die tijdens de uithuisplaatsing ingezet kunnen worden, zijn effectief om terugplaatsing te bevorderen en een nieuwe uithuisplaatsing te voorkomen? Overzichtsstudies geven verschillende uitkomsten.

Bronson en collega's (2008) voerden een overzichtsstudie uit over 71 studies. Uit deze overzichtsstudie blijkt dat intensieve pedagogische thuishulpprogramma's het best onderzocht zijn als het gaat om interventies gericht op het voorkomen van herhaling van uithuisplaatsing, hoewel het onderzoek hiernaar behoorlijk mager is. Onderzoek laat zien dat deze programma's terugplaatsing mogelijk ondersteunen. Kenmerkend voor intensieve gezinsprogramma's is het intensieve contact tussen hulpverlener en ouders (24-uurs beschikbaarheid, lage caseload), contact tussen ouder en jeugdige, oudertraining, hulp voor ouders vanuit geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, concrete hulp voor het gezin bij vervoer, werk vinden, het huishouden, dagopvang, en hulp bij het opbouwen van een sociaal netwerk. Daarbij is een goede afstemming op de behoeften van het gezin wel belangrijk, zo laat één onderzoek zien.

Saunders-Adams (2011) voerde een systematische review (109 studies) en een meta-analyse (25 studies) uit. Uit deze overzichtsstudie blijkt dat veel hulp niet of nauwelijks bijdraagt aan terugplaatsing of het voorkomen van een nieuwe uithuisplaatsing.

Hatton en Brooks (2006) hebben op basis van een literatuurreview een overzicht gemaakt van interventies die mogelijk bijdragen aan het voorkomen van een nieuwe uithuisplaatsing na terugplaatsing:

- Incredible Years (Linares, Montalto, Li, & Oza, 2006);
- Triple P (De Graaf, Speetjens, Smit, Wolff, & Tavecchio, 2008);
- Parent Child Interaction Therapy (Chaffin et al., 2004; Timmer, Urquiza, Zebell, & McGrath, 2005);
- Multidimensional Treatment Foster Care (Fisher, Burraston, & Pears, 2005);
- Relationale gezinstherapie (Alexander, Pugh, Parsons, & Sexton, 2000);
- Trauma Focused – Cognitieve gedragstherapie (Deblinger, Stauffer, & Steer, 2001).

Deze interventies verbeteren de opvoedingsvaardigheden van ouders en de ouder-kindinteractie, en verminderen gedragsproblemen van de jeugdige. Toch is er nog weinig bewijs dat daarmee ook een nieuwe uithuisplaatsing wordt voorkomen. De grootste kans hierop biedt Multidimensional Treatment Foster Care.

De Child Welfare Information Gateway (2011) heeft een overzicht gemaakt van effectieve methoden om terugplaatsing te bevorderen. Zij komen tot de conclusie dat het effectief is om:

- Gezinnen te betrekken bij de uithuisplaatsing, dat wil zeggen bij planning en besluitvorming, contact tussen ouders en pleegouders (als mentor en rolmodel) te stimuleren en een bezoeksregeling tussen ouders en jeugdigen te faciliteren.

Een goede bezoeksregeling is meer dan contact tussen ouders en jeugdigen, al dan niet onder toezicht. Het voorziet in een mogelijkheid om gerichte interventie te bieden gericht op het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en ouder-kindinteractie. Dit is dus een meer therapeutische benadering van een bezoeksregeling.

- Een zorgvuldige assessment uit te voeren en hulpverleningsplan op te stellen, waarbij al

vroegtijdig nadruk wordt gelegd op terugplaatsing als meest gewenste uitkomst, zorgvuldig sterke kanten en behoeften van ouders en jeugdigen in kaart worden gebracht, ouders betrokken zijn bij het opstellen van het hulpverleningsplan dat voortbouwt op sterke kanten en geïdentificeerde behoeften. Assessment kan er overigens ook leiden tot de conclusie dat terugplaatsing niet mogelijk is en dat in het belang van de jeugdige alternatieven voor een permanente verblijfplaats worden gezocht. Veiligheids- en risicotaxatie vóór terugplaatsing kunnen helpen de veiligheid te waarborgen, tijdige beslissingen over terugplaatsing te nemen en het risico op schade en een nieuwe uithuisplaatsing voor jeugdigen te verminderen.

- Doelgerichte interventies in te zetten, niet alleen gericht op de opvoeding maar op een breed scala aan competenties van ouders zoals communicatie, problemen oplossen en woedebeheersing, waaronder intensieve begeleiding in de thuissituatie (intensieve pedagogische thuishulp), concrete hulp gericht op huisvesting, schuldhulpverlening en voedselbank, geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, omvattende 'wrap around care' en coördinatie van zorg. Het versterken van het sociale netwerk is ook een belangrijk doel om de kans op een succesvolle terugplaatsing te vergroten.

Voets en Michielsen (2000) ontwikkelden een interventie voor ouders waarvan een jeugdige in de residentiële jeugdhulp is opgenomen. De interventies bestaan uit verschillende elementen: een oudertraining, ouderbegeleiding, informeel contact met groepsleiding (bijvoorbeeld bij ophalen of wegbrengen van de jeugdige), huisbezoek door groepsleiding, observatiemomenten op de groep en deelname aan een teamvergadering.

Vervolgens deden Voets en Michielsen (2002) onderzoek naar de tevredenheid van 37 ouders over deze interventie. Ouders bleken tevreden over de verschillende contactmomenten in de begeleiding. Zij vonden dat hun opvoedingsvaardigheden verbeterden, bijvoorbeeld hun vermogen om grenzen te stellen en positief met de jeugdige om te gaan. Wel vonden ouders dat zij moeite bleven houden om de kennis over opvoedingsvaardigheden daadwerkelijk om te zetten in daden in contact met hun kind (transfer van de begeleiding naar dagelijkse situatie). Voets en Michielsen concluderen dat winst is te behalen wanneer de verschillende vormen van contact en begeleiding van ouders goed op elkaar afgestemd zijn, zodat ouders een eenduidige boodschap krijgen en steeds op dezelfde manier getraind worden in opvoedingsvaardigheden. Hoewel dit onderzoek niet laat zien of de kans op terugplaatsing groter wordt en de kans op herhaling van uithuisplaatsing kleiner wordt, laat het wel wat positieve effecten zien op de opvoedingsvaardigheden van ouders, wat mogelijk bijdraagt aan een succesvolle terugplaatsing.

Mogelijk zijn ook de volgende interventies effectief om terugplaatsing te bevorderen en een nieuwe uithuisplaatsing te voorkomen:

- *Beter met thuis*

Beter met thuis is een programma voor gezinnen met complexe opvoedingsproblemen en gedragsproblemen. Doel is de opvoedingsvaardigheden te verbeteren, gedragsproblemen te verminderen, gezinsfunctioneren te verbeteren en het sociale netwerk te versterken. Het programma bestaat uit een combinatie van een plaatsing in een residentiële woon- of behandelgroep en ambulante gezinsbegeleiding.

Beter met thuis is in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen als theoretisch goed onderbouwd.

- *Vaardigheden Voor Ouders (VVO)*

De interventie Vaardigheden Voor Ouders (VVO) wil ouders met een jongere (12 - 18 jaar) dat vanwege gedragsproblematiek is opgenomen in een residentiële setting ondersteunen bij het versterken van hun opvoedingsvaardigheden, zodat de jongeren uiteindelijk meer prosociaal en minder disruptief gedrag gaan vertonen. Ouders volgen een training in groepsverband gericht op het aanleren en versterken van vijf kritieke opvoedingsvaardigheden.

Verlofsituaties van de jongere gelden als oefensituaties.

- *Veilig Sterk en Verder (VSV)*

VSV is een intensief behandelprogramma voor gezinnen (0-18 jaar) waar ernstige kindermishandeling heeft plaatsgevonden. Doel is de veiligheid in het gezin en gezinsrelaties te verbeteren. Het programma bestaat uit traumabehandeling, daderbehandeling en interventies om de veiligheid te vergroten (o.a. Signs of Safety). Het is gebaseerd op een combinatie van programma's: Abuse-focused (of Alternatives for Families) Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT; Kolko & Swenson, 2002) en de Horizonmethodiek/Trauma-Focused – Cognitive Behavioral Therapy (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008). VSV is geschikt om in te zetten tijdens een tijdelijke uithuisplaatsing waarbij het doel is de veiligheid in het contact tussen ouders en jeugdigen te herstellen en toe te werken naar terugplaatsing.

- *Samen Anders*

Samen Anders is een intensief behandelprogramma voor gezinnen met jongeren van 12 tot 18 jaar waarin de gezagsverhoudingen en communicatie ernstig zijn verstoord waardoor de ontwikkeling van de jongere dreigt te stagneren. Doel is het gezinsfunctioneren te verbeteren. Het programma bestaat uit een combinatie van een kortdurende uithuisplaatsing (maximaal 3 maanden) en intensieve ambulante begeleiding. Samen Anders is gebaseerd op de systeemtheorie, het competentiemodel en effectieve principes voor oudertrainingen.

Er is echter nog onderzoek nodig om met zekerheid vast te stellen dat ze een succesvolle terugplaatsing bevorderen.

5.2.6 Begeleiding na terugplaatsing

In diverse overzichtsstudies wordt geconcludeerd dat goede ondersteuning na terugplaatsing belangrijk is om een nieuwe uithuisplaatsing te voorkomen (Bronson et al., 2008; Hatton & Brooks, 2008). Deze hulp heeft waarschijnlijk het meest effect wanneer hulpverleners:

- Intensieve pedagogische thuishulp bieden om gezinnen te helpen de complexe problemen het hoofd te bieden;

- De hulp afstemmen op de individuele behoeften van gezinnen;

- Ouders trainen in opvoedingsvaardigheden;

Kenmerkend voor een effectieve training in opvoedingsvaardigheden is dat de training gericht is op sterke kanten van ouders, doelgericht en gezinsgericht is, een combinatie van een individuele en groepsaanpak heeft en uitgevoerd wordt door gekwalificeerd personeel. Het draagt bij aan de effecten als de hulpverlener voortdurend de effecten evalueert, maar daarnaast ook oefenmogelijkheden biedt voor nieuwe vaardigheden, interactieve trainingstechnieken inzet en vaders betreft.

- Ondersteuning blijven bieden tot tenminste twaalf maanden na de terugplaatsing;

- Zorgen voor een gedifferentieerd hulpaanbod: gezinnen waarvan de jeugdige vanwege

verwaarlozing uit huis geplaatst is hebben andere hulp nodig dan gezinnen waarin sprake is geweest van mishandeling of andere problemen.

5.3 Conclusie

De conclusies gaan in op begeleiding die nodig is bij een uithuisplaatsing en welke interventies daarbij effectief zijn.

Bewijskracht	Conclusie	Literatuur
Matig	Werken met een hulpverleningsplan kan bijdragen aan het bereiken van terugplaatsing dan wel stabiele permanente uithuisplaatsing.	Bronson et al., 2008; Hatton & Brooks, 2008; Saunders-Adams, 2011; Zandberg et al., 2010
-	Er is geen onderzoek bekend naar interventies of methoden die bijdragen aan de acceptatie van een uithuisplaatsing.	-
Zwak	Er zijn aanwijzingen dat regelmatig contact tussen uithuisgeplaatste jeugdigen en hun ouders leidt tot het vaker terugplaatsen van jeugdigen. De jeugdigen worden ook korter uithuisgeplaatst.	Robinson et al. (2005)
Zwak	Humphreys en Kiraly (2011) concluderen dat zonder ondersteuning het contact van de ouders met de baby zinloos is, omdat ouders anders niet in staat zijn om een relatie met hun kind op te bouwen en terugplaatsing mogelijk te maken. Verbetering in het contact is onder andere mogelijk door de communicatie tussen ouders en pleegouders te verbeteren.	Humphreys & Kiraly (2011)
Matig	Er zijn aanwijzingen dat het voor baby's vooral belangrijk is een veilige gehechtheidsrelatie te ontwikkelen en verschillende verzorgers hier verstorend voor slaap- en eetrouines kunnen werken. Ouders dienen begeleid contact met hun kind te hebben, waarin zij leren om sensitief responsief op hun kind te reageren.	Sen & Broadhurst (2011)
Matig	PCIT kan bijdragen aan het verbeteren van de ouder-kind interactie bij een uithuisplaatsing van jeugdigen vanwege kindermishandeling.	Gezondheidsraad, 2011
Matig	Voor het verwerken van trauma's bij jeugdigen zijn de programma's TF-CGT en EMDR, en het oudertrainingsprogramma PCIT effectief.	Landsverk et al, 2009 Gezondheidsraad, 2011
Sterk	Er zijn weinig aanwijzingen dat de inzet van intensieve ambulante interventies bijdragen aan het voorkomen van een nieuwe uithuisplaatsing (na terugplaatsing van de jeugdige).	Hatton & Brooks, 2006 Bronson et al, 2008 Saunders-Adams, 2011

Sterk	Er zijn aanwijzingen dat de volgende elementen in een interventie kunnen bijdragen aan een succesvolle terugplaatsing van de jeugdige: - Het onderzoeken van een ambivalente houding van de ouders; - Het hebben van een gedetailleerd hulpverleningsplan; - Gezin en netwerk zijn betrokken bij het planningsproces; - De benodigde hulpverlening voor de terugplaatsing op gang brengen; - Ouders volgen een training opvoedingsvaardigheden - Formele en informele ondersteuning organiseren voorafgaand aan de terugplaatsing	Bronson et al., 2008 Hatton & Brooks, 2008 Child Welfare Information Gateway, 2011
Zwak	Voets en Michielsen (2002) concluderen dat een combinatie van verschillende vormen van begeleiding aan ouders bijdraagt aan een verbetering van opvoedingsvaardigheden.	Voets & Michielsen, 2002
Matig	Er zijn aanwijzingen dat de volgende elementen in de hulp die gezinnen na terugplaatsing ontvangen eraan kunnen bijdragen dat een jeugdige niet opnieuw uit huis geplaatst wordt: - intensieve hulp; - afstemming van de hulp op individuele behoeften van gezinnen; - training in opvoedingsvaardigheden; - hulp tot geruime tijd na terugplaatsing	Bronson et al., 2008 Hatton & Brooks, 2008

5.4 Overwegingen uit de praktijk

Uit het IVRK vloeit voort dat een uithuisplaatsing in beginsel enkel mag worden ingezet wanneer minder ingrijpende hulp aan de ouders en jeugdige onvoldoende heeft geholpen. In het spiegelbeeld daarvan geldt voor terugplaatsing dat altijd eerst samen met ouders en jeugdige gewerkt wordt aan een mogelijke terugplaatsing door het zoeken van een gepast hulpaanbod in de thuissituatie. Dit wordt door de focusgroep onderschreven. Zij vinden dat daarbij een goede analyse gemaakt moet worden van wat nodig is, met name ook bij ouders. Mogelijke interventies die zij noemen om in te zetten tijdens een uithuisplaatsing en/of na terugplaatsing, zijn: Video Interactie Begeleiding (VIB), Parent Child Interaction Therapy (PCIT), Parent Management Training Oregon (PMTO), Triple P en Signs of Safety. Daarnaast menen zij dat het nodig kan zijn om hulp vanuit het lokale veld, bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, wijkteam of de schuldhulpverlening, in te zetten.

Er dient bij in de periode na de terugplaatsing hulp aanwezig te blijven in het gezin die het gezin ondersteunt bij de aanpassing aan de veranderde situatie.

Een knelpunt in de praktijk is dat er wachtlijsten voor allerlei interventies zijn, waardoor begeleiding soms niet tijdig kan starten en beslistermijnen niet haalbaar zijn. Zoeken naar een ander passend aanbod dat wel binnen gewenste termijn beschikbaar is, is dan de aangewezen weg. De aanwezigen vinden het belangrijk dat ouders eerst een kans hebben gekregen om de situatie te verbeteren, voordat besloten wordt tot een permanente uithuisplaatsing. Dit is in lijn met de verplichtingen uit het IVRK.

De aanwezigen in de focusgroep zien graag dat in de richtlijn wordt opgenomen dat hulpverleners naar een gespecialiseerde instantie voor LVB-problematiek wordt verwijzen wanneer ouders (mogelijk) een (L)VB hebben.

Een knelpunt in de praktijk is ook dat sommige hier genoemde interventies niet in bepaalde regio's beschikbaar zijn. De werkgroep meent dat de professional in dat geval een vervangend alternatief kan zoeken waarmee ouders en jeugdige voldoende geholpen zijn (bijvoorbeeld een vergelijkbare interventie gestoeld op dezelfde principes).

5.5 Aanvullingen vanuit “grijze literatuur”

5.5.1 Werken met een hulpverleningsplan

Ten Berge en collega's (2012) bevelen bij het maken van een hulpverleningsplan aan voor stoppen van kindermishandeling aan en volgens een drietrapsraket na te gaan welke hulp en ondersteuning een gezin nodig heeft:

1. Wat kan een gezin zelf aanpakken,
2. Wat kan het gezin met ondersteuning van zijn sociale netwerk doen,
3. Waar heeft het gezin professionele ondersteuning bij nodig.

De manier waarop het hulpverleningsplan tot stand komt, bepaalt ook in hoeverre gezinnen eraan meewerken en blijvend resultaat boeken. Dawson en Berry (2002) schreven een theoretisch artikel over het betrekken van gezinnen in de jeugdhulp/jeugdbescherming met als doel een evidence based best practice te ontwikkelen. Zij concluderen dat actieve participatie van gezinnen nodig is om blijvend positief resultaat te behalen (zie ook Zandberg et al., 2010). Daarvoor is het nodig dat hulpverleners empathie tonen en een vertrouwensrelatie opbouwen met gezinnen. Vertaald in gedrag bij het maken van een hulpverleningsplan betekent het dat hulpverleners:

- Specifieke opdrachten aan gezinnen geven;
- Duidelijke commitment van gezinnen vragen voor het hulpverleningsplan ;
- Gezinnen ondersteuning geven om een opdracht uit te voeren;
- Positieve bevestiging geven over de opdracht;
- Opdrachten kiezen die weinig ongemak of problemen geven;
- Zich ervan verzekeren dat gezinnen meedenken aan welke doelen zij willen werken en hoe zij daaraan werken.

In het hulpverleningsplan is vastgelegd (Ten Berge et al., 2012):

- een samenhangend beeld van de problematiek: de kern van problematiek, de factoren die de

- problemen veroorzaken en in stand houden, mogelijke risico's voor de toekomst;
- de hulpverleningsdoelen, geformuleerd in de bewoording van ouders en jeugdigen;
 - Daarbij is het belangrijk onderscheid te maken tussen wat minimaal noodzakelijk om een terugplaatsing mogelijk te maken en wat wenselijk is. Minimaal noodzakelijk is in ieder geval om de veiligheid van de jeugdige in het gezin te herstellen, ontwikkelingsmogelijkheden voor de jeugdige binnen het gezin te creëren en redenen voor de uithuisplaatsing aan te pakken. Het kan wenselijk zijn om andere problemen van ouders en jeugdigen aan te pakken die de kans op herhaling van uithuisplaatsing vergroten, en sterke kanten en sociale netwerk van gezinnen te versterken.
 - afspraken over in te zetten interventies, waarbij ook vastgelegd is of interventies gelijktijdig of opeenvolgend worden uitgevoerd;
 - afspraken over monitoring van de vooruitgang en evaluatie van de hulp, waarbij ook is vastgelegd op welke termijn de situatie zodanig verbeterd moet zijn dat een jeugdig nog terug naar huis kan.

5.5.2 Acceptatie van uithuisplaatsing

Zandberg en anderen (2010) geven aan dat het belangrijk is ouders de ruimte geven om hun emoties over de uithuisplaatsing te uiten, zodat zij het (tijdelijke) verlies van hun jeugdigen en hun verdriet, angst en boosheid daarover leren accepteren. Dit vraagt inlevingsvermogen van hulpverleners.

Haans, Hoogeduin, Robbroeckx en Van Beem-Kloppers (2010) ontwikkelden de methodiek Roldifferentiatie voor de begeleiding van ouders waarvan de jeugdige langdurig uit huis geplaatst is en dat naar verwachting niet meer thuis komt wonen. Het doel van de methodiek is ouders te helpen om een nieuwe invulling te geven aan hun ouderschap na de uithuisplaatsing van hun kind.

Haans en collega's gaan in op thema's als:

1. Het verwerken van de uithuisplaatsing als verlieservaring;
2. De (nieuwe) relatie tussen ouders en jeugdigen;
3. De verhouding tussen de jeugdige, zijn ouders en de pleegouders.

Inzichten zijn onder andere gebaseerd op de hechtingstheorie, contextuele therapie van Boszormenyi-Nagy, en de methodiek voor ouderbegeleiding van Van der Pas.

Albrecht en Breg (2011) hebben in samenwerking met de jeugdhulpaanbieders De Rading en Zandbergen deze methodiek doorontwikkeld. Ouders krijgen gedurende een jaar begeleiding om te leren omgaan met de situatie dat hun kind niet meer thuis komt wonen. De methodiek Roldifferentiatie bestaat uit drie fasen:

1. Starten en opstellen van doelen
2. Werken aan doelen
3. Afronding

Met 15 afspraken van één tot anderhalf uur werken ouders, pleegouders, jeugdige en pleegzorgbegeleider toe naar een situatie waarin de jeugdige kan opgroeien in het pleeggezin, ouders hun rol als ouders kunnen invullen en pleegouders de ouders daarbij kunnen ondersteunen en ruimte geven.

5.6 Aanbevelingen

De werkgroep beveelt de praktijk het volgende aan:

1. Beslis samen met ouders en jeugdige op het moment dat over een uithuisplaatsing wordt besloten over andere hulp die het gezin nodig heeft. Zorg ervoor dat deze hulp voorafgaand of direct na de uithuisplaatsing van start gaat. De hulp moet afgestemd zijn op de individuele behoeften van gezinnen. Stel daarom een hulpverleningsplan op waarin het volgende aan bod komt:
 - samenhangend beeld van de problematiek;
 - hulpverleningsdoelen;
 - in te zetten interventies met als doel ouders te ondersteunen, het contact tussen ouders en jeugdige te vergemakkelijken en te werken aan terugplaatsing;
 - afspraken over monitoring en evaluatie.

Stel het hulpverleningsplan in overleg met ouders en jeugdige op, in voor hen begrijpelijke termen.

2. Zet (een samenhangende pakket van) interventies voor ouders, jeugdige en/of gezin in om terugplaatsing mogelijk te maken. Zet hulp in die is gericht op het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden en de ouder-kindinteractie.
Denk bijvoorbeeld aan Parent Child Interaction Therapy (PCIT), Incredible Years, Video Interactie Begeleiding, Parent Management Training Oregon, Triple P (niveau 4 en 5). Uit het IVRK vloeit voort dat jegens jeugdigen die tijdelijk niet in hun eigen gezin kunnen verblijven een bijzondere zorgplicht geldt. De hulp mag zich dus niet uitsluitend op de ouders richten. In te zetten hulp aan de jeugdige is onder meer afhankelijk van de mate waarin een jeugdige emotionele en gedragsproblemen heeft. Welke interventies precies nodig zijn, hangt af van de individuele problematiek en vraagt om een zorgvuldig onderzoek naar de aard en ernst van de problemen (denk aan psychologisch onderzoek van ouders of jeugdige, of aan interactieonderzoek).
Eventueel kan het nodig zijn andere vormen van hulp voor ouders in te zetten (bijvoorbeeld GGZ, verslavingszorg, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening of gespecialiseerde hulpverlening voor mensen met een verstandelijke beperking).

3. Stel bij de beslissing tot een uithuisplaatsing direct een omgangsregeling vast en zorg ervoor dat ouders en jeugdige elkaar na de uithuisplaatsing snel en regelmatig weer kunnen zien in een omgeving die veilig is voor de jeugdige. Begeleid dit contact zorgvuldig (bijvoorbeeld met behulp van Parent Child Interaction Therapy) zodat de ouder-kindinteractie kan verbeteren.
Zorg dat bij jonge kinderen de veiligheid gewaarborgd is, bijvoorbeeld door aanwezigheid van de pleegouders en een vaste verzorger die het kind ophaalt. Help ouders om een relatie op te bouwen met hun kind en opvoedingsvaardigheden te leren.
Ondersteun de relatie tussen ouders en pleegouders/gezinshuisouders/pedagogisch medewerkers in de residentiële instelling, zodat er open gecommuniceerd kan worden en ouders betrokken blijven bij de ontwikkeling en het welzijn van hun kind.

4. Help gezinnen om hun sociale netwerk aan te spreken, en om mensen in hun omgeving om praktische en emotionele steun te vragen. Zet eventueel een familienetwerkberaad in.
5. Zet interventies in om ouders te helpen om te gaan met de uithuisplaatsing van hun kind. Zeker bij een permanente uithuisplaatsing is dit van groot belang. Een aan te bevelen methode hiervoor is "Roldifferentiatie".

Ook voor jeugdigen die permanent uit huis geplaatst worden/zijn, is van belang dat zij goede begeleiding krijgen (met name met het oog op loyaliteit aan de ouders).

Contact tussen ouders en kind kan ook bij een permanente uithuisplaatsing – onder voorwaarden – worden onderhouden. Stel hiervoor een bezoekenregeling op.
6. Blijf ouders en jeugdige na een terugplaatsing ondersteunen door direct hulp in te zetten. Schenk vooral aandacht aan de nieuwe situatie, waarin de jeugdige weer thuis woont (denk aan de ontwikkeling die de jeugdige heeft doorgemaakt en waar ouders aansluiting bij moeten zien te vinden). Zorg er indien nodig ook voor dat andere instellingen het gezin ondersteuning blijven bieden, en dat ook het sociale netwerk betrokken is/blijft.

Wees alert op de mogelijkheid dat de uithuisplaatsing de balans tussen draaglast en draagkracht kan hebben verbeterd, maar dat terugplaatsing deze balans zodanig kan verstoren dat de terugplaatsing kan mislukken. Evalueer daarom zorgvuldig in hoeverre opvoedingscapaciteiten daadwerkelijk zijn verbeterd en het gezin kan putten uit hulpbronnen in het sociale netwerk.

Literatuur

Albrecht, G. & Breg, A. C. (2011). *Ouderbegeleiding in de opvoedingsvariant. Module roldifferentiatie*. Duivendrecht: PI Research.

Alexander, J., Pugh, C., Parsons, B., & Sexton, T. (2000). *Functional Family Therapy*. In D.S. Elliott (Ed.), *Blueprints for violence prevention* (Vol. 3). Boulder, CO: Venture Publishing.

Baat, M. de & Bartelink, C. (2012). *Wat werkt in de pleegzorg?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Baat, M. de, Bergh, P. van den, & Lange, M. de (2015). *Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Bartelink, C. (2010). *Eigen Kracht-conferentie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bartelink, C. (2011). *Uithuisplaatsing: Wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bartelink, C. (2011a). *Motiverende gespreksvoering*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bartelink, C. (2011b). *Oplossingsgerichte therapie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bartelink, C., Berge, I. ten & Yperen, T. van (2010). *Beslissen over effectieve hulp: Wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bartelink, C., Vianen, R. T. van, Mourits, E., Berge, I. J. ten, & Meuwissen, I. (2015a). *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen

Bartelink, C., Meuwissen, I., & Eijgenraam, K. (2015). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Baumann, D. J., Dagleish, L., Fluke, J., & Kern, H. (2011). *The decision-making ecology*. Washington, DC: American Humane Association. Retrieved from: <http://www.americanhumane.org/assets/pdfs/children/cprc-dme-monograph.pdf>.

Bentovim, A., Cox, A., Bingley Miller, L. & Pizzey, S. (2012). *Safeguarding Children Living with Trauma and Family Violence: Evidence-Based Assessment, Analysis and Planning Interventions*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Berge, I. J. ten, Addink, A., Baat, M. de, Bartelink, C., Rossum, J. van, & Vinke, A. (2012). *Stoppen en helpen: Een adequaat antwoord op kindermishandeling*. Utrecht: SWP.

Berge, I. J., Bartelink, C. & Kwaadsteniet, L. de (2011). *Beter beslissen over kindermishandeling: Onderzoek naar de effecten van gestructureerde oordeelsvorming middels ORBA*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Berge, I. ten, Eijgenraam, K. & Bartelink, C. (2014). *Licht Instrument Risicotaxatie Inzake Kindermishandeling: toelichting en instructie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Berge, I. ten & Montfoort, A. van (2008). *Veiligheidsbeleid en risicomanagement in Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.

- Berge, I. J. ten & Vinke, A. (2006). *Beslissen over vermoedens van kindermishandeling: Handreiking en hulpmiddelen voor het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling*. Utrecht/Woerden: NIZW Jeugd/Adviesbureau Van Montfoort.
- Berger, M. A., Berge, I. J. ten & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde jeugdigen en hun ouders*. Utrecht: NIZW Jeugd/Expertisecentrum Kindermishandeling.
- Bergh, P. M. van den & Weterings, A. M. (2007). *Pleegzorg, jeugdzorg voor het kind. Pedagogische besluitvorming bij uithuisplaatsing*. Utrecht: Agiel.
- Boendermaker, L., Rooijen, K. van & Berg, T. (2010). *Residentiële jeugdzorg: Wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Boer, F. (2010). *Broers en zussen*. In G. A. Bakker, D. M. C. B. van Zeben-van der Aa, J. Dewispelaere, R. Vecht-van den Bergh, M. van der Meulen-van Dijk en V. H. Soye (Eds). *Kinderen en adolescenten: problemen en risicosituaties*: Gezin (vol. 6) (p. 298-317). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Britner, P. A., & Mossler, D. G. (2002). *Professionals' decision-making about out-of-home placements following instances of child abuse*. *Child Abuse & Neglect*, 26(4), 317-332.
- Bronson, D. E., Saunders, S., Holt, M. B., & Beck, E. (2008). *A systematic review of strategies to promote successful reunification and to reduce re-entry to care for abused, neglected, and unruly children: Final report*. Ohio State University.
- Bullens, R. A. R. (1995). *Aandachtspunten bij de beslissing om een kind uit huis te plaatsen: tombola of methodiek?* Utrecht: SWP.
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., et al. (2004). *Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 500-510.
- Chambers, M. F., Saunders, A. M., New, B. D., Williams, C. L., & Stachurska, A. (2010). *Assessment of children coming into care: Processes, pitfalls and partnerships*. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 15, 511-527.
- Child Welfare Information Gateway (2011). *Family reunification: What the evidence shows*. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.
- Choy, J. & Schulze, E. (2009). *Kiezen voor jeugdigen: Een nieuwe blik op het samenspel in pleegzorg*. Amsterdam: Spirit.
- Christiansen, O., Havik, T., & Anderssen, N. (2010). *Arranging stability for children in long-term out-of-home care*. *Children and Youth Services Review*, 32, 913-921.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij jeugdigen en adolescenten. Met de methode Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Coyne, I. & Gallagher, P. (2011). *Participation in communication and decision-making: Children and young people's experiences in a hospital setting*. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2334-2343.
- Dam, C. van & Haaf, N. ten (1999). *Besluitvorming bij uithuisplaatsing. Een evaluatieonderzoek naar het functioneren van een instrument om de kwaliteit van besluitvorming bij uithuisplaatsing te verbeteren*. Utrecht: SWP.

- Dawson, K., & Berry, M. (2002). *Engaging families in child welfare services: an evidence-based approach to best practice*. Child Welfare, 81, 293-317.
- Deblinger, E., Stauffer L. B., Steer, R. A. (2001). *Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their non-offending mothers*. Child Maltreatment, 6, 332-343.
- DePanfilis, D., & Girvin, H. (2005). *Investigating child maltreatment in out-of-home care: Barriers to effective decision-making*. Children and Youth Services Review, 27(4), 353-374.
- Department of Health (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. <http://www.dh.gov.uk>.
- DeRoma, V. M., Kessler, M. L., McDaniel, R. & Soto, C. M. (2006). *Important risk factors in home-removal decisions: Social caseworker perceptions*. Child & Adolescent Social Work Journal, 23(3), 263-277.
- Eggen, A.Th.J. & Heide, W. van der (2005). *Criminaliteit en rechtshandhaving. Ontwikkelingen en samenhangen*. Meppel: Boom Juridische uitgevers.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Lapsley, A. & Roisman, G. (2010). *The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behaviour: A meta-analytic study*. Child Development, 81, 435-456.
- Fiks, A. G., Hughes, C. C., Gafen, A., Guevara, J. P., & Barg, F. K. (2011). *Contrasting parents' and pediatricians' perspectives on shared decision-making in ADHD*. Pediatrics, 127(1), 188-196.
- Fisher, P. A., Burraston, B., & Pears, K. (2005). *The Early Intervention Foster Care Program: Permanent placement outcomes from a randomized trial*. Child Maltreatment, 10, 61-71.
- Galil, A., Bachner, Y. G., Merrick, J., Flusser, H., Lubetzky, H., Heiman, N., & Carmel, S. (2006). *Physician-parent communication as predictor of parent satisfaction with child development services*. Research in Developmental Disabilities, 27(3), 233-242.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Garb, H. N. (2005). *Clinical judgment and decision making*. Annual Review of Clinical Psychology, 1(1), 67-89.
- Gezondheidsraad (2011). *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Graaf, I. de, Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M. de, & Tavecchio, L. (2008). *Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on parenting: A meta-analysis*. Journal of Family Relations, 57, 553-566.
- Haans, G., Hoogeduin, J., Robbroeckx, L., Beem-Kloppers, A. van (2010). *Methodiekboek ouderbegeleiding bij roldifferentiatie: Ouders helpen bij het invullen van de ouderrol na plaatsing van hun kind in een pleeggezin*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). *Shared decision making in psychiatry*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 107(6), 403-409.
- Harden, B. J. (2004). *Safety and stability for foster children: A developmental perspective*. Future of Children, 14, 31-47.

- Hart, R. A. (1992). *Children's participation: From tokenism to citizenship*. Florence: Unicef, Innocenti Essays.
- Hatton, H., & Brooks, S. (2008). *Preventing re-entry into the child welfare system: A literature review of promising practices*. Northern Training Academy Supporting Children and Family Services.
- Hegar, R.L. & Rosenthal, J.A. (2011). *Foster children placed with or separated from siblings: Outcomes based on a national sample*. Children and Youth Services Review, 33, 1245-1253.
- Hetrick, S., Simmons, M., & Merry, S. (2008). *SSRIs and depression in children and adolescents: The imperative for shared decision-making*. Australasian Psychiatry, 16(5), 354-358.
- Holwerda, N. (2012). *Adaptation to cancer from an attachment theoretical perspective*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen (proefschrift).
- Humphreys, C. & Kiraly, M. (2011). *High-frequency family contact: A road to nowhere for infants*. Child & Family Social Work, 16(1), 1-11.
- Joosten, E. A. G., DeFuentesMerillas, L., Weert, G. H. de, Sensky, T., Staak, C. P. F. van der, & Jong, C. A. J. de (2008). *Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status*. Psychotherapy and Psychosomatics, 77(4), 219-226.
- Juffer, F. (2010). *Beslissingen over jeugdigen in problematische opvoedingssituaties: Inzichten uit gehechtheidsonderzoek*. Raad voor de Rechtspraak, Research Memoranda, 6.
- Kalverboer, M. E. & Zijlstra, A. E. (2006). *Het belang van het kind in het Nederlands recht: voorwaarden voor ontwikkeling vanuit een pedagogisch perspectief*. Amsterdam: SWP.
- Kaufman, J. & Zigler, E. (1989). *The intergenerational transmission of child abuse*. In: D. Cichetti & V. Carlson (Eds.), Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect (pp. 129-150). Cambridge: Cambridge University Press.
- Knopf, J. M., Hornung, R. W., Slap, G. B., DeVellis, R. F., Britto, M. T. (2008). *Views of treatment decision making from adolescents with chronic illnesses and their parents: A pilot study*. Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy, 11(4), 343-354.
- Knorth, E. J. (1995). *Besluitvorming over uithuisplaatsing in de jeugdzorg*. Kind en Adolescent, 16 (2), 64-87.
- Knorth, E. J., Harder, A.T., Zandberg, T. and Kendrick, A. J. (2008). *Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care*. Children and Youth Services Review, 30, 123-140.
- Kolko, D. J., Swenson, C. C. (2002). *Assessing and treating physically abused children and their families: A cognitive-behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Landsverk, J. A., Burns, B. J., Stambaugh, L. F., & Reutz, J. A. R. (2009). *Psychosocial interventions for children and adolescents in foster care: Review of research literature*. Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program, 88, 49-69.
- Lange, M. de, Addink, A., Haspels, M., & Geurts, E. (2015). *Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

- Lavergne, C., Damant, D., Clement, M.E., Bourassa, C., Lessard, G. & Turcotte, P. (2011). *Key decisions in child protection services in cases of domestic violence: Maintaining services and out-of-home placement*. Child & Family Social Work, 16(3), 353-363.
- Linares, L. O., Montalto, D., Li, M., & Oza, V. S. (2006). *A promising parenting intervention in foster care*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 32-41.
- Lindsey, D., Martin, S., & Doh, J. (2002). *The failure of intensive casework services to reduce foster care placements: An examination of family preservation studies*. Children and Youth Services Review, 24(9-10), 743-775.
- Littell, J. H., & Schuerman, J. R. (1995). *A synthesis of research on family preservation and family reunification programs*. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). *Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review*. Child Abuse & Neglect, 24(9), 1127-1149.
- McCue Horwitz, S., Hurlburt, M.S., Cohen, S. D., Zhang, J. & Landsverk, J. (2011). *Predictors of placement for children who initially remained in their homes after an investigation for abuse or neglect*. Child Abuse & Neglect, 35, 188-198.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change*. New York/London: The Guilford Press.
- Munro, E. (1999). *Common errors of reasoning in child protection work*. Child Abuse & Neglect, 23(8), 745-758.
- Murray, A. D. & Yingling, J. L. (2000). *Competence in language at 24 months: Relations with attachment security and home situation*. Journal of Genetic Psychology, 16, 133-140.
- O'Connor, E. & McCartney, K. (2007). *Attachment and cognitive skills: An investigation of mediating mechanisms*. Journal of Applied Developmental Psychology, 28, 458-476.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2006). *Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake*. Child and Adolescent Mental Health, 11(3), 142-149.
- O'Reilly, R., Wilkes, L., Luck, L., & Jackson, D. (2010). *The efficacy of family support and family preservation services on reducing child abuse and neglect: What the literature reveals*. Journal of Child Health Care, 14(1), 82-94.
- Perry, B.D. (2002). *Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture*. Brain and Mind, 3, 79-100.
- Perry, B. D. (2004). *The fear response: effects of trauma on children*. In Video series *Understanding traumatized and maltreated children: the core concepts*. Houston, TX: ChildTrauma Academy. (www.ChildTrauma.org)
- Perry, B. D. (2009). *Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics*. Journal of Loss and Trauma, 14, 240-255.
- Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). *Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention*. Psychological Assessment, 22(2), 203-212.
- Prasad, N. (2011). *Decision making principles around contact visits: A Literature Review*. Paramatta NSW: UnitingCare Children, Young People and Families.

- Robinson, A. D., Kruzich, J. M., Friesen, B. J., Jivanjee, P., & Pullmann, M. (2005). *Preserving family bonds: Examining parent perspectives in the light of practice standards for out-of-home treatment*. Journal of Orthopsychiatry, 75 (4), 632-643.
- Romanelli, L. H., Landsverk, J., Levitt, J.M., Leslie, L.K., Hurley, M.M, Bellonci, C., Gries, L.T., Pecora, P.J., Jensen, P.S., & the ChildWelfare–Mental Health Best Practices Group (2009). *Best practices for mental health in child welfare: Screening, assessment, and treatment guidelines*. Child Welfare, 88, 163-188.
- Romanelli, L. H., Landsverk, J., Levitt, J. M., Leslie, L. K., Hurley, M. M., Bellonci, C., Gries, L. T., Pecora, P. J., Jensen, P. S., & Child Welfare-Mental Health Best Practices Group. (2009). *Best practices for mental health in child welfare: Parent Support and Youth Empowerment Guidelines*. Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program, 88(1), 189-218.
- Saunders-Adams, S. M. (2011). *Reunification and re-entry in child welfare: A systematic review and meta-analysis*. Ohio State University (dissertation).
- Schneider, B. H., Atkinson, L. & Tardif, C. (2001). *Child-parent attachment and children's peer relations: A Quantitative review*. Developmental Psychology, 37, 86-100.
- Sen, R. & Broadhurst, K. (2011). *Contact between children in out-of-home placements and their family and friends networks: a research review*. Child and Family Social Work, 16, 298–309.
- Slot, W. & Van Montfoort, A. (2009). *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij: De nieuwe methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*. Duivendrecht/Woerden: PI Research/Van Montfoort.
- Smits, M. (2012). *Onderzoeksrapport evaluatie methode knelpuntenanalyse*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Stams, G.J.J.M., Top – van der Eem, M., Limburg, S., Vugt, E.S. van & Laan, P.H. van der (2010). *Implementatie en doelmatigheid van de Deltamethode Gezinsvoogdij: Onderzoek naar de invloed van de Deltamethode Gezinsvoogdij op het verloop van de ondertoezichtstelling*. Den Haag: WODC.
- Steege, M. van der (2012). *Gezinshuizen in de jeugdzorg: De kennis verzameld en de stand van zaken*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Steege, M. van der, & Zoon, M. (2015). *Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Faldowski, R., Henggeler, S. W. & Mayhew, A. M. (2010). *Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial*. Journal of Family Psychology, 24, 497-507.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). *The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis*. Journal of Clinical Psychology, 65(4), 368-381.
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., & McGrath, J. M. (2005). *Parent-Child Interaction Therapy: Application to maltreating parent-child dyads*. Child Abuse & Neglect, 29, 825-842.
- Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York/London: Norton.

Veerman, J. W., Janssens, J., & Delicat, J. (2005). *Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp: Een meta-analyse*. *Pedagogiek*, 25(3), 176-196.

Verenigde Naties (15 juni 2009). *Richtlijnen voor Alternatieve Zorg van Kinderen*. Gedownload op 15 december 2012, http://www.bettercarenetwork.nl/content/17382/download/clnt/34569_Microsoft_Word_-_VWS102919NL__2_.pdf.

Vis, S. A., Strandbu, A., Holtan, A., Thomas, N. (2011). *Participation and health: A research review of child participation in planning and decision-making*. *Child & Family Social Work*, 16(3), 325-335.

Voets, J. & Michielsen, L. (2002). En wat vinden ouders ervan? *Over de effecten van oudertraining en andere ouderbegeleidende methodieken tijdens residentiële behandeling*. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 27 (1), 16-37.

Washington, K. (2007). Research review: *Sibling placement in foster care: A review of the evidence*. *Child & Family Social Work*, 12(4), 426-433.

Weterings, A. M. (1998). *Pleegzorg in balans: Bestaanszekerheid voor jeugdigen*. Leuven: Garant.

Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB. Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.

Wolff, M. S. de, Bakel, H. J. A. van, Juffer, F., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P. S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2014). *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Wolzak, A. & Berge, I. ten (2005). *Kindermishandeling: De aanpak in Nederland*. Utrecht: SWP.

Yperen, T. van (2010). *55 Vragen over effectiviteit: Antwoorden voor de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Yperen, T. van, & Bommel, M. van (2009). *Erkenning Interventies: criteria 2009-2010, Erkenningscommissie (Jeugd) interventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Yperen, T. van & Westering, Y van (2010). *Pijlers voor nieuw jeugdbeleid: Naar een versterking van de pedagogische leefomgeving van jeugdigen en meer samenhang in de aanpak van jeugdproblematiek*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Ijzendoorn, M.H. van, Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). *Disorganized attachment in early childhood: A meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae*. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.

Zandberg, Tj., Knort, E. J., & Strijker, J. (2010). *Uithuisplaatsing van jeugdigen*. In G. A. Bakker, D. M. C. B. van Zeben-van der Aa, J. Dewispelaere, R. Vecht-van den Bergh, M. van der Meulen-van Dijk en V. H. Soyez (Eds). *Kinderen en adolescenten: problemen en risicosituaties: Gezin* (vol. 6) (p. 298-317). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Zoon, M. (2012). *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Zuravin, S. J., & DePanfilis, D. (1997). *Factors affecting foster care placement of children receiving child protective services*. *Social Work Research*, 21, 34-42.



Bijlagen

Bijlage 1. Uitgangsvragen op basis van de knelpuntenanalyse

Bijlage 2. Juridische kaders

Bijlage 3. Interventies bij de Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming

Bijlage 4. Criteria Erkenningscommissie Interventies

Bijlage 5. Criteria Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie

Bijlage 6. Niveau van bewijs

Bijlage 7. Kennislacunes en signalen



Bijlage 1

Uitgangsvragen richtlijn op basis van de knelpuntenanalyse

In de knelpuntenanalyse met deskundigen zijn voor het onderwerp uithuisplaatsing en crisisplaatsing uitgangsvragen geformuleerd die richtinggevend zijn voor de ontwikkeling van de twee richtlijnen. In totaal zijn acht onderwerpen uitgewerkt en per onderwerp zijn er vragen gesteld die in de twee richtlijnen aan de orde moeten komen.

Drie onderwerpen betreffen meer algemene achtergrondinformatie over uithuisplaatsing.

Tegelijkertijd met de ontwikkeling van de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* en de *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink et al., 2015) ontwikkelt het Nji een kennisdossier over het onderwerp uithuisplaatsing. In het dossier komen de meer 'algemene' onderwerpen definitie, mogelijke effecten en organisatie aan de orde. Deze informatie zal worden meegenomen in de richtlijnen, maar vormt geen onderwerp van de ontwikkeling. Wij kiezen er hier voor om er de volgende vijf onderwerpen en de bijbehorende vragen in de twee richtlijnen uit te werken.

Inschatten aard en ernst van de problematiek

- Wat moeten hulpverleners (minimaal) doen om te kunnen besluiten tot uit huis- of terugplaatsing?
- Op basis van welke criteria kunnen hulpverleners een gezinssituatie analyseren en beoordelen?
- Hoe kunnen hulpverleners de kansen en risico's van plaatsing thuis afwegen tegen plaatsing elders?
- Hoe kunnen hulpverleners bepalen welke plek na uithuisplaatsing het meest geschikt is voor een kind?
- Hoe kunnen hulpverleners handelen wanneer het optimale zorgaanbod niet beschikbaar is?

Voorkomen van uithuisplaatsing

- Wat kunnen hulpverleners doen om uithuisplaatsing te voorkomen en tot wanneer is dit verantwoord?
- Hoe kunnen hulpverleners voorkomen dat uithuisplaatsing plaatsvindt in een crisissituatie?

Uithuisplaatsing

- Waar moeten hulpverleners (minimaal) op letten bij uithuisplaatsing (in een crisissituatie)?
- Wat zijn specifieke aandachtspunten bij uithuisplaatsing van meerdere kinderen tegelijk?
- Hoe kunnen hulpverleners de schok van uithuisplaatsing op kind en omgeving zo veel mogelijk beperken?
- Binnen welke termijn moeten kind, ouders en omgeving weten wat hun toekomstperspectief is?
- Hoe kunnen interventies (die deels overlappen) optimaal aansluiten?

Terugplaatsing

- Wanneer is terugplaatsing nog verantwoord gezien de leeftijd van het kind en de duur van uithuisplaatsing?
- Met welke interventies, voor welke doelgroepen, kunnen hulpverleners terugplaatsing begeleiden?
- Hoe kunnen hulpverleners kind, ouders en omgeving motiveren tot ambulante zorg na terugplaatsing?

Samenwerking

- Hoe kunnen hulpverleners recht doen aan de rol van kind, ouders en omgeving bij een uithuisplaatsing?
- Hoe en vanaf welke leeftijd kan en mag een kind invloed hebben op uithuisplaatsing?
- Hoe kunnen hulpverleners (samen met kind en omgeving) handelen als de opvang ongeschikt blijkt?
- Hoe kunnen hulpverleners de acceptatie van uithuisplaatsing bevorderen bij kind, ouders en omgeving?

De volgende uitgangsvragen zijn niet meegenomen:

1. Hoe kunnen hulpverleners overeenstemming waarborgen tussen doel, zorgaanbod en juridische status?
2. Hoe blijven bij uithuisplaatsing betrokken hulpverleners ook in de toekomst inzetbaar, geestelijk en fysiek?
3. Hoe kunnen hulpverleners omgaan met een nieuwe kinderwens van ouders wiens kind uit huis is geplaatst?

De eerste vraag is onduidelijk. Het is de opstellers van de offerte niet duidelijk wat bedoeld wordt met waarborgen tussen doen, zorgaanbod en juridische status. De tweede vraag is van een andere orde dan eerdere vragen. Het gaat hier meer om de (wettelijke) afspraken wie, wanneer verantwoordelijk is. De derde vraag heeft meer met ethische normen te maken en grondrechten dan het vanuit de wetenschap een te onderbouwen vraag is. Deze meer politieke, normerende discussie vinden wij niet thuishoren in het ontwikkelen van een richtlijn over uithuisplaatsing.

De richtlijnontwikkeling start met het verder aanscherpen en mogelijk beperken van bovenstaande vragen om zo tot een heldere afbakening voor het literatuuronderzoek en de te ontwikkelen richtlijnen te komen. Deze uitgangsvragen zijn in de loop van de tijd en verschillende discussie met de werkgroep aangescherpt tot zeven uitgangsvragen verdeeld over drie onderwerpen:

Tabel 1: de uitgangsvragen van de Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming

Besluitvorming
1. Beslissen over uithuisplaatsing en terugplaatsing a. Welke afwegingen en criteria zijn van belang om te beslissen of een uithuisplaatsing nodig is? b. Waar kan de jeugdige het beste geplaatst worden? c. Welke afwegingen en criteria zijn van belang om te beslissen of een terugplaatsing mogelijk is? 2. Termijnen voor besluitvorming a. Binnen welke termijn moeten jeugdige, ouders en omgeving weten wat het toekomstperspectief is? b. Wanneer is terugplaatsing nog verantwoord, gezien de leeftijd van de jeugdige en de duur van uithuisplaatsing? 3. Wat is aan te bevelen bij het gezamenlijk uithuisplaatsen van broers en zussen? 4. Welke rol mogen en kunnen ouders en jeugdigen spelen in de besluitvorming over uithuisplaatsing en terugplaatsing?
Voorkomen van uithuisplaatsing
5. Welke interventies bij welke doelgroep zijn effectief bij het voorkomen van een uithuisplaatsing?
Begeleiden bij uithuisplaatsing en terugplaatsing
6. Welke hulp/begeleiding hebben ouders en jeugdigen nodig tijdens uithuisplaatsing? Welke interventies zijn hierbij effectief? 7. Welke hulp/begeleiding hebben ouders en jeugdigen nodig na terugplaatsing? Welke interventies zijn hierbij effectief?

Bijlage 2

Juridische kaders

In deze bijlage staat vooral de kennis over de juridische kaders rondom het onderwerp uithuisplaatsing centraal.

Nieuw recht

Bij lezing van het onderstaande moet rekening gehouden worden met twee nieuwe wetten, die allebei op 1 januari ingaan: de nieuwe Jeugdwet, die de Wet op de Jeugdzorg gaat vervangen en de herziening van de kinderbeschermingsmaatregelen. In de tekst hieronder wordt soms hiernaar verwezen.

Algemene rechten

Nederland is verplicht zich te houden aan het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind (IVRK).

1. "Het kind heeft recht om bij de ouders te leven en op omgang met beide ouders als het kind van een of beide ouders gescheiden is, tenzij dit niet in zijn of haar belang is." (IVRK)
2. "Beide ouders zijn verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kinderen. Het belang van het kind staat hierbij voorop." (Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind).

Het recht en de plicht van ouders om hun kind op te voeden

Het Burgerlijk Wetboek (BW) sluit op punt 2 aan. Volgens artikel 247 lid 1 van boek 1 van het Burgerlijk Wetboek omvat het ouderlijk gezag de plicht en het recht van de ouder zijn minderjarig kind te verzorgen en op te voeden. Lid 2 (artikel 247, BW) vult dit nader in: onder verzorging en opvoeding worden mede verstaan de zorg en de verantwoordelijkheid voor het geestelijk en lichamelijk welzijn en de veiligheid van het kind alsmede het bevorderen van de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid. In de verzorging en opvoeding van het kind passen de ouders geen geestelijk of lichamelijk geweld of enige andere vernederende behandeling toe. Dit lid 2 is volgens artikel 248 ook van toepassing op de voogd of op anderen die een minderjarig kind verzorgen en opvoeden zonder dat hen het gezag over kind toekomt.

Ouders hebben dus het recht om hun kind op te voeden. Dit recht wordt ook beschermd door artikel 9 van het IVRK, dat het recht op ongestoord gezinsleven waarborgt.

Het gezag (of de voogdij) heeft betrekking op de persoon van de minderjarige, het bewind over zijn vermogen en zijn vertegenwoordiging in burgerlijke handelingen, zowel in als buiten rechte. Ouders kunnen dus namens hun kinderen optreden. Met name de vertegenwoordigingsbevoegdheid is in diverse andere regelingen en wetten nader ingevuld. Bijvoorbeeld het inzagerecht, dat in principe ook minderjarigen toekomt, wordt in ieder geval tot het kind 12 jaar is, door de gezaghebbende ouder waargenomen (zie voor het inzagerecht bijlage 2.2).

Het recht van het kind om door de eigen ouders opgevoed te worden

Niet alleen ouders hebben het recht om hun eigen kind op te voeden, maar ook het kind heeft het recht om door de eigen ouders opgevoed te worden (art 7 IVRK). Als dat niet mogelijk is, hebben ouders en kinderen een wederzijds recht op omgang. Slechts in uitzonderlijke gevallen kan hier een inbreuk op gemaakt worden. Alleen indien de belangen van het kind geschaad worden bij het contact, kan dit beperkt worden.

Vanuit dit basisgegeven is het antwoord op de vraag welke rol ouders zelf mogen spelen bij een beslissing over een uithuisplaatsing eenvoudig te beantwoorden: zij zijn primair verantwoordelijk voor de opvoeding en verzorging van hun kind en zij spelen derhalve de doorslaggevende rol. Waar kinderen hun eigen beslissingen nog niet kunnen nemen, nemen de ouders, mits belast met het gezag, die voor hen waar. Maximale betrokkenheid is de basisregel! Daarbij geldt dat aan de mening van het kind, ongeacht diens leeftijd (IVRK), een op diens capaciteiten gebaseerd passend gewicht wordt toegekend.

Mogen ouders hun kind zelf uithuis plaatsen? Met andere woorden, moeten ouders hun kind zelf opvoeden? De wettekst suggereert dit wel: het recht en de plicht om hun kind op te voeden. Ondanks deze formulering wordt aangenomen dat de ouder zich weliswaar nooit van verantwoordelijkheid kan ontdoen, zelf vragen om ontheffing is bijvoorbeeld niet mogelijk, maar dat het van verantwoordelijkheid kan getuigen om het kind door een ander te laten opvoeden. In de Angelsaksische landen is het zeer gebruikelijk om kinderen vanaf de middelbare school naar een kostschool te sturen. In Nederland gebeurt dit bijvoorbeeld in de internaten voor schipperskinderen. Op eigen kosten worden kinderen hier door anderen opgevoed en verzorgd. De dagelijkse verantwoordelijkheid van de ouders strekt op dat moment dan niet verder dan borg te staan voor de kwaliteit van het internaat of kostgezin waar het kind verblijft. Actueel thema in dit verband is dat de ouders dan ook verantwoordelijk zijn voor de controle of die plaatsing voldoende veilig is voor het kind.

Ook is er geen bijzondere toestemming nodig om een kind bij een familielid onder te brengen, als de omstandigheden dit vragen. Uitzondering hierop is dat voor een kind jonger dan 6 maanden hiervan melding gedaan moet worden bij de Raad voor de Kinderbescherming. Nog een aanwijzing dat ouders niet zelf daadwerkelijk altijd de opvoeding moeten doen, is af te lezen uit de uitspraak van het Hof Leeuwarden, dat een verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming tot ontheffing uit het ouderlijk gezag na twee jaar uithuisplaatsing in het kader van een ondertoezichtstelling afwees, omdat moeder het eens was met de uithuisplaatsing. Moeder nam de verantwoordelijkheid voor de uithuisplaatsing en onderkende dat het beter was voor het kind om in het pleeggezin op te groeien en gaf zodoende blijk dat zij haar recht om haar kind (te doen) opvoeden waarmaakte. Een ontheffing was daarom niet aan de orde. Ouders spelen de doorslaggevende rol bij alle beslissingen betreffende de uithuisplaatsing van hun kind.

De rol die ouders kunnen spelen

De rol van ouders wordt beperkt door twee factoren: de eigen rechten van het kind en het ontbreken van deskundigheid en afstand om te beoordelen welk hulpaanbod voor het kind het meest aangewezen is.

De rechten van het kind.

Het recht van ouders om hun kind naar eigen inzicht en goeddunken op te voeden is niet ongeclausuleerd. Het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind formuleert universele rechten van kinderen die ook, of juist, ouders binden: het verbod op uitbuiting, vernedering, misbruik en mishandeling. Het recht op onderwijs, kleding, gezonde voeding en het recht op participatie, dat wil zeggen meedoen in de maatschappij en betrokken worden

overeenkomstig het beoordelingsvermogen bij beslissingen die hen aangaan. Ouders zijn de eerst aangewezenen om dit voor hun kinderen te waarborgen. Daar waar ouders hierin zodanig te kort schieten dat de ontwikkeling van kinderen in gevaar komt, is de overheid verplicht de kinderen te beschermen. In Nederland gebeurt dit met de maatregel van ondertoezichtstelling. Maar ook deze maatregel is er op gericht de ouders zoveel mogelijk de verantwoordelijkheid voor de opvoeding en verzorging te laten behouden (art 1:257 B.W.) en de gezinsband te bevorderen.

Het ontbreken van deskundigheid en afstand

Als de aanleiding voor een uithuisplaatsing problemen in het gezin of problemen bij de ontwikkeling van het kind is, dan zal een beroep op gespecialiseerde zorg nodig zijn. Elke opvoeding is complex, ieder kind is uniek en het vaststellen wat de juiste zorg voor elk individueel kind is, is daarom ook complex en noodzaakt tot kennis en enige afstand om tot een juist oordeel te komen. De meeste ouders bezitten geen deskundigheid die hiervoor nodig is en hebben, als onderdeel van het gezin, ook onvoldoende afstand. In die zin kunnen zij niet alleen beslissen. Professionals moeten deze functie vervullen omdat zij geacht worden de deskundigheid en afstand te hebben. Artikel 29 UBWjz omschrijft de wettelijke deskundigheidsvereisten. Dit veroorzaakt ook onvermijdelijk een kloof tussen gezin en deskundige, waar deze alleen al vanuit de juridische basisuitgangspunten niet gewenst is. Het overbruggen van de kloof op een manier die door het gezin begrepen wordt en die het gezin 'dwingt' tot het zoeken van eigen oplossingen, moet daarom onderdeel zijn van de gebruikte methoden. De richtlijn moet dit afdwingen. Ouders en kinderen kunnen niet op hetzelfde deskundigheidsniveau meedenken, maar het is de taak van de professional om die kloof te overbruggen. In de medische behandelingsovereenkomst is dit bijvoorbeeld opgelost door het begrip "informed consent": pas nadat de patiënt vooraf goed is geïnformeerd, in gewone taal, wat de diagnose is en de daarbij horende behandeling, komt de behandelovereenkomst tot stand (7:448 B.W.).

Niet vrijwillige hulp

Hoe moeten bovenstaande principes toegepast worden in de niet vrijwillige hulp? Daar gaat het toch vaak om ouders die hun verantwoordelijkheid niet willen of kunnen waarmaken? Het antwoord is dat juist in niet vrijwillige hulp bovenstaande principes nog stringenter moeten worden toegepast. De rechten van ouders zijn weliswaar ingeperkt, maar het doel van de niet vrijwillige hulp is juist om hen die rechten te leren gebruiken en hen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid. Uiteindelijk zal de gezinsvoogd, met een machtiging van de kinderrechter als het om uithuisplaatsing gaat, het laatste woord hebben, maar dit hoort ook het laatste woord te zijn en niet het eerste. Voor het toepassen van de richtlijn heeft het hulpverleningskader dus maar een geringe betekenis. Tenzij het om zeer ernstige levensbedreigende situaties gaat waar acuut ingrijpen evident is.

Juridische uitgangspunten

De algemene juridische uitgangspunten zijn besproken in bovenstaande. Deze paragraaf behandelt de concretisering van de uitgangspunten in wetgeving.

N.B. Met ingang van 1 januari 2015 is de nieuwe Jeugdwet van toepassing.



Recht op jeugdhulp

Hierboven werd gesteld dat ouders hun kind niet zelf hoeven op te voeden. Voor eigen rekening kunnen zij een ander vragen de opvoeding en verzorging ter hand te nemen. Bij problemen met kinderen, kan ook een beroep op de overheid gedaan worden. De overheid geeft daarbij ouders niet een blanco cheque om (dure) hulp in te kopen. Hulp in de vorm van jeugdhulp is niet alleen duur, maar de overheid heeft ook de plicht hierbij de belangen van het kind van doorslaggevende betekenis te laten zijn. De Wet op de Jeugdzorg (Wjz) regelt hoe ouders hulp kunnen invoeren. Dit document bevat (juridische) richtlijnen gebaseerd op een aantal concrete rechten van cliënten en verplichtingen van de professionals die de benodigde hulp, in ons geval de uithuisplaatsing, vanuit hun deskundigheid vaststellen. Het recht op jeugdhulp vervalt per 1 januari 2015. In plaats daarvan kunnen belanghebbenden bij de gemeente, of door de gemeente aangewezen instanties, met hun hulpvraag terecht.

De indicatiestelling

Wat ouders zelf niet kunnen als het om uithuisplaatsing gaat, is met afstand en deskundigheid naar hun probleem en dat van hun kind kijken. De Wjz wijst het Bureau Jeugdzorg (Bjz) aan als instantie om een diagnose te stellen en vervolgens te formuleren op welke zorg een kind en diens gezin recht, aanspraak hebben. De Wjz schept een aanspraak op zorg, cliënten kunnen deze aanspraak juridisch bij de provinciale overheid afdwingen. De indicatiestelling gaat vervallen en de gemeente wordt in de toekomst de subsidiërende en beleidsvaststellende overheid. Ook in een nieuw stelsel zullen ouders en jeugdigen geen blanco cheque op hulp verkrijgen. In laatste instantie zal ook dan een professional de noodzaak van een uithuisplaatsing moeten vaststellen. Dit zal gaan in de vorm van een verleningsbeslissing door een door de gemeente aangewezen en gemandateerde instantie.

De deskundigen van Bjz nemen bij het onderzoeken en vaststellen van de juiste hulp de uitgangspunten behandeld in 2.1 in acht: ouders spelen de sleutelrol bij de beslissing tot uithuisplaatsing en zij worden zo veel als mogelijk in staat gesteld om te begrijpen wat er aan de hand is en waarom bepaalde beslissingen genomen (moeten) worden. Dat is echter niet de enige functie die het Bjz vervult. De rechten van het kind zijn leidend bij de bemoeienis van het Bjz: de gekozen hulp moet bijdragen aan de ontwikkeling van het kind en als geconstateerd wordt dat de veiligheid van het kind in het geding is, zal Bjz onderzoek door het AMK initiëren of in acute gevallen direct via de Raad voor de Kinderbescherming een maatregel uitlokken. De derde functie van Bjz is om door hun indicatie alleen aanspraken te vestigen die strikt noodzakelijk zijn: de poortwachtersfunctie voor dure hulpvormen. In de praktijk laat de professional zich in de eerste plaats leiden door de belangen van het kind en van het gezin en pas in de laatste plaats door de poortwachtersfunctie.

Cliënten worden betrokken bij het proces van indicatiestelling

Het indicatiebesluit komt niet tot stand dan nadat over een ontwerp daarvan in ieder geval overleg is gepleegd met de aanvrager (meestal de ouders) en met degene op wie de hulp betrekking heeft (art 35 UBWjz), meestal de jeugdige. Artikel 7 Wjz regelt de instemming van betrokkenen.

Voor jeugdigen onder de 12 jaar is alleen de instemming van de wettelijk vertegenwoordiger

nodig. Betreft de uithuisplaatsing een jeugdige met een leeftijd van 12 tot en met 15 jaar, dan geldt een dubbel instemmingsvereiste: zowel de jeugdige als diens wettelijke vertegenwoordiger moeten instemmen met de hulp. Hetzelfde geldt voor de jeugdige van 12 jaar of ouder die niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. Als de wettelijk vertegenwoordiger zijn instemming niet geeft, kan de hulp toch verleend worden indien deze in het belang van de jeugdige is en deze de hulp weloverwogen blijft wensen. Het spiegelbeeld hiervan is ook mogelijk: als de jeugdige met de leeftijd tussen 12 en 15 de hulp niet wil en de wettelijk vertegenwoordiger wel, dan kan een besluit genomen worden als de hulp noodzakelijk is. Als de jeugdige 16 of 17 jaar oud is, is formeel alleen de instemming van de jeugdige vereist. Voor de richtlijn zijn deze regels niet alleen formeel van belang, maar ook inhoudelijk: telkens wordt van de professional immers een beoordeling gevraagd van de situatie binnen de context en van de vraag of de jeugdige in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen en of de hulp noodzakelijk is voor hem/haar. Deze beslissingen moeten weloverwogen en gemotiveerd worden. Het zijn juridische beslissingen die vergaande (rechts)gevolgen kunnen hebben en soms ook daadwerkelijk een rol in juridische procedures spelen.

Juridische status van het besluit uithuisplaatsing

In tegenstelling tot de medische sector, waar de rechtsvorm de geneeskundige behandelovereenkomst is, te vinden in art 7:446 e.v. BW, is het besluit binnen de Wjz een bestuursrechtelijke rechtsfiguur: een beschikking waartegen beroep mogelijk is. De Algemene wet bestuursrecht is daarom van toepassing.

Niet vrijwillige hulp

De regels voor instemming zijn juridisch niet van toepassing in gedwongen kader. Dat wil niet zeggen dat de uitgangspunten niet van toepassing zijn. Het besluit tot uithuisplaatsing wordt bijots altijd, dus ook bij volledige instemming van alle betrokkenen, getoetst door de kinderrechter. Deze toetst vrijwel zonder uitzondering of en hoe betrokkenen bij de besluitvorming betrokken zijn geweest. Voor de werkwijze bij uithuisplaatsing volgens deze richtlijn is het juridisch kader daarom pas in tweede instantie, aanvullend, van belang.

Het recht op contra expertise

Ouders hebben niet dezelfde deskundigheid als de professional. Professionals zijn echter niet onfeilbaar en kunnen het dus mis hebben, daarom formuleert art 36 UB Wjz dat onderzoeksgegevens op verzoek van cliënten door een onafhankelijk gedragsdeskundige opnieuw geïnterpreteerd mogen worden.

Rol gekwalificeerde gedragswetenschapper

Een indicatiebesluit wordt pas genomen als het ontwerp is voorgelegd aan een gekwalificeerde gedragswetenschapper (interdisciplinaire toets). Als het indicatiebesluit door de stelselherziening gaat vervallen, is de verwachting dat in ieder geval voor intensieve vormen van hulp en uithuisplaatsing een interdisciplinaire toets wettelijk gehandhaafd zal worden. Deze richtlijn stelt de toets in ieder geval vanuit professioneel opzicht en de ingrijpendheid van de uithuisplaatsing verplicht.

Recht op informatie en het hulpverleningsplan

Uit huis geplaatste kinderen hebben het recht te horen wat de beslissingen zijn die er over hen worden genomen en waarom. Hulpverleners zijn verplicht met jeugdigen, overeenkomstig zijn leeftijds- en ontwikkelingsniveau en met de met gezag belaste ouder het hulpverleningsplan en voorgenomen veranderingen daarin te bespreken. Als een kind zijn vader of moeder niet (meer) ziet, heeft het recht op informatie over zijn ouders en familie.

Cliënten hebben recht op verantwoorde zorg. Dat betekent dat de hulp gebaseerd is op een hulpverleningsplan. In een hulpverleningsplan staat welke hulp een kind krijgt en wat doelen daarvan zijn. In dit plan staat ook of en hoe de familie bij de hulp wordt betrokken. Als er meerdere zorgaanbieders hulp bieden aan een kind of gezin, dan zijn afspraken over de samenwerking en afstemming in de hulp ook in het hulpverleningsplan vastgelegd.

Recht op inzage in het dossier

Kinderen van 12 jaar of ouder hebben het recht alle rapporten die er over hen worden geschreven, te lezen. Zij kunnen er ook een kopie van krijgen. Bij kinderen jonger dan 12 jaar hebben de ouders of voogd het recht om de rapporten te lezen. Zij kunnen die met het kind bespreken, maar zijn dat niet verplicht. Andere betrokkenen hebben ook recht op inzage in hun dossier, maar uitsluitend op de gedeelten die hen zelf betreffen.

Recht op privacy

Niemand mag zonder toestemming de post of het dagboek van een kind lezen. Hulpverleners mogen informatie over het kind dat jonger is dan 16 jaar, aan de ouders geven. Bij kinderen van 16 jaar of ouder mag dit alleen met hun toestemming. Pleegouders en hulpverleners mogen niet zomaar alles over het kind aan iedereen vertellen. Ze mogen wel zonder toestemming van het kind informatie doorgeven aan andere hulpverleners die bij het gezin of het kind betrokken zijn, onderzoeksinstanties zoals het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming en aan de politie voor zover het informatie betreft die van belang is voor de opsporing en vervolging van strafbare feiten die jegens het kind gepleegd zijn, zoals mishandeling, uitbuiting en seksueel misbruik.

Klachtrecht

Cliënten hebben het recht om een klacht in te dienen. Bureau Jeugdzorg en Jeugd en Opvoedhulp (zorgaanbieders) hebben hiervoor een klachtenreglement. Kinderen, hun ouders of voogd, maar ook (aspirant) pleegouders kunnen hier een beroep op doen. Het verdient aanbeveling om het aanklaarten van een klacht bij Bzj of Jeugd en Opvoedhulp, een cliëntvertrouwenspersoon in te schakelen.

Recht op contact met de eigen familie

Een kind heeft recht op contact met de ouders, broers en zussen, opa's en oma's. Ook hebben kinderen recht op contact met eerdere pleegouders.



Ondertoezichtstelling

Kinderen die in een zodanige situatie opgroeien dat zij ernstig in hun ontwikkeling of gezondheid bedreigd worden, kunnen door de kinderrechter onder toezicht gesteld worden, mits andere interventies om deze bedreiging af te wenden gefaald hebben of waarschijnlijk zullen falen (artikel 1:254 BW, vanaf 1 januari 2015 artikel 1:255 BW). Ouders hebben dan niet meer alleen de verantwoordelijkheid voor hun kind, maar delen die met een gezinsvoogd. Zij mogen niet meer zelf alle beslissingen over hun kind nemen en moeten de aanwijzingen van de gezinsvoogd opvolgen.

Meestal is het de Raad voor de Kinderbescherming die de kinderrechter verzoekt tot een ondertoezichtstelling. Maar ouders zelf of iemand die het kind in zijn gezin heeft opgenomen en het verzorgt en opvoedt, of het openbaar ministerie kan ook een verzoek bij de kinderrechter indienen om een kind onder toezicht te stellen.

De kinderrechter stelt een kind onder toezicht voor maximaal een jaar. Elk jaar kan hij de ondertoezichtstelling met maximaal een jaar verlengen. Als Bureau Jeugdzorg of een andere gezinsvoogdijinstelling geen verlenging aanvraagt, wordt de Raad voor de Kinderbescherming hiervan op de hoogte gesteld. De Raad krijgt een verslag van het verloop van de ondertoezichtstelling.

Een kinderrechter kan een OTS ook opheffen als de reden voor de OTS niet langer bestaat.

Gezinnen krijgen te maken met een gezinsvoogd nadat er een OTS is uitgesproken. Tijdens de OTS krijgen ouders en kinderen hulp aangeboden om de bedreiging van de ontwikkeling te verminderen. Ouders blijven zoveel mogelijk zelf verantwoordelijkheid dragen voor de opvoeding en verzorging van hun kinderen (zie ook paragraaf 1.2). De hulp is er vooral op gericht de mogelijkheden van ouders om deze verantwoordelijkheid op zich te nemen, te vergroten. De hulp kan ook gericht zijn op het vergroten van de zelfstandigheid van een kind als dit gezien zijn leeftijd en ontwikkelingsniveau noodzakelijk is.

Als de veiligheid van het kind om direct ingrijpen vraagt kan een kinderrechter een voorlopige ondertoezichtstelling afgeven zolang het onderzoek van de Raad nog loopt. Een voorlopige ondertoezichtstelling duurt maximaal drie maanden en kan altijd herroepen worden.

Gedwongen uithuisplaatsing

Hulpverleners kunnen niet zomaar tegen de wil van ouders en kinderen in besluiten tot een uithuisplaatsing. Als de jeugdige ernstig in zijn ontwikkeling bedreigd wordt en uithuisplaatsing lijkt hiervoor een passende oplossing maar de ouders met gezag willen hieraan niet meewerken, dan zal eerst een ondertoezichtstelling gevraagd moeten worden. Pas daarna, of gelijktijdig, kan aan de kinderrechter een machtiging verzocht worden voor de uithuisplaatsing. Voor gewone uithuisplaatsingen in 'open' residentiële voorzieningen moet in alle gevallen van een uithuisplaatsing, dus ook wanneer het kind en de ouders het er mee eens zijn, een machtiging uithuisplaatsing aan de kinderrechter verzocht worden (artikel 1:265a BW, nieuw). Kinderrechters toetsen zorgvuldig of voldaan is aan de juridische voorwaarden voor een uithuisplaatsing, omdat het hier gaat om zeer ingrijpende beslissingen. Een kinderrechter kan een machtiging uithuisplaatsing afgeven wanneer een uithuisplaatsing noodzakelijk is in het belang van de verzorging en opvoeding van een kind of wanneer dit nodig is om onderzoek naar zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid te doen (artikel 1:261 BW, na 1 januari 2015 artikel

1:265b BW). Met deze machtiging kan het kind zonder toestemming van de ouders ergens anders ondergebracht worden. Dat moet binnen drie maanden gebeuren. Anders vervalt de machtiging van de rechter.

De kinderrechter kan een machtiging ook afgeven voor een plaatsing in een instelling voor gesloten jeugdhulp (JeugdhulpPlus). Dit kan nodig zijn om te voorkomen dat een jeugdige zich onttrekt aan de zorg of dat anderen het kind aan de zorg onttrekken. In de machtiging moet uitdrukkelijk zijn aangegeven dat het om een machtiging voor gesloten plaatsing gaat. Een jeugdige krijgt altijd een advocaat toegewezen als het om een machtiging voor gesloten plaatsing gaat. JeugdhulpPlus kan ook door de met gezag belaste ouder verzocht worden, dus ook als er geen ots is.

Voor een uithuisplaatsing in het kader van de voogdij door Bzj of Lwi, is geen machtiging van de kinderrechter nodig, behalve voor JeugdhulpPlus.

Met de machtiging uithuisplaatsing kan het kind voor de duur van één jaar uit huis geplaatst worden. Op verzoek van Bureau Jeugdzorg of de Raad voor de Kinderbescherming kan de rechter de machtiging telkens met maximaal een jaar verlengen.

Als Bureau Jeugdzorg of LWI vindt dat een kind naar huis mag voordat de machtiging uithuisplaatsing verloopt, dient Bureau Jeugdzorg/LWI dat te melden bij de Raad voor de Kinderbescherming. Soms is de Raad het niet eens met Bureau Jeugdzorg. Dan kan de Raad de kinderrechter vragen om een uitspraak te doen.

Rechten ouders

Ouders kunnen bij de kinderrechter bezwaar maken tegen de beslissing van Bureau Jeugdzorg. Dit geldt voor schriftelijke aanwijzingen en de beslissingen aangaande de beëindiging van de uithuisplaatsing. Daarvoor hebben zij geen advocaat nodig. Als zij het ook niet eens zijn met de kinderrechter, kunnen zij in hoger beroep gaan. Daarvoor is wel een advocaat nodig.

Ouders kunnen ook aan Bureau Jeugdzorg vragen om een uithuisplaatsing eerder te beëindigen. Binnen twee weken dient Bureau Jeugdzorg schriftelijk te reageren op dit verzoek.

Rechten kinderen

De kinderrechter is verplicht om kinderen van 12 jaar en ouder in de gelegenheid te stellen om hun mening te geven over de beslissingen die hij gaat nemen op de verzoeken van de Raad en BZJ/LWI. De kinderrechter mag kinderen die jonger dan 12 zijn horen.

De nieuwe kinderschermingswetgeving geeft ouders en kinderen recht op een geschillenregeling (artikel 1:262b BW nieuw), zij kunnen beslissingen van de gezinsvoogd voorleggen aan de kinderrechter, die alle partijen zal horen en een bindende beslissing zal geven.

Kinderen van 12 jaar en ouder kunnen bezwaar maken tegen een uithuisplaatsing. Zij kunnen echter niet in hoger beroep gaan. Dit kan alleen hun wettelijke vertegenwoordiger doen. Als deze dat niet wil doen, kunnen kinderen bij de kantonrechter vragen om een bijzonder curator te benoemen. De curator kan in dat geval voor hen in hoger beroep gaan.

Kinderen van 12 jaar en ouder kunnen ook zelf aan Bureau Jeugdzorg het verzoek doen om de uithuisplaatsing te beëindigen.

Voor hulp en advies kunnen kinderen terecht bij een kinder- of jongerenrechtswinkel of een cliëntvertrouwenspersoon.



Bijlage 3

Interventies bij de Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming

Interventies

De volgende erkende interventies worden in de richtlijn genoemd en in deze bijlage kort beschreven:

- Behavioral Parent Training Groningen (BPTG) voor kinderen met ADHD
- Beter met thuis
- De Dappere Kat
- Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR)
- Relationale gezinstherapie
- Horizonmethodiek (Trauma-focused Cognitieve gedragstherapie)
- Incredible years
- Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)
- Jeugdhulp Thuis
- Kortdurende Video-Hometraining (K-VHT) in gezinnen met jonge kinderen
- Multidimensionele Familietherapie (Multidimensional Family Therapy, MDFT)
- Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)
- Multisysteem Therapie (MST)
- Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)
- Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
- Parent Management Training Oregon (PMTO)
- Triple P Niveau 4
- Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)
- Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG)
- Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding (WIG)

Bron: Databank Effectieve Interventies, Nederlands Jeugdinstituut, 15 maart 2012

Behavioral Parent Training Groningen (BPTG) voor kinderen met ADHD

BPTG voor kinderen met ADHD richt zich op het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen van 4-12 jaar met ADHD en gedragsproblemen. De groepsoudertraining bestaat uit 13 bijeenkomsten. Ouders krijgen psycho-educatie en leren gedragstherapeutische vaardigheden die belangrijk zijn in de opvoeding van kinderen met ADHD.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Waarschijnlijk effectief

Doel

De interventie richt zich primair op de vermindering van gedragsproblemen bij kinderen met ADHD.

Doelgroep

De interventie is bedoeld voor (ouders van) kinderen van 4-12 jaar met ADHD en gedragsproblemen, die na een verwijzing naar een instelling voor geestelijke gezondheidszorg een eerste fase van diagnostiek en psycho-educatie doorlopen hebben. Eventueel afhankelijk van de leeftijd van het kind, de voorkeur van de ouders en de werkwijze van de instelling kan de oudertraining vooraf gegaan worden door medicamenteuze behandeling van het kind

Aanpak

De interventie bestaat uit 13 groepsbijeenkomsten voor ouders van in totaal maximaal zes kinderen. Voor en na de training vindt een individueel gesprek met de ouders plaats. De groepsbijeenkomsten duren twee uur en worden geleid door twee therapeuten. De zittingen vinden eens in de week of om de week plaats, met uitzondering van de 13e bijeenkomst. Dit is een terugkombijeenkomst die drie maanden na de twaalfde sessie plaats vindt. Er worden in de training vier fasen onderscheiden: psycho-educatie; het aanleren van technieken die gewenst gedrag uitlokken (stimuluscontrole technieken); het aanleren van technieken om te kunnen reageren op gewenst en ongewenst gedrag (contingentie managementtechnieken) en het leren vasthouden van de aangeleerde vaardigheden. Tijdens de training werken de ouders aan individuele doelstellingen die ze zelf hebben aangegeven in het gesprek voorafgaand aan de training.

Materiaal

- Een draaiboek voor therapeuten en een huiswerkmap voor ouders.
- Enkele hoofdstukken uit Sociaal Onhandig (Van der Veen-Mulders et al., 2001).

Onderzoek Effectiviteit

Er is een Nederlandse effectstudie (RCT) waaruit blijkt dat het inzetten van routinezorg plus de Behavioral Parent Training Groningen (BPTG) voor kinderen met ADHD significant grotere effecten heeft op gedragsproblemen en comorbide internaliserende problemen bij kinderen met ADHD dan het inzetten van uitsluitend routinezorg. Verder is er veel buitenlands onderzoek

naar goed vergelijkbare interventies uitgevoerd, waarbij op verschillende uitkomstmaten duidelijke effecten van oudertraining werden gevonden. In studies waarin oudertraining werd vergeleken met een niet behandelde controlegroep varieerden de effect sizes (ES) in de studies met de sterkste bewijskracht van $ES=0.47$ tot $ES=0.70$. De effect sizes in studies met een minder sterke bewijskracht lagen aanzienlijk hoger. Uit een RCT waarin oudertraining werd vergeleken met een placebo psychosociale interventie blijkt een duidelijke meerwaarde van oudertraining ($ES=0.66$).

Ontwikkeld door

Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Groningen (Accare)
Postbus 660
9700 AR Groningen
Telefoon: 050 368 11 00

Contactpersonen: L. van der Veen-Mulders en B.J. van den Hoofdakker

E-mail: l.van.der.veen@accare.nl; b.van.den.hoofdakker@accare.nl

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 15/04/2011

Oordeel: Waarschijnlijk effectief

Beter met Thuis

Beter met Thuis is een intensief programma voor gezinnen met complexe problematiek die zich uit in gedragsproblemen van de jeugdige (6 tot 15 jaar) en pedagogische onmacht van de ouders. Met een combinatie van ambulante en residentiële hulp wordt gedurende negen maanden geprobeerd de problemen van de jeugdigen te verminderen, ouders en kind te ontlasten, de opvoedingscompetentie te vergroten, de communicatie te verbeteren en het sociale netwerk te benutten.

Oordeel Panel Jeugdzorg

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

Beter met Thuis (BmT) is een programma met een intensief, gezinsgericht hulpaanbod voor jeugdigen en hun gezinnen met complexe problematiek. Het programma is gericht op het ontlasten van ouders en jeugdigen en het gelijktijdig mobiliseren en vergroten van de opvoedingscompetentie van de ouders, het behandelen van de problemen van de jeugdigen en het verbeteren van het functioneren van het gezin. De hulp is daarnaast gericht op het optimaal benutten van de steun uit het formele professionele netwerk alsook uit het informele sociale netwerk door ouders en jeugdige.

Doelgroep

BmT is gericht op jeugdigen van 6 tot en met 15 jaar die, al dan niet tijdelijk, niet meer 7x24 uur per week thuis kunnen zijn. De ouders worden bij de hulpverlening betrokken en behoren in hun rol als opvoeders ook tot de doelgroep van BmT. Er is in de betreffende gezinnen sprake van complexe problematiek die zich uit in gedragsproblemen van het jeugdige en pedagogische onmacht van de ouders.

Aanpak

Door middel van het combineren van ambulante en residentiële hulp en het toepassen van elementen uit de gedragstherapie, gezinstherapie, het netwerkgericht werken en het systeemgericht werken, wil men het contact tussen ouders en jeugdige verbeteren, en de competentie van ouders en jeugdige vergroten. Indien mogelijk wordt toegewerkt naar de terugplaatsing van het jeugdige naar de ouders/het eigen milieu. Ook de omgeving - onder meer het netwerk, de school - wordt nadrukkelijk bij de hulp betrokken. De werkwijze is systeemgericht, vraaggericht en gefaseerd.

Materiaal

Er is een methodiekhandleiding beschikbaar voor de hulpverleners/Gezins-Groepswerkers (GG-ers). Er is een trainingsprogramma beschikbaar voor opleiding van Gezins-Groepswerkers.

Onderzoek Effectiviteit

Er zijn minstens twee Nederlandse onderzoeken in de praktijk. Aan de hand van de resultaten daarvan kan men nog geen uitspraken kan doen over de effectiviteit van Beter met Thuis. De makers en uitvoerders van Beter met Thuis voeren verder geen effectstudies aan naar een buitenlandse variant van de interventie of naar een soortgelijke Nederlandse interventie.

Ontwikkeld door

Beter met Thuis is ontwikkeld en uitgevoerd door SaC-Amsterdam in samenwerking met de afdeling GT-projecten van PI Research in Duivendrecht en Nisto opleidingen.

Ontwikkelaar / licentiehouder:

PI-Research.

Postbus 366

1115 ZH Duivendrecht

tel. (020) 774 56 50

fax. (020) 690 53 27

internet www.pi-research.nl

Erkend door

Panel Jeugdzorg d.d. 13/04/2006

Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd

De Dappere kat

De Dappere Kat' is een individuele cognitieve gedragstherapie voor kinderen van 8 -18 jaar met een angststoornis. Doel is angststoornissen te verhelpen. In 12 wekelijkse bijeenkomsten wordt het kind in toenemende mate blootgesteld aan de beangstigende situatie. Tussen de bijeenkomsten door oefent het kind middels huiswerkopdrachten met nieuw gedrag om met zijn angst om te gaan.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Bewezen effectief (De Dappere Kat is erkend als bewezen effectief voor kinderen t/m 16 jaar.)

Doel

Het doel van 'De Dappere Kat' is angststoornissen bij kinderen van acht tot achttien jaar te verhelpen door hen te leren met beangstigende situaties om te gaan.

Doelgroep

De interventie is gericht op kinderen en jongeren van acht tot achttien jaar met een primaire angststoornis, dat wil zeggen een separatieangststoornis, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobie, paniek met of zonder agorafobie. De interventie is niet geschikt voor de behandeling van een obsessief-compulsieve stoornis (OCS) of posttraumatische stressstoornis (PTSS).

Aanpak

'De Dappere Kat' is een individueel cognitief gedragstherapeutisch programma bestaand uit twaalf sessies. Kinderen leren vaardigheden om met angst om te gaan, zoals ontspanningsoefeningen, het formuleren van hel-pende gedachten, coping technieken en passende zelfbeloning. Gedurende de behandeling wordt het kind geleidelijk aan blootgesteld aan de beangstigende situatie, zowel tijdens de sessies als thuis met behulp van huiswerkopdrachten

Materiaal

De interventie bestaat uit een uitgebreide handleiding voor de therapeut, een werkboek voor het kind, en de Kijk-Wat-Ik-Kan-huiswerktaken voor het kind. In een bijlage staan adviezen voor ouders uitgewerkt en vragenlijsten om desge-wenst het effect van behandeling te monitoren.

Onderzoek Effectiviteit

Nauta, Scholing, Emmelkamp en Minderaa (2001; 2003; 2005) hebben in een Randomized Controlled Trial de effectiviteit van 'De Dappere Kat' onderzocht. Gebleken is dat na behandeling met 'De Dappere Kat' de angststoornissen bij kinderen en jongeren verminderd zijn. Na de behandeling vertonen de kinderen niet meer angst dan kinderen uit de normgroep. Het invoegen van een oudercomponent aan de individuele cognitieve gedragstherapie had geen toegevoegde waarde. De Amerikaanse variant wordt voortdurend onderzocht, wat een stroom aan informatie oplevert over de effectiviteit en factoren die van invloed zijn op de effecten. Uit onder meer vier RCT's blijkt het programma effectiever dan een wachtlijst, en ook effectiever

dan een actieve controleconditie (Kendall, 1994; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel & Southam-Gerow, 1997; Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder & Suveg, 2008; Southam-Gerow, Kendall & Weersing 2001).

Ontwikkeld door

Rijksuniversiteit Groningen (Klinische & ontwikkelingspsychologie)

Maaïke Nauta

Grote Kruisstraat 2/1

9712 TS Groningen

Mail: m.nauta@accare.nl.

Tel.: 050-3636450

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 18/02/2011

Oordeel: Bewezen effectief (De Dappere Kat is erkend als bewezen effectief voor kinderen t/m 16 jaar.)

Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR)

Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR) is een behandelmethode voor kinderen, jeugdigen en volwassenen die lijden aan traumagerelateerde stoornissen, waaronder Acute Stress Stoornis of Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS).

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

Het doel van EMDR is het verwerken van herinneringen aan identificeerbare ingrijpende ervaringen, die de cliënt hebben getraumatiseerd. Hierdoor kunnen klachten, die zijn ontstaan als gevolg van die herinneringen en het lijden dat daarmee gepaard gaat, worden verminderd.

Doelgroep

De interventie is aanvankelijk ontwikkeld voor volwassenen, die lijden aan traumagerelateerde stoornissen, waaronder Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Met de nodige aanpassingen is deze ook geschikt gemaakt voor kinderen vanaf 1 jaar en jeugdigen, die op uiteenlopende manieren kunnen lijden aan de gevolgen van traumatische ervaringen.

Aanpak

Kindertherapeuten van diverse theoretische scholen kunnen EMDR in hun behandelingsarsenaal integreren, mits zij een specifieke EMDR opleiding hebben gevolgd. De behandeling vindt plaats volgens een vast protocol dat uit acht stappen bestaat.

Kort geschetst houdt EMDR het volgende in: de cliënt concentreert zich op een maximaal negatief beladen beeld uit zijn herinnering aan een ervaring, met een daarmee verbonden negatieve opvatting over zichzelf, emoties en lichamelijke sensaties. Daarna zorgt de therapeut bij de cliënt voor afleiding, die wordt bewerkstelligd doordat de therapeut de cliënt

- hetzij met de ogen de heen-en-weer-bewegende vingers van de therapeut laat volgen,
- hetzij op de handen van de therapeut laat trommelen,
- hetzij geluidstonen via een koptelefoon beurtelings in het linker- en rechteroor laat horen.

Zodra bereikt is dat de herinnering bij de cliënt geen spanning meer oproept, wordt op dezelfde manier een gewenste positieve opvatting versterkt, die aan het begin van de therapie is benoemd en die tegengesteld is aan de negatieve opvatting over zichzelf. Bij eenmalig trauma duurt de behandeling slechts enkele sessies (1-4 sessies). Bij meervoudige of langdurige traumatisering, zoals incest, seksueel misbruik en mishandeling zijn meer sessies nodig. Bij therapie gericht op kinderen worden altijd de ouders of andere significante volwassenen op een of andere manier meer of minder intensief bij de behandeling betrokken.

Materiaal

Door EMDR Kind en Jeugd - met name de ontwikkelaars Renée Beer en Carlijn de Roos - is cursusmateriaal ontwikkeld, bestemd voor de opleiding van kinder- en jeugdtherapeuten.

Onderzoek Effectiviteit

Nederlands onderzoek met een vrij sterke bewijskracht toont positieve resultaten aan. Verder zijn er aanwijzingen voor de werkzaamheid van de interventie op basis van buitenlands onderzoek en reviews. Via deze onderzoeken en reviews wordt aannemelijk gemaakt dat EMDR bij kinderen evenzeer als bij volwassenen een effectieve behandelmethodede is voor problematiek die gerelateerd is aan traumatische herinneringen. In die gevallen waarin EMDR even werkzaam blijkt als andere typen behandeling, - imaginaire blootstelling aan stressfactoren (exposure), cognitieve gedragstherapie - kan worden gesteld dat er bij EMDR minder sessies nodig zijn.

Ontwikkeld door

De Vereniging EMDR Nederland
Postbus 13032
3507 LA Utrecht
E. vereniging@emdr.nl

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 18/06/2009
Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd

Relationele gezinstherapie

Relationele gezinstherapie is bedoeld voor jongeren van 11 tot 18 jaar met gedragsproblemen (waaronder crimineel gedrag) en hun gezinnen. De therapie wil het functioneren van de jongere en het gezin verbeteren en de kans op herhaling van crimineel gedrag verkleinen.

Oordeel Panel Jeugdzorg

Theoretisch goed onderbouwd

Oordeel Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie

Erkend

Doel

De Relationele gezinstherapie wil het gedrag van de jongere in het gezin en op school of werk en het functioneren van het gezin verbeteren. Daarnaast wil de therapie de kans op herhaling van crimineel gedrag verkleinen.

Doelgroep

De gezinstherapie is voor jongeren van 11 tot 18 jaar met gedragsproblemen (waaronder delinquentie) en hun gezinnen. Het gaat daarbij onder meer om gezinnen die van hulpverleningsinstellingen, waarmee zij eerder in contact waren, het label 'ongemotiveerd', 'vol weerstand' en 'disfunctioneel communicerend' hebben gekregen.

Aanpak

De Relationele gezinstherapie kent drie fasen:

1. De verbindings- en motiveringsfase waarin de therapeut een relatie legt met de jongere en zijn gezin en ze motiveert voor de rest van de therapie. Het is de bedoeling dat de individueel beleefde problemen een gezamenlijk ervaren gezinsprobleem worden. Hierop wordt de rest van de therapie afgestemd.
2. De gedragsveranderingsfase waarin de therapeut met verschillende methoden zoals conflicthantering, communicatietraining en het aanleren van vaardigheden werkt aan gedragsverandering van de gezinsleden.
3. De generalisatiefase waarin het gezin de resultaten van de gedragsverandering ook buiten het gezin toepast en waarin het gezin leert om terugval beter op te vangen met de geleerde vaardigheden.

De therapie is van korte duur. Gezinnen met matige problemen volstaan met acht tot twaalf zittingen; bij zware problemen kunnen er ruim dertig zittingen nodig zijn. De therapie wordt uitgevoerd door gespecialiseerde en speciaal getrainde therapeuten die op hun beurt weer functioneren in een netwerk van permanente intervisie en supervisie.

Materiaal

Er zijn handleidingen en richtlijnen afkomstig van Functional Family Therapy inc. uit Amerika. Deze handleidingen en richtlijnen zijn in handen van de Amsterdamse instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie De Bascule. De Bascule implementeert, samen met FFT inc., de Relationale gezinstherapie in Nederland.

Onderzoek Effectiviteit

De Relationale gezinstherapie is in 2003 in Nederland ingevoerd. Voor de periode 2005 tot 2007 is een experimentele effectstudie voorzien. Het direct bewijs van effectiviteit in Nederland laat nog tot 2007 op zich wachten.

De uitvoerders onderbouwen hun interventie met verschillende Amerikaanse experimentele en evaluatie-onderzoeken. De onderzoeken laten positieve effecten zien die over een reeks van jaren stabiel zijn en voor verschillende etnische groepen gelden. Zo blijkt de kans op delictrecidive door de therapie af te nemen met 25 tot 60 procent.

Kenniscentrum Relationale Gezinstherapie

Postbus 366

1115 ZH Duivendrecht

Tel: 020 890 1970 / 020 650 15 01

e-mail: secretariaat@piresearch.nl

Erkend door

Panel Jeugdzorg d.d. 06/09/2006

Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd

Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie d.d. 09/06/2009

Oordeel: Erkend

Horizonmethodiek (Trauma-focused Cognitieve gedragstherapie)

De Horizonmethodiek is een cognitief-gedragsmatige groepsbehandeling voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt binnen of buiten hun gezin met een parallelaanbod voor hun niet-misbruikende ouder(s). De methodiek heeft tot doel de negatieve gevolgen van het misbruik voor het vertrouwen en het (sociale) functioneren van het kind te herstellen. Het doel van het parallelaanbod voor de ouders is dat zij in staat zijn hun kind optimaal steun te bieden.

Oordeel Panel Jeugdzorg

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

Het doel van de Horizonmethodiek is bij seksueel misbruikte kinderen de negatieve gevolgen van de traumatische (seksuele) gebeurtenissen voor het vertrouwen en het (sociale) functioneren van het kind te herstellen. Daaronder valt het voorkomen van symptomen van posttraumatische stress of, indien al aanwezig, het opheffen of verminderen van deze symptomen. Het doel van het parallelaanbod voor de ouders is dat zij in staat zijn hun kind optimaal steun te bieden bij het verwerken van de ervaringen, (tijdelijke) opvoedingsonmacht weten te overkomen, en dat ze weten om te gaan met hun eigen woede, teleurstelling, verdriet, schuld en angst voor de toekomst van het kind.

Doelgroep

De Horizonmethodiek is bedoeld voor jongens en meisjes in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar, die seksueel zijn misbruikt door iemand van binnen of buiten het gezin. Daarnaast is er een parallelaanbod voor de niet-misbruikende ouder(s) van het kind. Het misbruik hoeft niet juridisch bewezen te zijn, maar de verwijzers en therapeuten moeten er wel van overtuigd zijn dat er sprake is geweest van seksueel misbruik.

Aanpak

De groepstherapie bestaat uit 15 wekelijkse sessies van 1 á 1,5 uur. Het programma staat per sessie vast, de therapie vindt altijd op dezelfde tijd plaats en met dezelfde kinderen. De sessies van de ouders vinden op hetzelfde tijdstip plaats als die van de kinderen.

Vanaf de eerste sessie wordt het seksueel misbruik dat heeft plaatsgevonden aan de orde gesteld. Het programma is zo opgesteld dat alle thema's die te maken hebben met het misbruik aan bod komen. Dat zijn bijvoorbeeld thema's als schuld, schaamte, boosheid en angst. In iedere sessie staat één van die thema's centraal. In de sessies wordt niet alleen gepraat met de kinderen maar ook actief geoefend om het besprokene te ervaren, bijvoorbeeld door tekenen, spelen, toneelspelen en bewegen. In de sessies van de ouders komen dezelfde thema's aan bod als in de sessies van de kinderen. Ook hier staat dus per sessie één thema centraal. Daar wordt op verschillende manieren aan gewerkt, zoals praten, tekenen en rollenspelen. Bovendien krijgen de ouders regelmatig opdrachten voor thuis mee.

Materiaal

Zowel voor de kindergroepen als oudergroepen zijn er therapeutenhandleidingen ontwikkeld met een bijbehorend losbladig werkboek.

Onderzoek Effectiviteit

Veranderingsonderzoek laat een significante vermindering zien direct na de behandeling van (seksuele) gedragsproblemen. Voor de niet-seksuele gedragsproblemen zet die significante vermindering zich zelfs verder door in de zes maanden na de therapie. Er is een significante verbetering direct na de therapie gemeten op dissociatief gedrag. De onderzoekers vonden verder een significante afname voor angst, depressie en posttraumatische stressstoornis (PTSS). Buitenlands onderzoek naar een vergelijkbaar behandelmodel toont ook significante verbeteringen bij kinderen aan wat betreft posttraumatische stressstoornis, depressie en externaliserende gedragsproblemen.

Ontwikkeld door

Kinder- en Jeugdtraumacentrum (KJTC)
Zuiderhoutlaan 12
2012 PJ Haarlem
(023) 512 77 77

Erkend door

Panel Jeugdzorg d.d. 06/12/2006
Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd *

* Deze interventie is door een panel van onafhankelijke deskundigen beoordeeld als 'deels effectief'. Aangescherpte criteria voor bewezen effectiviteit maken een herbeoordeling door de Erkeningscommissie (Jeugd)Interventies noodzakelijk. In afwachting daarvan is het paneloordeel 'deels effectief' hier vervangen door 'theoretisch goed onderbouwd'.

Incredible Years (Basis)

Incredible Years Basic is een groepstraining voor ouders van kinderen van 3 tot en met 6 jaar die een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis hebben, of het risico lopen een van deze stoornissen te ontwikkelen. In 18 wekelijkse sessies worden de ouders getraind in opvoedvaardigheden, waardoor de gedragsproblemen afnemen.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Bewezen effectief

Doel

Het einddoel van de training is afname van gedragsproblemen bij kinderen en verbetering van hun sociale vaardigheden. Om dit te bereiken traint Incredible Years de ouders in bepaalde bevorderende opvoedings-vaardigheden, zoals het coachen van vaardigheden, prijzen en belonen, negeren van ongewenst gedrag, consequenties stellen en probleemoplossen.

Doelgroep

Incredible Years is gericht op ouders van kinderen van 3 tot en met 6 jaar bij wie een oppositioneel-opstandige of gedragsstoornis (al dan niet met ADHD) is vastgesteld, of ouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen die (nog) niet gediagnosticeerd zijn met een psychiatrische stoornis maar die wel ernstig in hun ontwikkeling bedreigd zijn.

Aanpak

Incredible Years bevat meerdere trainingen voor verschillende doelgroepen. Het programma dat in Nederland gegeven wordt is de basistraining voor ouders van kinderen van 3 t/m 6 jaar. Deze training wordt in groepsverband gegeven aan ouders van 8 tot 12 kinderen. In de Basis training wordt in 18 wekelijkse sessies van 2 uur gewerkt aan de thema's spel/ coachen, prijzen en belonen, grenzen stellen en omgaan met ongewenst gedrag. Ouders ervaren dat zij zelf problemen oplossen en daarin door elkaar gesteund en gestimuleerd worden. Er wordt gebruik gemaakt van een cursusboek, fragmenten, brainstormen (in grote groep en in tweetal-len), groepsdiscussie, flip-over, rollenspelen, oefeningen voor thuis, wekelijks bellen door ouders onderling en bellen door de therapeut.

Materiaal

Er wordt gebruik gemaakt van een cursusboek, fragmenten, brainstormen (in grote groep en in tweetallen), groepsdiscussie, flip-over, rollenspelen, oefeningen voor thuis, wekelijks bellen door ouders onderling en bellen door de therapeut.

Onderzoek Effectiviteit

Een onderzoek naar het effect van Incredible Years in het kader van geïndiceerde preventie met follow-up metingen 1 en 2 jaar na beëindiging werd uitgevoerd bij het UMC Utrecht onder leiding van W. Matthys.

Om de effecten van de interventie te bepalen werden er voorafgaand aan, direct na de interventie, en zowel 1 jaar als 2 jaar na afloop van de oudercursus, metingen verricht. De resultaten lieten onder meer zien dat zowel de geobserveerde als door hen zelf beoordeelde opvoedingsvaardigheden van de ouders in vergelijking met die van de controlegroep verbeterd waren na 2 jaar. Ook bleek 2 jaar na afloop van de interventie dat de geobserveerde gedragsproblemen van de kinderen afgenomen waren, in vergelijking met de controlegroep. Ouders gaven echter aan geen verbeteringen te zien in het gedrag van hun kind.

Ook in het buitenland is het effect van de oudertrainingen aangetoond in diverse (onafhankelijke) gerandomiseerde experimenten met follow-up meting. Over het geheel genomen zijn de resultaten positief.

Ontwikkeld door

Het oorspronkelijke materiaal is ontwikkeld door Carolyn Webster-Stratton (University of Washington, Seattle, USA). Zij is ook de licentiehouder van alle oorspronkelijke en vertaalde materialen

Contactpersoon:

Prof. Dr. Walter Matthys

Postbus 80140

3508 TC Utrecht

E-mail: w.matthys@uu.nl; w.matthys@umcutrecht.nl

Telefoon: 088-7557045/033-4807987

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 17/02/2012

Oordeel: Bewezen effectief

Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)

Deze interventie betreft een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT), gericht op gezinnen met kinderen van elke leeftijd die meervoudige en ernstige problemen hebben en/of een langdurige hulpverleningsgeschiedenis. Het doel is tweeledig: het kind kan in een veilig gezinsklimaat opgroeien en zich ontwikkelen en de gezinsleden hebben meer vaardigheden om gebruik te maken van hun sociale netwerk. De behandeling duurt gemiddeld vijf maanden, waarin de hulpverlener het gezin twee keer per week thuis op zoekt.

Oordeel Panel Jeugdzorg

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

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.

Materiaal

De hulpverlener IOG maakt gebruik van verschillende technieken en interventies die staan beschreven in methodiekhandleidingen. De hulpverlener zet deze in afhankelijk van de doelen en de wensen van het gezin.

Onderzoek Effectiviteit

IOG en IOG-LVG laten over het algemeen een middelgroot tot groot effect zien op de vermindering van het probleemgedrag van de aangemelde jeugdige en een vermindering van de opvoedingsbelasting zoals die wordt ervaren door de ouders. Met name IOG zoals dat uitgevoerd wordt binnen de Hulp aan Huis programma's in Drenthe, Overijssel en Groningen en bij Dunamis in Nijmegen laten deze resultaten zien. In vergelijking met onderzoek naar andere vormen van IPT kunnen IOG en IOG-LVG aangemerkt worden als een van de meer effectieve IPT-modules.

Ontwikkeld door

Hulp aan Huis Drenthe

Fedda Algra, programmaleider

Postbus 114

9400 AC Assen

(0592) 36 79 77

marion.leijssen@jeugdzorgdrenthe.nl

Erkend door

Panel Jeugdzorg d.d. 06/09/2006

Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd *

* Deze interventie is door een panel van onafhankelijke deskundigen beoordeeld als 'deels effectief'. Aangescherpte criteria voor bewezen effectiviteit maken een herbeoordeling door de Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies noodzakelijk. In afwachting daarvan is het paneloordeel 'deels effectief' hier vervangen door 'theoretisch goed onderbouwd'.

Jeugdhulp Thuis

Jeugdhulp Thuis is een vorm van intensieve pedagogische thuishulp voor gezinnen met kinderen van 0 tot 18 jaar die ernstige en complexe problemen hebben, waaronder opvoedingsproblemen. Doel van de hulp is een aanvaardbare opvoedingssituatie in het gezin te scheppen. De hulpverlener werkt intensief met het gezin samen en probeert vooral de sociale steun rond het gezin te versterken.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

Jeugdhulp Thuis biedt hulp in de eigen omgeving van het gezin als alternatief voor een uithuisplaatsing. De hulp moet de gezinssituatie veranderen, zodat voor het kind een aanvaardbare opvoedingssituatie ontstaat. Dat gebeurt door de mogelijkheden van het gezin om de problemen zelf op te lossen, te vergroten en het sociale netwerk van het gezin te benutten en waar nodig uit te breiden.

Doelgroep

Jeugdhulp Thuis is voor gezinnen met kinderen van 0 tot 18 jaar die ernstige en complexe problemen hebben, waaronder opvoedingsproblemen. Deze gezinnen worden ook wel 'multiprobleemgezinnen' genoemd. De hulpverleners en de gezinnen vinden ingrijpen nodig. Jeugdhulp Thuis is voor deze gezinnen de laatste kans om bij elkaar te blijven.

Aanpak

De hulpverlener verleent de hulp bij het gezin thuis en werkt intensief met het gezin samen. De intensiteit en het aantal uren dat een hulpverlener besteedt in een gezin zijn op maat en afhankelijk van de doelen en de afgesproken uren, vastgelegd in het hulpverleningsplan. Het hulpaanbod ligt niet vast. Afhankelijk van vragen en prioriteiten die het gezin aangeeft, bepaalt de hulpverlener de inhoud en het verloop van de hulp. De hulpverlener zelf is het belangrijkste instrument in de methodiek. De hulpverlener beschikt daarom over kerncompetenties zoals 'het kunnen aansluiten bij de situatie van cliënten' en 'het organiseren van sociale steun'. Veel aandacht gaat uit naar het versterken van de sociale steun rond het gezin aangezien dit een krachtige beschermende factor is tegen problemen op andere vlakken. De duur van de hulp varieert van 6 tot 24 maanden. In ongeveer de helft van de gezinnen wordt de hulp binnen 16 maanden afgerond.

Materiaal

Jeugdhulp Thuis hanteert geen stapsgewijs hulpverleningsprotocol. De fasen van de hulp en de kerncompetenties van de hulpverlener zijn uitgewerkt in de benodigde kennis, houding en vaardigheden.

Onderzoek Effectiviteit

Uit onderzoek blijkt dat Jeugdhulp Thuis een klein effect heeft op de vermindering van de gedragsproblemen van de jeugdige en de ervaren opvoedingsbelasting van de ouders. Een middelgroot effect wordt bereikt op de vermindering van de kindstress. Bij 25% van de gezinnen verbetert de sociale steun. Vergeleken met andere vormen van Intensieve Pedagogische Thuis hulp heeft Jeugdhulp Thuis een zelfde effect op de ervaren opvoedingsbelasting van de ouders en minder effect op de vermindering van de gedragsproblemen van de jeugdige.

Ontwikkeld door

Jo Hermanns, Hedwig Mordang en Leontien Mulders

Contactpersoon: Jo Hermanns

jhermanns@hsconsult.nl

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 23/04/2010

Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd

Kortdurende Video-Hometraining (K-VHT) in gezinnen met jonge kinderen

K-VHT is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar. Het programma wil een gezonde (sociaal-emotionele) ontwikkeling van kinderen bevorderen en gedrags- en ontwikkelingsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken en de ouder-kind relatie te verbeteren. Dit gebeurt in acht huisbezoeken door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind en het verstrekken van (specifieke) informatie over opvoeding(sproblemen).

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

Het doel van K-VHT is om ouders van jonge kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar, die opvoedingsvragen hebben, of spanning en problemen ervaren in de opvoeding van hun kinderen, te helpen om (weer) goed afgestemd te reageren op hun kinderen. Dit bevordert de (sociaal-emotionele) ontwikkeling van de kinderen en voorkomt probleemgedrag. Daar waar reeds (lichte) problemen zijn ontstaan is de begeleiding gericht op het herstel van plezierig contact tussen ouder en kind en op herstel van de positieve ontwikkeling van het kind. Centraal instrument in de begeleiding is video-feedback met de focus op (het begrijpen van) het initiatief en de intentie van het kind. K-VHT richt zich daarbij direct op de volgende doelen (a) de totstandkoming van een goed contact en hechting met de ouders, (b) het bevorderen van de kwaliteit van de interactie tussen ouder en kind, (c) het optimaliseren van opvoedingsvaardigheden van de ouder en (d) het voorkomen van sociaal-emotionele ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen.

Doelgroep

K-VHT is bedoeld voor ouders van kinderen van 0 tot 4 jaar die spanning ervaren in de opvoeding of opvoedingsvragen hebben. Het gaat hier dan met name om ouders bij wie:

- de hechting met de baby onder druk staat of moeilijk tot stand lijkt te komen;
- de interactie met het kind onder druk staat door onbegrip, irritaties en machteloosheid;
- opvoedingsvaardigheden tekortschieten waardoor het contact met het kind negatief verloopt;
- de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind onder druk staat door problemen in de communicatie en het contact met het kind.

Aanpak

Ouders worden in de thuissituatie begeleid met behulp van korte video-opnames die door de video-hometrainer in de thuissituatie worden gemaakt. Er wordt een opname gemaakt van een dagelijks verzorgingsmoment (bad, spel- of eetsituatie), waarbij zowel de initiatieven van het kind om contact te maken met de ouders als de ontwikkelingsinitiatieven van het kind in beeld gebracht worden. Deze video-opname wordt volgens de beschreven richtlijnen teruggekeken

met de ouders, waarbij de focus allereerst gericht is op de initiatieven van het kind om contact te maken met zijn ouders. Door deze initiatieven te zien en te herkennen ontwikkelen ouders de mogelijkheid om sensitiever te gaan reageren. Daarnaast krijgen ouders informatie aangereikt die nuttig en nodig is om prettig contact met hun kind te kunnen maken. Aansluitend worden de ontwikkelingsinitiatieven van het kind in beeld gebracht en wordt besproken hoe ouders hun kind (kunnen) ondersteunen bij zijn ontwikkeling. Ouders kunnen tijdens deze 'review' antwoorden te vinden op hun (opvoedings)vragen. De geboden informatie wordt afgestemd op het ontwikkelingsniveau van het kind. De videohometrainer komt maximaal acht keer bij de ouders op bezoek in de thuissituatie. Dat wil zeggen drie keer filmen en drie keer terugkijken plus een follow-up van één keer filmen en één keer terugkijken of een telefonische follow-up. De video-hometrainer wordt begeleid en gecoacht in het pedagogisch ondersteunen van de ouders; het terugkijken van de video-opnamen door de video-hometrainer met de ouders wordt namelijk ook regelmatig in beeld gebracht. De video-hometrainer krijgt aan de hand van deze opnames feedback m.b.t. het deskundig en effectief bespreken van de video-beelden met de ouders.

Materiaal

Er is een handleiding beschikbaar, waarin de methodiek beschreven is voor de Jeugdgezondheidszorg. Ook is er een opleidingsklapper ('Kortdurende VHT in de JGZ'). Verder is er het basisboek 'Video-hometraining in gezinnen' en een naslagwerk met DVD ('Baby's in beeld'), dat specifiek gericht is op het werken met jonge kinderen van 0-4 jaar. Er zijn vanaf 1979 veel publicaties verschenen, interne notities door AIT (Associatie voor Interactiebegeleiding en Thuisbehandeling) geproduceerd en er is videovoorlichtingsmateriaal beschikbaar, gespecificeerd op leeftijd, doelgroep en werksoort (zie verder www.aitnl.org).

Onderzoek Effectiviteit

In januari 2009 is onderzoek gestart door TNO dat wordt uitgevoerd in samenwerking met de UVA naar 'De effectiviteit van kortdurende video-hometraining in de jeugdgezondheidszorg bij gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby: een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek'. Het onderzoek wordt in 2012 afgerond en gepubliceerd. Er zijn twee relevante meta-analyses uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam. Als eerste een meta-analyse naar de effecten van binnen- en buitenlandse gezinsprogramma's waarin gebruikgemaakt wordt van videofeedback. Het onderzoek werd uitgevoerd door het SCO-Kohnstamm Instituut van de UVA (Fukkink, 2007; 2008). De meta-analyse laat zien dat deze programma's gemiddeld genomen een positief effect hebben op ouders en kinderen. Ook bleek dat programma's met een korte looptijd gemiddeld genomen effectiever zijn. Ten tweede een meta-analyse naar het effect van video-feedback op de kwaliteit van het handelen van professionals. De resultaten laten zien dat video-feedback een effectieve methode is om de interactievaardigheden van professionals in diverse contactberoepen te verbeteren (Fukkink, Trienekens & Kramer, 2010).

Ontwikkeld door

AIT

Contactpersoon: mw. Marjan Hoogland

Postbus 581

2070 AN Santpoort-Noord

E-mail: mhoogland@ockhetspalier.nl

Telefoon: 023-5202500

Fax: 023-5387760

Internet: www.aitnl.org

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 18/06/2010

Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd

Multidimensionele Familietherapie (Multidimensional Family Therapy, MDFT)

Multidimensionele Familietherapie (MDFT) is een systeemtherapie aangevuld met bemoeizorg. MDFT is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar die overmatig drugs en/of alcohol gebruiken en daarnaast vaak gedrags- of psychische stoornissen vertonen. Zij zijn op meerdere leefgebieden vastgelopen of dreigen daarop vast te lopen. MDFT richt zich niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en op de bredere sociale omgeving van de jongere. Het doel van MDFT is het realiseren van een verslavingsvrije leefstijl zonder delict- en ander probleemgedrag, en het verminderen van het risico op (strafrechtelijke) recidive. Een MDFT-traject neemt zes maanden in beslag, met 2 tot 3 sessies per week.

Oordeel Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie

Erkend

Doel

In het dossier voor de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie wordt afname van delictgedrag (vermindering van recidive) als het uiteindelijke doel aangemerkt. Om dit te realiseren beoogt MDFT het stimuleren van een verslavingsvrije levensstijl zonder verder probleemgedrag. Het laatstgenoemde doel is ook van toepassing als er (nog) niet sprake is van delictgedrag.

De belangrijkste doelen zijn bereikt wanneer:

- de jongere is gestopt met drug- en/of alcoholgebruik, of wanneer de jongere dit aanzienlijk heeft verminderd,
- de jongere een leven leidt waarin probleemgedrag is afgenomen of beëindigd en bevredigende maatschappelijke participatie mogelijk is.

Behalve op vermindering van drug- en alcoholgebruik en ander probleemgedrag richt MDFT zich op vier subdoelstellingen die voor de betreffende jongeren van belang zijn om het algemene doel te bereiken:

- het functioneren op school of werk is verbeterd
- het gezinsfunctioneren is verbeterd, met goede communicatie tussen de gezinsleden
- er is sprake van een leeftijdsadequate vrijetijdsbesteding en gezonde peer-relaties.
- het probleemgedrag is significant verminderd

Doelgroep

De doelgroep van de MDFT bestaat uit jongeren tussen 12 en 18 jaar oud met verslavingsproblemen - alcohol en drugs - en andere gedragsproblematiek waarvoor volgens de verwijzer of de betrokkene(n) zelf interventie is geboden. Denk bij andere gedragsproblematiek aan stemmings- en angststoornissen, agressief gedrag, geweldsdelicten, het plegen van vernielingen, en vermogensdelicten. MDFT is zowel voor jongeren in een strafrechtelijk of civielrechtelijk kader als voor jongeren die zonder tussenkomst van justitie vragen om, of instemmen met, behandeling.

Indicatiecriteria:

- misbruik of afhankelijkheid van een of meer drugs en/of alcohol volgens een gangbaar diagnostisch stelsel, zoals DSM of ICD.
- gedragsproblemen die zich uiten in delictgedrag, agressie, spijbelen, weglopen.
- de jongere heeft een of twee ouders of een 'ouderfiguur' (zoals voogd, peet-, stief- of grootouder) die bereid en in staat zijn aan MDFT mee te doen.
- de jongere en minstens een van de ouders zijn de Nederlandse taal machtig.
- de jongere en ouder(s) wonen op een afstand die zich verdraagt met het geven van ambulante therapie

Contra-indicaties:

- indicatie voor klinische opname bij verslaving. Het gaat hier meestal om afhankelijkheid van opiaten of van coke/crack. MDFT kan wél in beeld komen tegen het einde van de opname, als overstap naar ambulante behandeling.
- psychische co-morbiditeit waarvoor klinische opname is aangewezen
- een psychische of gedragsstoornis waarvoor speciale behandeling is geïndiceerd, met name: actieve eetstoornis, psychose, suïcidaliteit, PDD-NOS.
- IQ onder 70.
- een zodanig onveilige situatie thuis - fysiek of psychisch geweld - dat de jongere daar langdurig moet worden weggehaald of weggehouden.

Aanpak

MDFT is een behandelprogramma dat ook bemoeizorg omvat. Het programma richt zich op vier domeinen in het leven van een jongere: de jongere en zijn problemen, de ouders van de adolescent, het gezin en de familie als geheel, en voor de jongere belangrijke externe systemen, zoals peergroep, school, werk en mogelijk politie en justitie.

MDFT bestaat uit drie fases: 1. vertrouwen winnen, therapeutische allianties sluiten, casusanalyse (assessment) en opstellen behandelplan; 2. werken aan verandering; 3. afronding. In totaal duurt MDFT 6 maanden.

Per week worden er twee tot drie sessies gehouden, in duur variërend van 30 tot 90 minuten.

Er zijn vier soorten sessies: met de jongere alleen, met de ouders alleen, met de jongere en zijn ouders samen, en met de jongere (of gezin) met derden erbij, zoals reclasseringwerkers, leraren of leeftijdgenoten. De therapeut die een jongere en gezin in behandeling neemt, is voor hen het aanspreekpunt bij alle hulpvragen.

Het multidimensionele van MDFT komt in diverse karakteristieken van de behandeling tot uiting:

- De therapie richt zich niet op één element in de persoon of het gedrag van de jongere - zoals drug- en alcoholgebruik of delinquentie - maar op alle probleemgedragingen in onderlinge samenhang (vanuit de theorie dat alleen zo blijvend resultaat valt te boeken).
- Probleemgedrag wordt gezien als gevormd door invloeden die niet louter uit één domein stammen, maar uit alle. Al die domeinen bieden in principe ook beschermende factoren.
- Van meet af aan betreft de therapeut verschillende leefgebieden en relaties die voor de te behandelen jongeren van belang zijn, in de therapie. Naast op de te behandelen persoon, richt de MDFT zich tegelijkertijd ook op zijn ouders, de familie en belangrijke personen in zijn sociale netwerk.
- MDFT is een integrale behandeling met wortels in verscheidene therapeutische en praktische

tradities zoals structurele gezinstherapie en vaardigheidstraining (gezinscommunicatie, opvoeden, impulscontrole).

MDFT wordt op dezelfde wijze toegepast bij jongeren met verslavingsgedrag en ander probleemgedrag die al wel of nog niet in het justitiële circuit terecht zijn gekomen.

Materiaal

MDFT wordt uitgevoerd door gecertificeerde therapeuten aan de hand van een uitgebreide Nederlandstalige handleiding en vele andere materialen, en met een strikt systeem van kwaliteitsbewaking. Voor meer informatie hierover, zie www.mdft.nl en www.incant.eu.

Onderzoek Effectiviteit

Er is nog geen Nederlands onderzoek afgerond, dus er is nog geen direct bewijs voor de effectiviteit van de MDFT in Nederland. Een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek is gaande. De studie - INCANT geheten - begon in 2006 en eindigt in 2010. Het onderzoek staat onder leiding van H. Rigter van Erasmus MC in Rotterdam. Het betreft een onderdeel van een internationale studie naar de effectiviteit van MDFT in Europa. De vijf landen die meedoen zijn Nederland, Duitsland, België, Zwitserland en Frankrijk.

In het buitenland zijn 7 RCT's uitgevoerd, waarin MDFT steeds superieur bleek - vooral op langere termijn - aan een reeks van actieve controlebehandelingen, op maten als volhouden van behandeling, alcohol- en druggebruik, delictgedrag, gezinsfunctioneren, relaties met peers, presteren op school, symptomen van psychische stoornissen. Informatie over effecten en effectgroottes is te verkrijgen op www.incant.eu (onder General information - Publications MDFT), waar ook de belangrijkste onderzoeksartikelen kunnen worden gedownload.

Website

www.mdft.nl

Ontwikkeld door

Erasmus Medisch Centrum

Contactpersoon: H. Rigter

Erasmus Universiteit

Postbus 2040

3000 CA Rotterdam

E. h.rigter@erasmusmc.nl

Voor meer informatie kan men contact opnemen met Sandra Mast,

Erasmus Medisch Centrum,

E. s.mast@erasmusmc.nl

Erkend door

Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie d.d. 01/06/2011

Oordeel: Erkend

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) is een intensief opvoed- en trainingsprogramma voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar die te kampen hebben met gedragsproblemen, inclusief delinquent gedrag. Het programma wordt aangeboden aan jongeren als alternatief voor een gesloten plaatsing of jeugddetentie. De jongere volgt voor de duur van 6 tot 12 maanden een intensief gedragsgericht programma, waarvan plaatsing in een opvoedgezin deel uitmaakt. Dit gezin biedt de jongere een dagstructuur en creëert de mogelijkheid om te participeren in het dagelijks gezinsleven. Aan MTFC ligt een gedragsmodel ten grondslag, waarin de focus ligt op het stimuleren van positief gedrag, het vergroten van sociale vaardigheden en probleemoplossend vermogen en het aangaan van relaties met volwassenen en leeftijdsgenoten.

Oordeel Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie

Erkend

Doel

MTFC-A (“Adolescente”) is gericht op het versterken van prosociaal gedrag en probleemoplossend vermogen. De focus ligt op het aanreiken en oefenen van alternatief positief gedrag. Ook ouders worden ondersteund en geholpen met het verbeteren van opvoedvaardigheden en gedragsmanagementtechnieken. De interventie richt zich op zowel jongere als ouders, vermindert de invloed van (dynamische) risicofactoren en vergroot de invloed van (dynamische) beschermende factoren die gerelateerd zijn aan antisociaal (en delinquent) gedrag.

Doelgroep

MTFC-A is bedoeld voor jongens en meisjes in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar met ernstig antisociaal gedrag, een bovengemiddeld of hoog recidiverisico en een IQ vanaf 80. De jongeren vertonen ernstig antisociaal gedrag, met inbegrip van delinquent gedrag, gebrekkig arsenaal aan sociale vaardigheden en een gebrek aan probleemoplossend vermogen. De problemen zijn dusdanig groot dat uithuisplaatsing in een gesloten setting aan de orde is. Het gaat om gedwongen hulpverlening in het kader van een schorsing voorlopige hechtenis, een vervroegde voorwaardelijke invrijheidstelling, een voorwaardelijke veroordeling (jeugddetentie of pij) of een gedragsbeïnvloedende maatregel (GBM in strafrechtelijk kader). MTFC kan ook ingezet worden voor onder toezicht gestelde jongeren met een machtiging gesloten jeugdhulp.

Aanpak

Een jongere die aan MTFC-A deelneemt, woont voor de duur van 6 tot 12 maanden in een ‘opvoedgezin’. Het opvoedgezin biedt een gestructureerde leefomgeving en speciaal getrainde opvoedouders geven positieve feedback op het gedrag van de jongere. In kleine stappen wordt gewerkt aan een positieve ontwikkeling. Het programma maakt gebruik van een puntensysteem met beloningen en privileges. Tijdens het programma wordt gedrag intensief gemonitord met het doel het probleemgedrag concreet in beeld te krijgen en voor het alternatieve gedrag gerichte interventies in te zetten. Er wordt altijd maar één jongere tegelijk bij opvoedouders geplaatst en de jongere gaat overdag naar school of werk. Er wordt invulling gegeven aan

vrijtijdsbesteding waaronder sport en hobby's. Vanuit het programma is er een intensieve samenwerking met school en een werkgever. Via school- en of werkkaarten worden goed gedrag en prestaties beloond.

Naast de opvoedouders zijn een trainer en een coach aan de slag met de jongere. Er worden zoveel mogelijk situaties opgezocht waar jongeren succesvol kunnen oefenen met vaardigheden. Beide teamleden helpen de jongere om zo succesvol mogelijk te zijn.

Voor de ouders is een aparte trainer beschikbaar. De gezinstrainer werkt in wekelijkse bijeenkomsten intensief met de ouders aan het versterken van opvoedingsvaardigheden en gedragsmanagementtechnieken en het coachen van ouders bij bezoeken thuis. Als de jongere na enige tijd weer thuis woont (of in een ander gezin of in een begeleid zelfstandig traject) gaan de training en begeleiding van jongere en ouders nog maximaal drie maanden door, ter begeleiding van de verandering en daarmee bestending van de bereikte resultaten. De programmasupervisor coördineert de activiteiten van de professionals die met de jongere en diens gezin van herkomst werken. Het team is te allen tijde (24/7) bereikbaar voor de ouders, opvoedouders en jongeren en helpt bij het oplossen van allerlei problemen.

Materiaal

Er zijn diverse algemene handleidingen in het Nederlands. Daarnaast zijn er gedetailleerde handleidingen voor het werk van elk van de hierboven beschreven teamleden (inclusief de opvoedouders). Het materiaal wordt ter beschikking gesteld aan organisaties die MTFC (gaan) uitvoeren in het kader van voorbereiding en training.

Onderzoek Effectiviteit

Er is nog geen direct bewijs dat de effectiviteit van MTFC-A in Nederland kan aantonen. Er wordt door PI Research onderzoek gedaan naar de invoering en uitvoering van MTFC tijdens de pilot. Daarna start in 2010 een langdurend effectonderzoek en onderzoek naar de kosteneffectiviteit in Nederland. Door Oregon Social Learning Centre (ontwikkel- en researchinstituut in Eugene, Oregon) is MTFC ontworpen en is vanaf de start gevolgd met onderzoek naar de effectiviteit. Diverse Amerikaanse overzichtsstudies noemen MTFC als effectieve interventie in het voorkomen van recidive. De positieve resultaten gelden niet alleen voor jongens (Chamberlain, 2003), maar ook voor meisjes. Uit een recente studie van Chamberlain e.a. (2007) blijkt dat MTFC recidive voorkomt bij meisjes die twee jaar eerder aan de interventie hadden deelgenomen (gemeten in aantal opname dagen in gesloten instellingen, contact met politie en justitie en de zelfgerapporteerde delicten).

Ontwikkeld door

MTFC-A is ontwikkeld door het Oregon Social Learning Centre (OSLC) eind jaren 70 (Chamberlain, 1998, 2003). De interventie is door Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering (LJ&R) vertaald en aangepast aan de Nederlandse situatie. LJ&R werkt nauw samen met de Amerikaanse implementatieorganisatie ten behoeve van het uitrollen van MTFC in Nederland en België. MTFC wordt ook aangeboden voor kinderen van 7 tot 12 jaar (MTFC-C "Childhood") en voor 3 tot 7 jarigen (MTFC-P "Preschoolers"). De varianten C en P zijn gebaseerd op dezelfde principes. Het beloningssysteem, privileges en interventies zijn aangepast aan de leeftijd. In de P variant is een wekelijkse spelgroep toegevoegd.

Voor vragen over de implementatie van MTFC kunt u terecht bij

Margo Walpot, Projectmanager MTFC

Tel. 088 0901000

m.walpot@legerdesheils.nl

Voor vragen over aanmeldingen voor MTFC-A kunt u terecht bij

Yvette Giesen, beleidsmedewerker MTFC

Tel.088 0901000

y.giesen@legerdesheils.nl

Erkend door

Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie d.d. 09/03/2010

Oordeel: Erkend

Multisysteem Therapie (MST)

Multisysteem Therapie (MST) is een intensieve, ambulante behandelingsmethode gericht op jongeren met ernstig antisociaal en delinquent gedrag, die op het punt staan om uit huis geplaatst te worden. MST richt zich op alle risicofactoren die samenhangen met dit probleemgedrag. De interventies die binnen MST worden ingezet richten zich vooral op ouders en andere sleutelfiguren uit de omgeving van de jongere, maar meestal wordt ook gewerkt aan het vergroten van vaardigheden van de jongere zelf, het functioneren op school en de omgang met prosociale leeftijdgenoten. De behandelduur is gemiddeld 3 tot 5 maanden.

Oordeel Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie

Erkend

Doel

Het primaire doel van MST is het terugdringen van antisociaal en delinquent gedrag. Daarnaast beoogt het programma het functioneren van de gezinsleden te verbeteren en dit op een kostenbesparende wijze te doen door het aantal uithuisplaatsingen te verminderen. De behandeling richt zich hiertoe op de volgende criminogene behoeften van de jeugdige:

- verbeteren van regelstelling/handhaving
- verbeteren van gezinsrelaties
- verminderen van de omgang met deviante leeftijdgenoten
- versterken van de omgang met prosociale leeftijdgenoten
- verbeteren van school/werkprestatie
- verbeteren van de relatie tussen het gezin en steunsystemen
- betrekken bij positieve recreatie
- versterken van het probleemoplossende vermogen van het gezin

Doelgroep

MST in een justitieel kader is gericht op jongeren tussen de 12 en 18 jaar met ernstige, complexe gedragsproblemen al dan niet in combinatie met alcohol- of drugsmisbruik die op grond daarvan met justitie in aanraking komen. Er is sprake van een hoog risico op herhaling en verergering van het antisociale gedrag als niet zou worden ingegrepen. De behandelingen worden doorgaans opgelegd in het kader van dwang. Dit kan in een strafrechtelijk kader, zoals de bijzondere voorwaarden die opgelegd worden bij een schorsing preventieve hechtenis of bij een (gedeeltelijk) voorwaardelijke straf of maatregel, of in het kader van een civielrechtelijke maatregel - de (Voorlopige) Onder Toezicht Stelling (al of niet in combinatie met een plaatsing in een Justitiële Jeugdinrichting voorafgaand aan MST). De gedragsproblemen kunnen een openlijk dan wel heimelijk karakter hebben. Ook kunnen de gedragsproblemen zich uiten in ernstige vormen van oppositioneel gedrag zoals chronisch spijbelen en weglopen van huis. Typerend voor de 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 Jeugdinrichting aan de orde is

Aanpak

MST is een intensieve ambulante systeem- en gedragsgerichte behandelingsmethode die steunt op 'evidence-based' therapeutische technieken vanuit de (cognitieve) gedragstherapie, pragmatische gezinstherapieën (structureel, strategisch), Community Reinforcement Approach (bij middelenmisbruik van jongere of ouders) en farmacotherapie (bijvoorbeeld voor ADHD). De interventies richten zich vooral op de ouders en op sleutelfiguren uit de omgeving van de jongere. Beïnvloeden, begeleiden, onderwijzen, maar niet uitvoeren is de stelregel. Het is van belang dat de gezinsleden leren om zelf hun problemen op te lossen en om te gaan met anderen en instanties. De behandelingen vinden plaats in de thuissituatie en in alle systemen waarin de jongere participeert (familie, school, buurt, vrienden). Gezinsinterventies, interventies gericht op leeftijdgenoten, school interventies, individueel georiënteerde interventies, psychiatrische interventies en interventies om de sociale steun voor het gezin te verhogen kunnen tot de behandeling behoren. MST wordt uitgevoerd door een team van 3 a 4 hooggekwalificeerde behandelaars met hoogfrequente training, supervisie en ondersteuning ook op de langere termijn.

De behandelduur is gemiddeld 3 tot 5 maanden. In deze periode worden de volgende stappen gezet:

- Allereerst wordt het probleemgedrag van de jongere geïdentificeerd en in kaart gebracht.
- Vervolgens worden de sterke eigenschappen van de jongeren en zijn of haar gezin, de factoren die het probleemgedrag instandhouden en de belemmeringen die er zijn bij het wegnemen van die factoren in kaart gebracht. Deze factoren kunnen in alle levensgebieden van de jongere aangetroffen worden of in de relaties tussen die levensgebieden.
- Op basis van de in kaart gebrachte informatie worden hypothesen geformuleerd om tot de eerste tussendoelen te komen.
- In het begin is MST gericht op het voorbereiden en implementeren van interventies gericht op ecologische verandering, later op het controleren of het gedrag inderdaad veranderd is.
- Vervolgens wordt gekeken of die verandering ook het gewenste effect heeft.
- In de laatste maand (monitorfase) wordt gezien of het gezin in staat is zelfstandig toekomstige problemen op te lossen aan de hand van de geleerde oplossingsstrategieën.
- MST kan beëindigd worden als er sprake is van een van de volgende situaties:
 1. De vastgestelde overkoepelende doelen zijn in voldoende mate behaald en er is een onderhoudsplan opgesteld
 2. De jongere of het gezin voldoen niet meer aan de toelatingscriteria
 3. De jongere en/of het gezin hebben niet geprofiteerd van MST ondanks gedocumenteerde pogingen het gezin te motiveren en in behandeling te krijgen. Er is bovendien geen verwachting dat dat nog zal lukken met MST.

In een aantal gevallen kan MST met maximaal een maand worden verlengd.

MST heeft een aantal klinische uitgangspunten:

- MST-interventies richten zich op verschillende risicofactoren, op een omvattende maar tevens op de unieke situatie van de jeugdige en zijn context toegesneden manier.
- De ouders/verzorgers zijn de sleutel tot positieve uitkomsten op de lange termijn.
- MST maakt zo veel mogelijk gebruik van evidence based behandelingen, zoals cognitief gedragsmatige benaderingen, gedragstherapie, gedragsmatige oudertraining en

pragmatische gezinstherapie.

- Vanwege het uitgangspunt dat intensieve zorg met een sterk motiverend karakter nodig is om het gezin in behandeling te houden, is er bij MST een hoogfrequent contact met het gezin (bij aanvang 3 tot 5 keer per week) en wordt MST bij het gezin thuis uitgevoerd.
- Er zijn regelmatige intensieve kwaliteitstoetsingen ingebouwd in alle MST-onderdelen.

MST wordt uitgevoerd aan de hand van negen behandelprincipes:

1. Hoe past het gedrag in de omgeving?
2. Positief en gericht op sterke punten
3. Vergroten van verantwoordelijkheid.
4. Gericht op het hier en nu, Gericht op actie en Goed gedefinieerd
5. Aanpakken van gedragsreeksen
6. Passend bij de ontwikkeling
7. Voortdurende inspanning
8. Evaluatie en verantwoording
9. Generalisatie

Materiaal

MST is zeer uitvoerig beschreven in verschillende handboeken en instructies, waaronder: een handboek voor therapeuten, een organisatiehandboek, een handboek voor supervisors, een reader met training handouts, informatie over de interventie-integriteit (in de Manual Supervisor Orientation Training). Daarnaast beschikt MST nog over een rijk arsenaal aan behandelingsondersteunend materiaal, een voorbeeld hiervan is 'Making the paperwork work for you. MST services 2003'. Tot slot is uitgebreid en gedetailleerd materiaal beschikbaar voor de driemaandelijke bijscholing die aangepast is aan de actuele scholingsbehoefte van de MST teams.

Onderzoek Effectiviteit

De effecten van MST in Nederland zijn gemeten middels een follow up, de eerste resultaten zijn inmiddels bekend. Het onderzoek laat zien dat MST een positief effect heeft op recidive, uithuisplaatsingen en schoolafwezigheid. De verwachte kans op recidive is verminderd van 82 procent bij aanvang van de behandeling naar 49 procent. De verwachte kans op uithuisplaatsing is van 83 procent bij aanvang van de behandeling teruggelopen naar 46 procent. De verwachte kans op schoolverzuim is verminderd van 76 procent bij aanvang van de behandeling naar 24 procent twee jaar na afsluiten van de behandeling (Boonstra, Jonkman, Soeteman en Van Busschbach (2009). Multi Systeem Therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren: twee jaar follow-up studie. Tijdschrift voor Systeemtherapie, 21, 94-105). Ook worden er op dit moment twee Nederlandse RCT's uitgevoerd door de Universiteit van Utrecht. De resultaten zijn naar verwachting beschikbaar in 2010 of 2011.

Indirect bewijs

In de VS, Noorwegen, Canada en Zwitserland zijn meerdere RCT's verricht die de effectiviteit van MST aan hebben getoond. Bovendien is MST uitverkoren tot een Blue Print Programm (erkende gedragsinterventies in Amerika). Ook hebben verschillende instanties in de VS (zie

<http://www.mstservices.com/citations.php>) MST aangewezen als een reeds bewezen effectieve of veelbelovende behandelmethode van crimineel gedrag bij jeugdigen, middelenmisbruik, en psychische problematiek. Deze conclusies zijn gebaseerd op de resultaten van 15 gepubliceerde outcome studies (14 gerandomiseerd, 1 quasi-experimenteel) bij jeugd met ernstige gedragsproblemen en hun gezinnen.

Ontwikkeld door

MST Nederland, Wim van Geffen (directeur MST Nederland), Forensische Jeugdpsychiatrie,
Psychotherapeutisch Centrum de Viersprong
Postbus 7
4600 AA Halsteren,
T. (0164) 632 706/0 651554841
E. wim.van.geffen@deviersprong.nl

Sander van Arum,
Hoofd Behandelzaken Jeugd
De Waag Nederland - Centrum voor ambulante forensische psychiatrie - volwassenen en jeugd
Postbus 1362
3500 BJ Utrecht,
T. (030) 272 06 85/06 46 36 66 09,
E. svanarum@dewaag-nederland.nl.

Erkend door

Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie d.d. 08/06/2010
Oordeel: Erkend

Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)

Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG) is een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp voor gezinnen met opvoedingsproblemen. De communicatie tussen ouders en kind (van 0 tot 18 jaar) is ernstig verstoord, maar verder functioneren de gezinnen nog redelijk. OVG wil een uithuisplaatsing voorkomen of verkorten en de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind vergroten. Daarnaast leren de ouders vaardigheden om de opvoeding beter aan te kunnen.

Oordeel Panel Jeugdzorg

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG) wil uithuisplaatsing voorkomen of verkorten, de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind vergroten en zijn of haar gedragsproblemen verminderen. Ook is de behandeling gericht op verbetering van de communicatie tussen de gezinsleden. Daarnaast wil OVG de opvoedingsvaardigheden van de ouders vergroten en hun opvoedingsonmacht verkleinen.

Doelgroep

OVG is voor gezinnen met opvoedingsproblemen waaraan een ernstige verstoorde communicatie tussen de ouders en het kind (van 0 tot 18 jaar) ten grondslag ligt. Het gezin functioneert verder redelijk adequaat. Vaak is er sprake van ontwikkelingsproblematiek bij het kind zoals een psychiatrische stoornis (als ADHD of PDD-NOS) of emotionele problematiek.

Aanpak

De hulpverlener van OVG geeft de hulp twee uur per week bij het gezin thuis gedurende circa negen maanden. De hulpverlening bestaat uit drie fasen. In de eerste fase bouwt de hulpverlener een werkrelatie met het gezin op en stelt samen met de gezinsleden doelen op. In de behandelfase gaan de hulpverlener en het gezin aan de slag om deze doelen te bereiken. In de afbouwfase staat het beklijven van de bereikte veranderingen centraal. Gezinnen kunnen daarna, indien nodig, gebruik maken van de 'knipkaart'. Evaluaties vinden plaats op een aantal vaste momenten in aanwezigheid van het gezin en de casemanager van het Bureau Jeugdzorg. Afhankelijk van de doelen en wensen van het gezin, maakt de hulpverlener gebruik van verschillende technieken en interventies. De hulpverlener sluit aan bij de vragen en wensen van het gezin, versterkt de aanwezige krachten en datgene wat wel goed gaat, en richt zich op het concreet aanleren van communicatie- en opvoedingsvaardigheden.

Materiaal

Er is een methodiekhandleiding waarin de verschillende technieken en interventies, waarvan de hulpverlener van OVG gebruik kan maken, beschreven zijn.

Onderzoek Effectiviteit

OVG heeft over het algemeen een klein effect op de vermindering van het probleemgedrag van de aangemelde jeugdige en de opvoedingsbelasting zoals die wordt ervaren door de ouders. In vergelijkend onderzoek met andere Intensieve Pedagogische Thuishulp-modules komt een middelgroot effect op de vermindering van de ervaren opvoedingsbelasting bij de ouders naar voren.

Ontwikkeld door

Ger Kerkstra, programmaleider
Hulp aan Huis Groningen
Haydnlaan 6
9722 CH Groningen
(050) 525 14 52

Erkend door

Panel Jeugdzorg d.d. 06/09/2006
Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Parent-Child Interaction Therapy is een geprotocolleerd behandelprogramma voor kinderen van 2-7 jaar met gedragsproblemen en hun ouders. Door het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders beoogt de interventie de gedragsproblemen bij de kinderen en de stress bij de ouders te verminderen.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

Het doel van Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is de gedragsproblemen bij het kind te verminderen en de stress bij ouders te verminderen door de opvoedingsvaardigheden van de ouders te vergroten en de kwaliteit van de ouder-kind relatie te verbeteren.

Doelgroep

Parent-Child Interaction Therapy is bedoeld voor kinderen van 2-7 jaar met gedragsproblemen en hun ouders. Kinderen met een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een gedragsstoornis in engere zin en ADHD komen in aanmerking voor de behandeling. PCIT blijkt ook effectief te zijn in het voorkomen van kindermishandeling/verwaarlozing en behandelen van gezinnen waar mishandeling en verwaarlozing plaatsvindt.

Aanpak

Parent-Child Interaction Therapy is een geprotocolleerd behandelprogramma voor jonge kinderen met gedragsproblemen en hun ouders. In PCIT worden ouders en kind samen in een spelkamer getraind, waarbij de therapeut vanachter een one-way screen de ouder coacht middels een oormicrofoon.

De therapie richt zich op verbetering van de ouder-kindinteractie en op het verbeteren van de gehoorzaamheid van het kind. In de eerste fase van de behandeling wordt een assessment gedaan om de ernst van de gedragsproblemen en het stressniveau van de ouders te bepalen. In de tweede fase leren de ouders positieve aandachtvaardigheden te gebruiken zoals het sensitief reageren en prijzen van goed gedrag. In de derde fase leren de ouders op het gedrag gerichte management strategieën zoals het effectief afgeven van directieven en opdrachten, gepast reageren op medewerking of verzet van het kind en het gebruiken van time-out procedures. PCIT duurt tussen de 9-20 weken afhankelijk van het niveau van vaardigheden van de ouder en afhankelijk van de generalisatie die ontstaat van spelsituatie naar situaties in het dagelijks leven.

Materiaal

Er is een in het Nederlands vertaald en bewerkt handboek beschikbaar.

Onderzoek Effectiviteit

Onderzoek naar de effecten van PCIT in Nederland zal naar verwachting in het najaar van 2008 van start gaan en afgerond worden in 2012. Er is Amerikaans en Australisch onderzoek gedaan naar de effectiviteit van Parent-Child Interaction Therapy. De uitvoerders van PCIT in Nederland onderbouwen hun interventie op deze onderzoeken (quasi-experimentele effectstudies met follow-up), die positieve effecten laten zien op zowel het gedrag van de kinderen als op de opvoedingsvaardigheden van de ouders.

Ontwikkeld door

De Bascule
Meibergdreef 5
1105 AZ Amsterdam
T. (020) 890 10 00

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 20/06/2008
Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd

Parent Management Training Oregon (PMTO)

PMTO is een behandeling voor gezinnen met één of meer kinderen met externaliserende gedragsproblemen, al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit. Het doel van de behandeling is dat de kinderen beter gaan functioneren en hun gedragsproblemen verminderen doordat hun ouders meer effectieve opvoedingsstrategieën toepassen.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

Het algemene doel van PMTO is dat kinderen met externaliserende gedragsproblemen beter gaan functioneren en hun gedragsproblemen verminderen, doordat hun ouders meer effectieve opvoedingsstrategieën toepassen.

Doelgroep

PMTO is een behandeling voor ouders van kinderen van 4 t/m 12 jaar die externaliserend probleemgedrag vertonen, al dan niet in combinatie met hyperactiviteit. De problematiek moet blijken uit de score op de Child Behavior Checklist (CBCL) en de Teacher Report Form (TRF).

Aanpak

In de behandeling wordt door middel van rollenspel geoefend met het toepassen van een vijftal clusters van opvoedingsvaardigheden: je kind stimuleren door aanmoediging, grenzen stellen, zicht en toezicht houden, met elkaar problemen oplossen en positief betrokken zijn. Wat geoefend wordt en hoe vaak en op welke manier dit gebeurt, wordt individueel bepaald. De therapeut is in het bijzonder gericht op bewerkstelligen dat ouders de opvoedingsstrategieën met succes toepassen in het dagelijks leven. Om dit te bewerkstelligen zet de therapeut diverse therapeutische vaardigheden in.

Materiaal

Sinds het najaar van 2007 is er een (originele) Nederlandse handleiding voor therapeuten. In 2008 is ook de Nederlandse handleiding voor de opleiding van therapeuten gereed gekomen. Het losse materiaal voor de ouders is uit het Amerikaans vertaald en aangepast aan de Nederlandse situatie. Daarnaast zijn er nieuwe oudermaterialen ontwikkeld.

Onderzoek Effectiviteit

In Nederland is (nog) geen onderzoek afgerond naar de effectiviteit van PMTO, maar in de VS is de effectiviteit veelvuldig aangetoond. Bijvoorbeeld in een serie experimentele studies met follow-up metingen tot drie jaar na de nameting vonden de ontwikkelaars positieve effecten op o.m. opvoedingsstrategieën, probleemoplossende interacties en gehoorzaamheid. Bovendien vonden zij afname van depressies van de moeders en van delinquent gedrag van de kinderen (o.a. Martinez & Forgatch, 2001; Patterson et al, 2004; DeGarmo et al, 2004). In Noors onderzoek naar de effectiviteit van PMTO bleek dat gedragsproblemen van kinderen verminderden, terwijl hun sociale competentie toenam. Ook bleken ouders die PMTO ontvingen, na de behandeling

beter in staat te zijn om grenzen te stellen (Ogden, in press).

Ontwikkeld door

PMTO is ontwikkeld aan het Oregon Social Learning Center (OSLC) in Eugene, Oregon, USA. De internationale licentiehouders van PMTO zijn Implementation Sciences International Incorporated (ISII). Zij verzorgen en coördineren de opleiding van de eerste 30 Nederlandse therapeuten in de implementatiefase (2005-2008). Een aantal van deze therapeuten wordt tussen 2007 en 2009 ook als opleider en supervisor getraind en gecertificeerd. Na voltooiing van de opleiding van de Nederlandse professionals hoeven er geen licentiekosten meer betaald te worden. De Nederlandse materialen waarmee gewerkt wordt vallen onder gezamenlijk copyright van TNO, PI Research en ISII.

Contactgegevens:

ISII Headquarters

10 Shelton McMurphey Blvd.

Eugene, Oregon 97401

USA

E-mail: info@isii.net

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 28/11/2008

Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd

Triple P: Positief Pedagogisch Programma Niveau 4

Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een van origine Australisch programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar. Het is een laagdrempelig en integraal programma met als doel de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap. Het Triple P-programma onderscheidt vijf niveaus van ondersteuning met daarbij variabele aanbiedingsvormen. Samen bieden zij een samenhangend systeem van interventies dat ouders steun op maat kan bieden. Triple P niveau 4 is één van de intensievere niveaus van Triple P. Triple P niveau 4 wordt vooral aangeboden aan ouders van kinderen in de leeftijd van 3-12 jaar.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

Het Triple P programma niveau 4 heeft als doel 'het versterken van kennis, opvoedingsvaardigheden en zelfvertrouwen van ouders', zodat gedrags- en emotionele problemen bij het kind verminderen of ouders in ieder geval effectieve manieren kennen om hiermee om te gaan.

Doelgroep

Het Triple P programma richt zich op ouders van kinderen van 0 -12 jaar. Triple P niveau 4 richt zich op ouders die een gerichte training in opvoedvaardigheden nodig hebben voor het omgaan met de matige tot ernstige gedrags- en emotionele problemen van hun kind.

Aanpak

Triple P traint ouders in het toepassen van de 5 basisprincipes en 17 opvoedvaardigheden voor positief opvoeden. Het programma onderscheidt vijf niveaus van ondersteuning met daarbij variabele aanbiedingsvormen. Samen bieden zij een samenhangend systeem van interventies dat ouders steun op maat kan bieden. Triple P niveau 4 is één van de intensievere niveaus.

De ondersteuning op niveau 4 wordt in drie verschillende vormen aangeboden: individueel (8-10 sessies) en groepsgericht (5 groepssessies en 3 telefonische sessies). Triple P niveau 4 heeft ook een zelfhulpprogramma. Deze wordt echter in Nederland niet uitgevoerd en wordt daarom in deze beschrijving niet meegenomen.

Het programma op niveau 4 richt zich allereerst op verheldering van het probleemgedrag, mogelijke oorzaken en doelen voor verandering. Daarna leren ouders opvoedingsvaardigheden aan om positief gedrag te stimuleren, gevolgd door vaardigheden om ongewenst gedrag te hanteren. Deze vaardigheden vormen de basis voor een stappenplan voor de aanpak van het opvoedprobleem van de ouder in de thuissituatie. Wanneer een ouder de vaardigheden voor positief opvoeden goed beheerst wordt gekeken naar het toepassen van de vaardigheden in situaties die een hoog risico met zich meebrengen, bijvoorbeeld buitenshuis of wanneer er visite is. In de afsluitende sessie wordt aandacht besteed aan het vasthouden van de bereikte

veranderingen, nu en in de toekomst. Elke bijeenkomst behandelt een thuisopdracht die in de voorafgaande week door de ouders is uitgevoerd. De thuisopdrachten zijn bedoeld om de geleerde vaardigheden in de praktijk te kunnen oefenen en aanleren.

Materiaal

Er is een handboek voor professionals waarin de werkwijze wordt beschreven en een werkmap voor tijdens de training. Voor de vijf groepsbijeenkomsten van de groepstraining is een PowerPoint presentatie beschikbaar. Voor ouders is er een werkboek, DVD en vragenlijsten voor de voor- en nameting, alsmede formulieren voor het volgen van het gedrag van het kind. Aanvullend kan gebruik worden gemaakt van de brochure Positief Opvoeden en folders op het gebied van verschillende thema's (tip sheets).

Onderzoek Effectiviteit

Uit Nederlands onderzoek met experimenteel design in de praktijk en met follow-up blijkt dat Triple P niveau 4 verschillende vormen van probleemgedrag vermindert (de Graaf, 2009). Dat ouders minder disfunctionele ouderschapstijlen hanteren en zich competenten voelen. Triple P is even effectief als de reguliere zorg, maar dan in minder sessies. Dezelfde resultaten worden met behulp van Triple P aanmerkelijk sneller behaald.

Uit buitenlands onderzoek blijkt dat Triple P Standaard (individueel), Groep en Zelfhulp allen klinisch relevante effecten op het kindgedrag hebben. Uit meta-analyses blijkt dat Triple P niveau 4 positieve effecten heeft op probleemgedrag van kinderen alsook op disfunctionele opvoedstijlen, opvoedvaardigheden, efficacy en tevredenheid over ouderschap en het welbevinden van ouders, onafhankelijk van de vorm waarin de interventie wordt aangeboden (Individueel, Groep of Zelfhulp).

Ontwikkeld door

University of Queensland

Australië

Contactpersoon: Jacqueline van Rijn & Krista Okma

Email: Triplep@nji.nl

Telefoon: 030 230 63 44

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 15/06/2012

Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd



Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)

VIPP-SD is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 3 jaar. Het programma wil gedragsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën. Dit gebeurt in 6 huisbezoeken door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Bewezen effectief

Doel

Het doel van Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) is het verminderen van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen door het versterken van ouderlijke sensitiviteit en het bevorderen van consistente maar sensitieve disciplineringsstrategieën.

Doelgroep

VIPP-SD is met name gericht op ouders van kinderen van 1 tot en met 3 jaar met lastig gedrag.

Aanpak

Kern van de aanpak is het geven van positieve feedback op video-opnames van interacties tussen ouder en kind in de thuissituatie. Tijdens huisbezoeken bekijken de ouder en de ondersteuner de videoband, bespreekt de ondersteuner samen met de moeder de relevante fragmenten en komen verschillende suggesties en adviezen aan bod. Dit gebeurt aan de hand van thema's. De ondersteuner werkt volgens een algemeen protocol, maar stemt de uitwerking van de thema's af op de behoeftes van de individuele ouder-kindparen. De VIPP-SD interventies worden uitgevoerd door een getrainde ondersteuner.

Materiaal

Voor de ondersteuners is een uitgebreid draaiboek geschreven. Dit is beschikbaar, in combinatie met een demonstratie dvd. Voor het toepassen van de interventie worden vijfdaagse workshops georganiseerd, met aanvullende trainingsopdrachten waarop persoonlijke feedback wordt gegeven. Het draaiboek is dus noodzakelijk maar niet voldoende voor de adequate toepassing van de interventiemethode.

Onderzoek Effectiviteit

Naar de effecten van VIPP-SD hebben twee studies met zeer sterke bewijskracht plaatsgevonden.

Uit de eerste studie bleek na de interventie de houding van de interventiegroep ten aanzien van sensitiviteit en sensitief disciplineren significant te zijn verbeterd. Interventiemoeders maakten na afloop van de interventie significant meer gebruik van sensitief disciplineren. De kinderen in de interventiegroep toonden na afloop van de interventie minder overactief gedrag.

dan de controlegroep. Kinderen in de interventiegroep met het DRD4-7R (dopamine receptor D4 7 repeat) genotype lieten bovendien een sterke daling van externaliserend probleemgedrag zien bij de follow-up, en een significante afname van de dagelijkse productie van cortisol, een stresshormoon dat bij kinderen van deze leeftijd samenhangt met agressie.

In de tweede studie bleken kinderen die aan VIPP hadden deelgenomen minder externaliserend probleemgedrag te vertonen dan kinderen die niet aan de interventie hadden deelgenomen.

Twee buitenlandse studies hebben eveneens de effectiviteit van de interventie laten zien in een toename van sensitieve interactie en autonomie van het kind en een afname van conflicten.

De makers van VIPP-SD onderbouwen hun interventie verder met een meta-analyse naar interventies gericht op sensitiviteit en gehechtheid in de vroege kindertijd en met buitenlandse studies naar de effecten van VIPP (dezelfde interventie, maar zonder de component van sensitieve disciplineren).

Ontwikkeld door

Universiteit Leiden / Centrum voor Gezinsstudies

Marian Bakermans-Kranenburg

Postbus 9555

2300 RB Leiden

E-mail: bakermans@fsw.leidenuniv.nl

Telefoon: 071-5273945

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 23/04/2010

Oordeel: Bewezen effectief

Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG)

Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen is een vorm van gedwongen hulpverlening aan multiprobleem-gezinnen. Het doel is een veilige opvoedingssituatie te creëren en hulpverlening in een vrijwillig kader (weer) mogelijk te maken door intensieve thuishulp door een gezinscoach, die het gezin gaandeweg leert zelf zijn leven op orde te krijgen. De gezinscoach is 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar. VIG duurt maximaal 6 maanden.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

De hoofddoelen van de Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG) zijn dat de ouders in staat zijn een veilige leefomgeving bieden voor hun kinderen in en om het huis en dat het gezin (weer) toegankelijk is voor hulp zonder externe dwangmiddelen.

Doelgroep

VIG is bedoeld voor multiprobleemgezinnen met een kind jonger dan zestien jaar die problemen hebben op meerdere leefgebieden. De gezinnen hebben veel teleurstellende ervaringen met hulpverleners waardoor ze wantrouwend zijn en zorg mijden.

Aanpak

VIG is een vorm van intensieve hulp in de thuissituatie aan multiprobleemgezinnen. Elk gezin krijgt een coach toegewezen die gedurende maximaal zes maanden 24 uur per dag en zeven dagen per week beschikbaar is. De coach werkt gefaseerd en verleent hulp op zeven leefgebieden: opvoeding, veiligheid, huisvesting, administratie, gezondheid, overlast en scholing/werk. In eerste instantie neemt de coach de regie over in het gezin. Vervolgens leert hij het gezin om gaandeweg steeds meer zelf te gaan doen. Aan het eind draagt hij het gezin over aan een andere hulpverlener, die vrijwillige hulp biedt.

Materiaal

Spirit, FlexusJeugdplein en RadarUitvoering (2010). Methodiekbeschrijving VIG. Amsterdam: Radar.

Onderzoek Effectiviteit

Tijdens een eerste pilot met VIG is er een procesevaluatie uitgevoerd. Na begeleiding van 24 gezinnen blijkt 62% van de (in totaal 535) doelen die in de plannen van aanpak van de gezinnen zijn gesteld, behaald te zijn. Bij ongeveer 20% van de doelstellingen is een ontwikkeling ingezet, maar is het eindresultaat nog niet behaald. Met betrekking tot het belangrijkste aandachtsveld, de relatie tussen ouder en kind, wordt ongeveer 70% van de doelstellingen gehaald. Goede resultaten zijn er ook op de terreinen administratie (63%), scholing/werk (65%) en gezondheid (69%). Voor het gezin in zijn geheel, de moeder en de kinderen, wordt ook ongeveer 70% van de doelstellingen gehaald; voor de (vaak afwezige) vaders is dat slechts 40%. Samenwerking met en overdracht naar andere hulpverleningsinstanties blijken het moeilijkste haalbaar (20%).

Ontwikkeld door

RadarUitvoering

Mike Heuves

Putsebocht 75

3073 HD Rotterdam

E-mail: m.heuves@radaruitvoering.nl

Telefoon: 010 – 290 89 99 / 06 – 51 62 30 38

Website: www.radaradvies.nl

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 18/02/2011

Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd

Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding (WIG)

Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding (WIG) biedt gedurende ongeveer één jaar intensieve ambulante hulpverlening in de thuissituatie aan gezinnen met minstens één kind onder de 12 jaar, dat verhoogd risico loopt om delinquent gedrag te ontwikkelen. Bij deze hulpverleningsmethode worden buurtnetwerken geactiveerd. De ouders krijgen weer grip op de opvoedingssituatie en het gezin wordt weer zoveel mogelijk geïntegreerd in de buurt.

Oordeel Erkenningscommissie Interventies

Theoretisch goed onderbouwd

Doel

WIG is bedoeld voor kinderen uit multi-probleemgezinnen met gedragsproblemen, waaronder (dreigend) delinquent gedrag. Het hoofddoel van WIG is te bewerkstelligen dat het risicogedrag en het delinquente gedrag van de kinderen verminderen. Dit wordt bereikt door de draaglast en de draagkracht van het gezin met elkaar in evenwicht te brengen.

Doelgroep

De doelgroep van WIG bestaat uit multi-probleemgezinnen met minimaal één kind jonger dan 12 jaar, dat het risico loopt om delinquent gedrag te ontwikkelen. In de gezinnen is sprake van een veelheid aan problemen op meerdere terreinen van het gezinsfunctioneren. Eerdere hulpverleningscontacten hebben niet tot beoogde resultaten geleid.

Aanpak

De gemiddelde duur van het totale WIG-traject duurt 9 tot 12 maanden. Deze periode bestaat uit drie fasen. De eerste fase is de startfase die vier tot zes weken duurt. Aan het eind van deze fase is er een hulpverleningsplan met concrete doelen van de behandeling. Op basis hiervan verstrekt het Bureau Jeugdzorg een indicatie. Vervolgens is er de werkfase die is gericht op het versterken van de gezinstaken. In de afrondingsfase wordt met het gezin besproken of en op welke manier enige voortgang van de hulpverlening is gewenst en op welke manier daaraan zal worden vorm gegeven. Na de afronding van WIG wordt er nog 12 tot 15 maanden nazorg geboden. De werkwijze houdt in dat een gezinswerker van WIG op basis van een probleemanalyse met de ouders een hulpverleningsplan opstelt. Volgens dit plan worden zoveel mogelijk problemen in het WIG-traject behandeld. De gezinswerker schakelt daarvoor specialisten in van verschillende instellingen, waaronder ook collega's uit de eigen zorgverlenende instelling voor jeugdhulp.

Materiaal

De interventie wordt uitgevoerd op basis van een toegankelijke handleiding.

Onderzoek Effectiviteit

Twee onderzoeken met zwakke bewijskracht, waarbij met WIG behandelde groepen worden vergeleken met groepen die vergelijkbare interventies hebben ervaren, laten zien dat WIG positieve resultaten heeft. De risicofactoren bij de kinderen en de gezinnen worden verminderd. Onder invloed van WIG verminderen de gedragsproblemen bij de kinderen en nemen ook de politiecontacten enigszins af.

Ontwikkeld door

Lindenhout

Heijenoordseweg 1

6813 GG ARNHEM

T. (026) 354 33 33

E. info@lindenhout.nl

Erkend door

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 18/06/2009

Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd

Bijlage 4

Criteria Erkenningscommissie Interventies

Criteria voor erkenning

De Erkenningscommissie Interventies is een landelijke en onafhankelijke commissie die de kwaliteit en effectiviteit van interventies beoordeelt voor jeugdhulp, jeugdgezondheidszorg, jeugdwelzijnswerk, ontwikkelingsstimulering, gezondheidsbevordering en preventie. De commissie wordt secretariaal ondersteund door het Nederlands Jeugdinstituut, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid en RIVM Centrum Gezond Leven.

De criteria die de commissie hanteert zijn de minimale vereisten voor erkenning van een interventie. Bij elk niveau van erkenning horen specifieke criteria. Daarbij gelden de criteria voor lagere niveaus steeds ook voor erkenning op de niveaus daarboven. De criteria voor niveau I zijn dus de minimale vereisten voor een erkenning in het algemeen.

Criteria voor Niveau I: Theoretisch goed onderbouwd

Criteria t.a.v. de beschrijving van de interventie

- Alle relevante kenmerken van de doelgroep zijn beschreven.
- Alle relevante kenmerken van de doelgroep zijn beschreven.
- Er zijn gegevens over indicatie en contra-indicatie.
- Er zijn expliciete doelen geformuleerd, zo nodig onderscheiden in voorwaardelijke doelen en einddoelen.
- De methodiek/werkwijze is zo volledig mogelijk beschreven op het niveau van concrete activiteiten.
- Volgorde, frequentie, intensiteit, duur en timing van contacten en activiteiten zijn gegeven.
- De benodigde materialen en hun verkrijgbaarheid zijn duidelijk beschreven.
- De ontwikkelaar, licentiehouder, uitvoerende en/of ondersteunende organisatie(s) worden genoemd.

Criteria t.a.v. de theoretische onderbouwing

- De probleemanalyse is voldoende volledig (met gegevens over bijvoorbeeld aard, ernst, omvang, spreiding, perceptie door betrokkenen, kosten) en omvat een analyse van de met het probleem samenhangende oorzaak-gevolg-rijke, risico-, instandhoudende, verzachtende of protectieve factoren.
- Er wordt een sterke, binnen het wetenschappelijk forum te accepteren theoretische onderbouwing gegeven met een samenhangend betoog over:
 - doelgroepformulering (de aansluiting tussen probleemanalyse en doelgroep), en:
 - doelverantwoording (de aansluiting tussen probleemanalyse en doelen; de te beïnvloeden factoren en determinanten zijn gespecificeerd), en:
 - werkzame factoren (de aansluiting tussen probleemanalyse en methodiek).
- Doelgroep, doelen en werkwijze sluiten onderling aan.

Criteria t.a.v. randvoorwaarden voor uitvoering (toepasbaarheid) en kwaliteitsbewaking

- De interventie is overdraagbaar, bijvoorbeeld blijkt een systeem van trainingen, begeleiding, registratie, licenties, etc., een handleiding of protocol voor overdracht / implementatie, eerdere ervaringen t.a.v. de overdraagbaarheid.

Criteria voor Niveau II: Waarschijnlijk effectief

- Er zijn naar het oordeel van de commissie voldoende studies die voorlopige aanwijzingen geven voor de effectiviteit.
- De opzet van de studies heeft minstens een matige bewijskracht. Het onderzoek heeft een (quasi) experimentele of een andere opzet (bijvoorbeeld herhaalde case studie, een studie naar de samenhang tussen de mate waarin een interventie is toegepast en de mate waarin bedoelde uitkomsten zijn opgetreden of een cohortstudie). De studies zijn echter niet noodzakelijk in de praktijk uitgevoerd of hebben nog geen follow-up.
- Het aantal studies kan sterk uiteenlopen, afhankelijk van de kwaliteit en de aard van de studie. Vuistregels voor het minimum zijn:
 - Er zijn minstens drie studies met een matige tot vrij sterke bewijskracht, of twee studies als er ook studies uit het buitenland zijn met een sterke tot zeer sterke bewijskracht. In het laatste geval is met argumenten aannemelijk gemaakt dat het doel, de doelgroep, de aanpak, het theoretisch model van de buitenlandse interventie, alsook de 'care as usual' in dat land, redelijk van toepassing is op de Nederlandse situatie.
 - Bij Nederlands onderzoek met een sterke tot zeer sterke bewijskracht volstaat één studie voor de erkenning op niveau II.
 - Bij herhaalde case studies zijn er minstens 6 cases uitgevoerd door verschillende behandelaars in verschillende condities of om minstens 10 cases uitgevoerd in één setting. De opzet is bijvoorbeeld uitgevoerd met een baseline-controleconditie, een interventiefase, een fase van onthouding van de interventie en een nieuwe interventiefase.
- De grootte van het effect is weergegeven in termen van Cohen's D of de gegevens om Cohen's D te berekenen zijn gespecificeerd.
- Het effect heeft betrekking op het doel en de doelgroep van de interventie.
- De aard en de grootte van de effecten zijn redelijk overtuigend, passen bij het doel en de doelgroep van de interventie en zijn voor het werkveld relevant.

Criteria voor Niveau III: Bewezen effectief

- Er zijn naar het oordeel van de commissie voldoende studies die overtuigende aanwijzingen geven voor de effectiviteit.
- De opzet van de studies heeft minstens een sterke bewijskracht. Het onderzoek heeft een (quasi) experimentele opzet of – indien overtuigend is aangetoond dat dit niet mogelijk is – een andere opzet (bijvoorbeeld herhaalde case studie, een studie naar de samenhang tussen de mate waarin een interventie is toegepast en de mate waarin bedoelde uitkomsten zijn opgetreden of een cohortstudie) van hoge kwaliteit. Geldige argumenten voor een alternatief design hebben vooral betrekking op het type interventie (bijvoorbeeld massamediale campagnes) of de zeldzaamheid van de doelgroep. De studies zijn in de praktijk uitgevoerd en hebben een follow-up van minstens 6 maanden.
- Het aantal studies kan sterk uiteenlopen, afhankelijk van de kwaliteit en de aard van de studie. Vuistregels voor het minimum zijn:
 - Er zijn minstens twee Nederlandse studies met een sterke of zeer sterke bewijskracht of één Nederlandse studie in combinatie met meerdere buitenlandse studies met een sterke of zeer sterke bewijskracht. In het laatste geval is met argumenten aannemelijk gemaakt dat het doel, de doelgroep, de aanpak, het theoretisch model van de buitenlandse interventie, alsook de 'care as usual' in dat land, redelijk van toepassing is op de Nederlandse situatie.
 - Bij herhaalde case studies zijn er minstens 10 cases, uitgevoerd door verschillende behandelaars in verschillende condities, bijvoorbeeld met een baseline-controleconditie, een interventiefase, een fase van onthouding van de interventie en een nieuwe interventiefase.
- De grootte van het effect is weergegeven in termen van Cohen's D of de gegevens om Cohen's D te berekenen zijn gespecificeerd.
- Het effect heeft betrekking op het doel en de doelgroep van de interventie.
- De aard en de grootte van de effecten zijn overtuigend, passen bij het doel en de doelgroep van de interventie en zijn voor het werkveld relevant.

Criteria Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie



De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie beoordeelt de kwaliteit en effectiviteit van intramurale en extramurale justitiële gedragsinterventies voor zowel minderjarige als meerderjarige justitiabelen. Een justitiële gedragsinterventie is een programma dat is gericht op het beïnvloeden van iemands gedrag of omstandigheden. Het doel is het voorkomen van recidive.

Het beoordelingsproces van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie bestaat uit drie beoordelingsmomenten (april 2012).

1. De ex ante beoordeling waarbij de Erkenningscommissie een oordeel geeft over de vraag of de interventie zou kunnen leiden tot een effectieve interventie ;
2. De tussentijdse beoordeling, maximaal vijf jaar na de erkenning, waarbij de erkenning conditioneel kan worden verlengd met drie jaar. Bij deze tussentijdse beoordeling wordt nagegaan of de interventie doeltreffend is;
3. De ex post beoordeling, maximaal acht jaar na de erkenning, waarbij wordt vastgesteld of de gedragsinterventie effectief is en leidt tot recidivevermindering.

Criteria voor ex ante beoordeling

Er zijn vier mogelijke uitkomsten van de ex ante beoordeling: erkend, voorlopig erkend, niet erkend maar verder uitwerking gewenst en niet erkend.

De kwaliteitscriteria zijn voor de Erkenningscommissie de leidraad voor haar beoordeling van de gedragsinterventie. Er zijn tien kwaliteitscriteria. Per criterium kan een gedragsinterventie 0, 1 of 2 punten krijgen. Naarmate de gedragsinterventie meer voldoet aan het betreffende criterium wordt een hogere score gegeven. Een gedragsinterventie kan hiermee maximaal 20 punten krijgen.

1. Theoretische onderbouwing: de gedragsinterventie is gebaseerd op een analyse van het delictgedrag en een expliciet veranderingsmodel waarvan de werking wetenschappelijk is aangetoond.
2. Selectie van justitiabelen: het type justitiabele waarop de gedragsinterventie zich richt wordt duidelijk gespecificeerd en geselecteerd.
3. Dynamische criminogene factoren en protectieve factoren: de gedragsinterventie is gericht op het beïnvloeden van veranderbare risicofactoren en op protectieve factoren die samenhangen met het criminele gedrag.
4. Effectieve (behandel)methoden: er worden (behandel)methoden toegepast die aantoonbaar effectief of veelbelovend zijn.
5. Vaardigheden: de aanpak is mede gericht op het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden.
6. Fasering, intensiteit en duur: de intensiteit en duur van de gedragsinterventie sluit aan bij de problematiek van de deelnemer.
7. Betrokkenheid en motivatie: betrokkenheid van de deelnemer bij de gedragsinterventie en motivatie voor deelname moeten worden bevorderd en gestimuleerd.
8. Continuïteit: er moeten duidelijke verbindingen zijn tussen de gedragsinterventie en de totale begeleiding van de justitiabele.
9. Interventie-integriteit: de gedragsinterventie wordt zo uitgevoerd als het bedoeld is.
10. Evaluatie: een doorlopende evaluatie geeft inzicht in de effectiviteit van de gedragsinterventie

Criteria voor tussentijdse beoordeling

Er zijn twee mogelijke uitkomsten bij de tussentijdse beoordeling: erkenning verlengd en erkenning niet verlengd

In het kader van de verlenging van de erkenning wordt gevraagd aan te tonen dat de interventie doeltreffend is.

1. Is de beoogde doelgroep bereikt? Beschreven moet worden bij welke concrete groep de interventie is uitgevoerd en of dit de doelgroep is waarvoor de interventie conform de erkende programmabeschrijving is bedoeld.
2. Is de interventie uitgevoerd, zoals bedoeld (programma integriteit)? De uiteindelijke effectiviteit van een interventie wordt in belangrijke mate bepaald door de programma-integriteit. Daarom moeten er gegevens worden getoond waaruit blijkt dat de belangrijkste kenmerken van de interventie ook zijn uitgevoerd, zoals bedoeld en beschreven. De programmabeschrijving waarop de erkenning is gebaseerd, vormt daarbij het uitgangspunt
3. Zijn de programmadoelen behaald? Een interventie is doeltreffend als bij de deelnemers aan de interventie (de experimentele groep) kan worden vastgesteld dat de geformuleerde programmadoelen zijn behaald en daarmee dat de beoogde veranderingen zijn gerealiseerd.

Criteria voor ex post beoordeling

De ex post beoordeling van een interventie vindt plaats maximaal acht jaar na de ex ante erkenning. Binnen deze periode moet de effectiviteit van de gedragsinterventie in de zin van recidivevermindering, empirisch zijn aangetoond. De regeling voor deze ex post beoordeling (de voorwaarden, normering, procedure, etc.) wordt in een latere fase ontwikkeld, onder meer om gebruik te kunnen maken van de ervaringen die in de komende jaren worden opgedaan met de tussentijdse beoordeling.

Bijlage 6

Niveau van bewijs

Databank Effectieve Jeugdinterventies

Voor het beoordelen van de literatuur over effectieve interventies is de systematiek van de Databank Effectieve Interventies (DEI) gebruikt. De onderstaande vragen dienden daarbij als richtsnoer.

Auteur	
Design	
Diagnose/ probleem	
Aantal jeugdigen in studie (N=)	
Leeftijd jeugdigen in studie	
Etniciteit jeugdigen in studie	
Onderzochte interventie(s)	
Type interventie	
Duur interventie	
Inhoud interventie	
Wat is er met uitvallers gedaan?	
Duur follow-up	
Effectmaat	
Gebruikte instrumenten	
Kwaliteit van het onderzoek	
Conclusie	

A. Waar en waarover is de studie uitgevoerd

<i>Kruis 'ja' of 'nee' aan</i>	Ja	Nee
1 De studie is in Nederland uitgevoerd.		
2 De studie betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant)		

B. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1 De meting is (mede) gericht op de doelen en de doelgroep van de interventie.	
2 De meting is verricht met instrumenten die voldoende betrouwbaar zijn.	
3 De meting is verricht met instrumenten die de doelen van de interventie valide operationaliseren.	
4 Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	
5 Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	
6 De resultaten zijn met een adequate statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	
7 De resultaten zijn vergeleken met ander onderzoek naar de effecten van de gebruikelijke situatie, handelwijze of zorg (care-as-usual) of een andere zorgvorm bij een soortgelijke doelgroep.	

8	Er is een (quasi-)experimentele en een controlegroep (care-as-usual) of een herhaald N=1 onderzoek met een baseline of een timeseries design met een multiple baseline of alternating treatments of een studie naar de samenhang tussen de mate waarin een interventie is toegepast en de mate waarin bedoelde uitkomsten zijn opgetreden.	
9	Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk.	
10	Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na einde interventie.	
11	De experimentele en de controlegroep zijn 'at random' samengesteld.	

Classificatie bewijskracht van het onderzoek

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven range moeten aangekruist zijn

Bewijs - Kracht	Typering onderzoeksdesign					
Zeer zwak	De studie voldoet niet aan de eisen die minstens aan een effectstudie te stellen zijn.	---				
Zwak	Veranderingsonderzoek	1-6				
Matig	Resultaten van veranderingsonderzoek zijn vergeleken met ander onderzoek	1-6				
Redelijk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design (niet in de praktijk)	1-6	8			
Vrij sterk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design in de praktijk	1-6	8	9		
Sterk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design in de praktijk en met follow-up	1-6	8	9	10	
Zeer sterk	Onderzoek met experimenteel design in de praktijk en met follow-up	1-6	8	9	10	11

C. Typering resultaten van het onderzoek

0	Geen van de onderstaande rubrieken zijn van toepassing (licht toel!).
1	<i>Positieve resultaten:</i> De studie rapporteert positieve effecten [#] ten aanzien van de doelen van de interventie.
2	<i>Effectiviteit niet aangetoond:</i> De studie rapporteert dat er geen effecten [#] ten aanzien van de doelen van de interventie zijn.
3	<i>Negatieve resultaten:</i> De studie rapporteert negatieve effecten [#] .
4	Positieve en negatieve resultaten: De studie rapporteert positieve en negatieve effecten [#] ten aanzien van de verschillende doelen van de interventie.
8	Effectiviteit onduidelijk of onbekend.

[#] Positief effect = een doel van de interventie wordt (deels) gerealiseerd en deze winst is statistisch significant. Geen effect = een doel van de interventie wordt niet of deels gerealiseerd en deze winst is niet statistisch significant. Negatief effect: de interventie werkt - statistisch significant - averechts of heeft ernstige, duidelijk aantoonbare 'bijwerkingen'.

Evidencetabel

Bibliografische referentie	Sterkte bewijskracht onderzoeksdesign, volgens de criteria van de Erkenningcommissie Interventies	Studietype	Doel v/d studie	Resultaten
Littell, Campbell, Green & Toews, 2009	Zeer sterk	Review	De effectiviteit van MST onderzoeken.	Globaal genomen vermindert MST de problemen (gedragsproblemen, gezinsfunctioneren etc.). De effecten zijn iets beter dan die van de controlegroep die care as usual krijgt aangeboden, maar het verschil is klein.
Littell, Popa, en Forsythe (2005)	Zeer sterk	Meta-analyse	De effecten van MST onderzoeken	Effecten zijn tegenstrijdig, er kan geen definitieve conclusie getrokken worden over effectiviteit van MST
Ogden en Hagen (2006)	Zeer sterk	RCT	De effecten van MST onderzoeken	Studie toont aan (1) afname uithuisplaatsing en (2) vermindering internaliserende problemen
Schoenwald, Ward, Henggeler en Rowland (2000)	Sterk	Quasi-experimenteel met voor- en nameting en controlegroep met alternatieve behandeling	De effecten van MST onderzoeken binnen de GGZ	Studie toont aan een afname van crisisopname in ggz en een korter verblijf in ggz
Swenson, Schaeffer, Faldowski, Henggeler en Mayhew (2010)	Zeer sterk	RCT	De effecten van MST-CAN	Bevindingen: 1. Afname uithuisplaatsing 2. Afname gedragsproblemen, afname psychische problemen ouders, verbetering opvoedingsvaardigheden en toename ondersteuning van het sociaal netwerk
Lindsey, Martin, en Doh (2002)	Matig	Review	Effecten van de inzet van intensieve pedagogische thuishulp	Geen effect op voorkomen van uithuisplaatsing

Bibliografische referentie	Sterkte bewijskracht Onderzoeksdesign, volgens de criteria van de Erkenningscommissie Interventies	Studietype	Doel v/d studie	Resultaten
Littell en Schuerman (1995)	Matig	Review	Effecten van de inzet van intensieve pedagogische thuishulp	Bevindingen: 1. Geen effect op voorkomen van uithuisplaatsing 2. Kleine korte termijn verbetering in functioneren van jeugdige en gezin, weinig effect op herhaling van kindermishandeling
MacLeod en Nelson (2000)	Matig	Meta-analyse	Effecten van de inzet van intensieve pedagogische thuishulp	Bevindingen: 1. Kleine effecten op voorkomen van uithuisplaatsing. Welzijn van gezinnen verbetert, kleine afname van kindermishandeling
O'Reilly, Wilkes, Luck, en Jackson (2010)	Matig	Review	Effecten van de inzet van intensieve pedagogische thuishulp	Bevindingen: 1. Effecten op voorkomen van uithuisplaatsing zijn slechts beperkt onderzocht en bovendien tegenstrijdig Verbetering van gezinsfunctioneren en afname van kindermishandeling
Veerman, Janssens en Delicat (2005)	Matig	Meta-analyse	Effecten van de inzet van intensieve pedagogische thuishulp	Bevindingen: 1. Geen effect op voorkomen van uithuisplaatsing Middelgrote effectgroottes (Cohen's d): .52 voor externaliserende problemen van jeugdigen en .55 voor de opvoedingsbelasting van ouders. Er is een duidelijk afname van gedragsproblematiek en ouders ervaren de opvoeding als minder belastend. Maar bij afsluiting van de hulp zijn er nog steeds aanzienlijke problemen.

Bibliografische referentie	Sterkte bewijskracht Onderzoeksdesign, volgens de criteria van de Erkenning-commissie Interventies	Studietype	Doel v/d studie	Resultaten
Stams, Top-Van der Eem, Limburg, Van Vugt en Van der Laan (2010)	Zwak	Dossieronderzoek en interviews	Effect van de Deltamethode	Bevindingen: 1. Afname aantal uithuisplaatsingen OTS en uithuisplaatsing duren korter
Humphreys & Kiraly (2011)	Zwak	Literatuurreview, dossieronderzoek	Best practices te onderzoeken voor contact tussen ouders en uithuisgeplaatste baby's	Humphreys en Kiraly (2011) concluderen dat zonder ondersteuning het contact van de ouders met de baby zinloos is, omdat ouders anders niet in staat zijn om een relatie met de jeugdige op te bouwen en terugplaatsing mogelijk te maken. Verbetering in het contact is onder andere mogelijk door de communicatie tussen ouders en pleegouders te verbeteren.
Sen & Broadhurst (2011)	Matig	Literatuurreview	Huidige stand van onderzoek beschrijven voor contact tussen ouders en uithuisgeplaatste jeugdigen	Sen en Broadhurst (2011) concluderen dat goed contact tussen ouders en jeugdigen samen met andere interventies kan bijdragen aan terugplaatsing of stabiele langdurige uithuisplaatsing. Hulpverleners draag bij aan de kwaliteit van dit contact. Belangrijk is goede ondersteuning te bieden en contact goed te plannen.
Bronson, Saunders, Holt & Beck (2008)	Sterk	Review	Systematisch review van interventies die een succesvolle terugplaatsing bevorderen en een nieuwe uithuisplaatsing voorkomen	Bronson en collega's (2008) doen een aantal aanbevelingen voor hulp die mogelijk terugplaatsing bevordert.

Bibliografische referentie	Sterkte bewijskracht Onderzoeksdesign, volgens de criteria van de Erkenning-commissie Interventies	Studietype	Doel v/d studie	Resultaten
Hatton & Brooks (2008)	Zwak	Review	Review van onderzoek naar interventies die mogelijk een nieuwe uithuisplaatsing na terugplaatsing kunnen voorkomen	Hatton en Brooks (2008) noemen een aantal veelbelovende interventies die mogelijk terugplaatsing bevorderen.
Saunders-Adams (2011)	Sterk	Meta-analyse en review	Review van onderzoek naar interventies die terugplaatsing bevorderen en een nieuwe uithuisplaatsing voorkomen	Er is weinig bewijs dat intensieve hulp bijdraagt aan terugplaatsing en het voorkomen van nieuwe uithuisplaatsingen.
Child Welfare Information Gateway (2011)	Zwak	Review	Beschrijven van best practices om terugplaatsing te bevorderen	Child Welfare Information Gateway (2011) geeft aanbevelingen voor interventies die terugplaatsing mogelijk bevorderen.
Voets en Michielsen (2000)	Zwak	Clienttevredenheid onderzoek	Onderzoek naar interventie om ouders te begeleiden tijdens residentiële plaatsing van hun kind	Voets en Michielsen (2002) concluderen dat een combinatie van verschillende vormen van begeleiding aan ouders bijdraagt aan een verbetering van opvoedingsvaardigheden.
Landsverk, Burns, Faw Stambaugh en Rolls Reutz (2009)	Zwak	Literatuurreview	Review van onderzoek naar interventies voor jeugdigen in de pleegzorg	Er is vooral onderzoek gedaan naar en bewijs van effectiviteit voor cognitieve en gedragstherapeutische interventies die symptomen, gedrag en functioneren beïnvloeden. Voorbeelden van zulke interventies zijn trauma-focused cognitieve gedragstherapie (TF-CGT), oudertrainingsprogramma's (bijv. Incredible Years), Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) en CGT voor depressie.

Bibliografische referentie	Sterkte bewijskracht Onderzoeksdesign, volgens de criteria van de Erkenning-commissie Interventies	Studietype	Doel v/d studie	Resultaten
Gezondheidsraad (2011)	Matig	Review	Review van onderzoek naar interventies voor jeugdigen en volwassenen die slachtoffer van kindermishandeling zijn (geweest)	De Gezondheidsraad (2011) vond alleen voor EMDR en TF-CGT overtuigend bewijs voor de effectiviteit in de behandeling van posttraumatische stresssymptomen.
Washington, 2007	Matig	Review	Review van onderzoek naar best practice bij uithuisplaatsing van meerdere kinderen in het gezin	Er is nog maar heel weinig onderzoek naar gedaan en van de gedane onderzoeken schiet het onderzoeksdesign in veel gevallen tekort. Maar de resultaten laten zien dat jeugdigen die samen met hun broertjes of zusjes geplaatst worden meestal beter af zijn dan jeugdigen waarvan broertjes en zusjes in een ander pleeggezin terecht komen.
Hegar & Rosenthal, 2011	Sterk	Longitudinal onderzoek	Longitudinaal onderzoek naar effecten al dan niet gezamenlijk plaatsen van meerdere kinderen in het gezin	Zij komen tot de conclusie dat de verschillen tussen gezamenlijk en afzonderlijk geplaatste jeugdigen klein zijn. Jeugdigen die samen met broertjes of zusjes geplaatst worden, hebben op enkele variabelen betere uitkomsten en geen slechtere uitkomsten op de andere variabelen dan jeugdigen die zonder broertjes of zusjes geplaatst zijn. Het is onduidelijk of de plaatsing met broertjes en zusjes de uitkomsten beïnvloedt of dat andere factoren zowel beslissingen over gezamenlijke plaatsing als uitkomsten beïnvloeden.
Knopf, Hornung, Slap, DeVellis & Britto, 2008	Zwak	Clienttevredenheids onderzoek	Onderzoek naar voorkeur van adolescenten m.b.t. shared decision-making	Jeugdigen kijken heel verschillend aan tegen hun rol in de besluitvorming..

Bibliografische referentie	Sterkte bewijskracht Onderzoeksdesign, volgens de criteria van de Erkenning-commissie Interventies	Studietype	Doel v/d studie	Resultaten
Hetrick, Simmons & Merry, 2008	Matig	Overzicht van onderzoek	Mogelijke voordelen van shared decision-making bij beslissingen over medicatie bij depressieve adolescenten	Gezamenlijke besluitvorming blijkt bij volwassenen bij te dragen aan acceptatie van een bewezen effectieve behandeling en aan therapietrouw, waardoor de effecten van de behandeling groter zijn
Vis et al., 2011	Redelijk	Review	Effecten van participatie in besluitvorming op welzijn van jeugdigen	In de jeugdbescherming zorgt participatie van jeugdigen in het besluitvormingsproces voor een verbetering van hun veiligheid en welzijn
Fiks, Hughes, Cafen, Guevara & Barg, 2011	Zwak	Interviews	Mening van ouders en professionals over shared decision-making	Ouders willen graag betrokken zijn bij de besluitvorming. Zij willen graag beslissen in dialoog, maar dat betekent niet altijd dat zij de definitieve knoop willen doorhakken.
Romanelli et al., 2009	Matig	Review	Aanbevelingen voor professionals over hulp aan ouders en jeugdigen om gezamenlijk beslissingen over behandeling te nemen	Romanelli en collega's (2009) bevelen in een richtlijn voor jeugdhulp en jeugdbescherming aan om ouders te betrekken door goed getrainde mentoren in te zetten, die zelf als ouders te maken hebben gehad met de uithuisplaatsing van een jeugdige. Daarnaast is het belangrijk dat ouders duidelijke uitleg krijgen over de uithuisplaatsing, hun rechten en verantwoordelijkheden en er wordt regelmatig gecheckt of ouders deze begrijpen (Romanelli et al., 2009). Ook bevelen Romanelli en collega's (2009) aan om hulpverleners te trainen in strategieën om gezinnen te betrekken bij het besluitvormingsproces, bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering, Relationale gezinstherapie, family group conferences.

Bibliografische referentie	Sterkte bewijskracht Onderzoeksdesign, volgens de criteria van de Erkenningscommissie Interventies	Studietype	Doel v/d studie	Resultaten
Coyne & Gallagher, 2011	Zwak	Interviews en focusgroep	Onderzoek naar voorkeur van jeugdigen m.b.t. shared decision-making	Jeugdigen en jongeren kijken heel verschillend aan tegen hun rol in de besluitvorming.
Galil et al., 2006	Zwak	Cliënttevredenheid	Onderzoek naar tevredenheid van ouders over behandeling en communicatie met hulpverleners	Ouders willen graag betrokken zijn bij de besluitvorming. Zij willen graag beslissen in dialoog, maar dat betekent niet altijd dat zij de definitieve knoop willen doorhakken.
Bullens, 1995;	Zwak	Theoretisch artikel	Overzicht van factoren die een rol spelen in besluitvorming over uithuisplaatsing	Zie tabel xx voor de belangrijkste factoren
Van der Steege, 2012;	Zwak	Doelgroepanalyse	Verschillen tussen jeugdigen die in een pleeggezin, gezinshuis of een residentiële instelling zijn geplaatst	Zie tabel xx voor de belangrijkste factoren
McCue Horwitz e.a., 2011	Sterk	Longitudinaal	Onderzoek naar factoren die de kans op uithuisplaatsing beïnvloeden na kindermishandeling	Zie tabel xx voor de belangrijkste factoren
Lavergne e.a., 2011;;	Zwak	Dossieronderzoek	Onderzoek naar factoren die de beslissing tot uithuisplaatsing beïnvloeden	Zie tabel xx voor de belangrijkste factoren

Bibliografische referentie	Sterkte bewijskracht Onderzoeksdesign, volgens de criteria van de Erkenningscommissie Interventies	Studietype	Doel v/d studie	Resultaten
Knorth, 1995;	Matig	Literatuuroverzicht	Onderzoek naar factoren die beslissingen over uithuisplaatsing en het type plaatsing beïnvloeden	Zie tabel xx voor de belangrijkste factoren
Juffer, 2010;	Matig	Literatuuroverzicht	Onderzoek naar gehechtheid en de impact die dat zou moeten hebben op de overwegingen bij beslissingen over uithuisplaatsing	Gehechtheid moet een belangrijke rol spelen in het beslissen over uithuisplaatsing
DeRoma, Kessler, McDaniel & Soto, 2006;	Zwak	Survey	Onderzoek naar factoren die hulpverleners belangrijk vinden bij het beslissen over uithuisplaatsing	Zie tabel xx voor de belangrijkste factoren
Britner & Mossler, 2002;	Zwak	Vignetonderzoek	Onderzoek naar factoren die hulpverleners belangrijk vinden bij het beslissen over uithuisplaatsing	Zie tabel xx voor de belangrijkste factoren
Van Dam & Ten Haaf, 1999;	Zwak	Literatuuroverzicht	Overzicht van factoren die een rol spelen in besluitvorming over uithuisplaatsing	Zie tabel xx voor de belangrijkste factoren

Bibliografische referentie	Sterkte bewijskracht Onderzoeksdesign, volgens de criteria van de Erkenning-commissie Interventies	Studietype	Doel v/d studie	Resultaten
Zuravin & DePanfilis, 1997;	Zwak	Dossieronderzoek	Onderzoek naar factoren die de beslissing tot uithuisplaatsing beïnvloeden	Zie tabel xx voor de belangrijkste factoren
Van den Bergh & Weterings (2007)	Zwak	Literatuuroverzicht	Onderzoek naar gehechtheid en de impact die dat zou moeten hebben op de overwegingen bij beslissingen over uithuisplaatsing	Beslissingen over terugplaatsing dan wel langdurige uithuisplaatsing moeten tijdig genomen worden.

Kennislacunes en signalen

Kennislacunes

Er is veel onduidelijkheid over besluitvorming bij uithuisplaatsing en terugplaatsing dan wel landurige uithuisplaatsing; inzicht in zowel de factoren die een rol moeten spelen als de weging ontbreekt. Het in deze richtlijn ontwikkelde besluitvormingskader dient onderzocht te worden op betrouwbaarheid en validiteit.

Doe onderzoek naar de termijnen waarop de beslissing tot uithuisplaatsing en terugplaatsing genomen moeten worden in het belang van de ontwikkeling van de jeugdige.

Er is in de jeugdhulp geen methode voor beslissen in dialoog met ouders en jeugdigen (shared decision making). Doe onderzoek naar de effecten van beslissen in dialoog met ouders en jeugdigen en welke methoden en technieken hulpverleners daarbij effectief kunnen inzetten. Daarbij is onderscheid nodig naar beslissen in dialoog bij vrijwillige en gedwongen hulpverlening.

Er is weinig bekend over effectiviteit van interventies bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.

Veel van het aangehaalde effectonderzoek betreft buitenlands onderzoek. Er is minder bekend over de effectiviteit van interventies in de Nederlandse praktijk

Het onderzoek naar de effecten van Relationele gezinstherapie laat zien hoe belangrijk het is om na te gaan of de onderzochten interventies ook zijn uitgevoerd zoals bedoeld (programma-integriteit). Echter in vrijwel alle aangehaalde studies is niet gekeken naar de mate van therapiegetrouwe uitvoering.

Doe onderzoek naar interventies die de kans van slagen van terugplaatsing vergroten, zowel gedurende de uithuisplaatsing als na terugplaatsing.

Doe onderzoek naar methoden die effectief zijn in het begeleiden van ouders bij het omgaan met de uithuisplaatsing, onder andere waar het gaat om acceptatie van de uithuisplaatsing en de nieuwe manier om vorm te geven aan hun ouderschap en relatie met hun kind.

Doe onderzoek naar methoden om tijdens de uithuisplaatsing ouders en jeugdigen te begeleiden tijdens bezoekenmomenten.

Ontwikkellacunes

Het NIP heeft bij autorisatie gevraagd om de ontwikkeling van een eenduidig rapportage format dat de besluitvorming ondersteunt. De ontwikkelaars zijn het hiermee eens en adviseren de ontwikkeling van een standaard format voor verslaglegging.

Signalen

Er is in Nederland beperkte discipline in het bewaken van programma-integriteit van effectieve interventies of programma's. Er is in de huidige praktijk te weinig aandacht en tijd voor opleiding, methodische werkbegeleiding en monitoring om de voorgeschreven aanpak in de richtlijn zorgvuldig uit te voeren.

De mogelijkheid om ervaringsdeskundigen in te zetten moet verder verkend, uitgewerkt en onderzocht worden.

