

MST: Multisysteem Therapie

MST-Nederland/België
23 december 2022



Opgroeien

Inhoudstafel

Inhoudstafel	2
1. Inleiding: maak kennis met de praktijk	3
2. Praktijkbeschrijving	5
2.1 De aanleiding: probleem- en vraagstelling	5
Oorzaken	6
2.2 Voor wie: doelgroep	8
Intermediaire doelgroep	8
Betrokkenheid doelgroep	9
2.3 Wat wil je bereiken: doelen	10
Subdoelen	10
2.4 Uitgangspunten van je praktijk	11
2.5 Opbouw van je praktijk	11
2.6 Inhoud van het aanbod: concrete werkwijze, materialen en links	16
2.7 Verwante praktijken	17
3. Onderbouwing	18
3.1 Theoretisch kader	18
3.2 Argumenten op basis van onderzoek	21
4. Voorwaarden voor uitvoering	28
4.1 Competente medewerkers	28
4.2 Kwaliteitsbewaking	29
4.3 Ruimte en infrastructuur	31
4.4 Kostprijs	31
4.5 Overdracht en implementatie	32
Implementatie	32
5. Bronnen	34
6. Contactgegevens	39

1. Inleiding: maak kennis met de praktijk

Multisysteem Therapie (MST) is een intensieve gezinsbegeleiding in de thuissituatie. MST is bedoeld voor gezinnen met jongeren van 10 tot 19 jaar die ernstige gedragsproblemen vertonen. Er is sprake van agressie, spijbelen, middelengebruik, ze plegen delicten, lopen weg, gaan om met verkeerde vrienden, ... Het grensoverschrijdende probleemgedrag doet zich voor op meerdere levensgebieden (zoals thuis, op school of in de vrije tijd) en is dermate ernstig dat de jongere uit huis geplaatst dreigt te worden of uit huis geplaatst is. Het hoofddoel van MST is de ernstige gedragsproblemen van de jongere verminderen en ervoor zorgen dat het gezin en de omgeving in staat zijn om toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden, zodat de jongere thuis kan (blijven) wonen en uithuisplaatsing wordt voorkomen of verkort.

De begeleiding duurt gemiddeld 4 tot 5 maanden, waarbij een gezin 24/7 een begeleider ter beschikking heeft. In alle systemen rondom de jongere zoekt de MST begeleider met de sleutelfiguren (belangrijke betrokkenen) naar factoren die samenhangen met het probleemgedrag. Alle ingezette behandeltechnieken en -strategieën zijn gericht op de jongere zelf, het gezin, de school, het contact met leeftijdsgenoten en de buurt. MST werkt met een analytisch model en behandelprincipes die op maat worden ingezet. De MST begeleider zet behandeltechnieken en -strategieën in die bewezen effectief zijn, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, strategische en structurele systeemtherapie en contingency management (een gedragstherapeutische methode die gericht is op systematische contingente bekrachtiging van vooraf vastgelegd doelgedrag). De begeleiding versterkt de probleemoplossende vaardigheden van het gezin, de opvoedvaardigheden van de opvoeders en het sociale netwerk. Dat vergroot de veerkracht van het gezin zodat het beter in staat is om problemen duurzaam zelf op te lossen nu en in de toekomst.

MST begeleiders zijn gecertificeerd en werken in teamverband. Vanwege de intensiteit van de begeleidingen werkt een voltijdse MST begeleider gemiddeld met 4 tot 5 gezinnen. Kenmerkend voor MST is het sterke kwaliteitssysteem, met onder meer doorlopende scholing, wekelijkse supervisie en consultatie, en het meten en monitoren van alle behandelresultaten, waarbij externe MST experts intensief betrokken zijn (zie schema 2 in hoofdstuk 4. Voorwaarden voor uitvoering). Multisysteem Therapie is een *evidence-based practice* (EBP). De effectiviteit voor jongeren met ernstige gedragsproblemen is herhaaldelijk aangetoond, waardoor MST wereldwijd is erkend door Blueprints¹ op het hoogste niveau.

MST wordt in 2023 uitgevoerd in 15 verschillende landen. MST Services (USA) is als organisatie bij alle landen betrokken om het sterke MST-kwaliteitssysteem te monitoren en te coördineren. Dat maakt dat MST internationaal volgens hetzelfde analytische proces en kwaliteitssysteem wordt uitgevoerd. We beschrijven de werkwijze van MST hier zoals MST wereldwijd wordt toegepast, gebaseerd op het MST handboek (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2010). Daarnaast is deze beschrijving specifiek toegespitst op het jeugdhulplandschap in Vlaanderen.

MST inzetten sluit bijzonder goed aan bij een aantal ontwikkelingen in België. Allereerst bij de veranderingen in het jeugdhulplandschap sinds 2014 naar aanleiding van het decreet integrale jeugdhulp, dat toelaat om met een sectoroverstijgende aanpak integrale jeugdhulp te bieden. De bijbehorende doelstellingen, zoals minderjarigen en het gezin maximaal laten participeren, de eigen kracht van de cliënt en de omgeving versterken en de verantwoordelijkheid van opvoeders vergroten, sluiten naadloos aan bij de inzet van MST. Daarnaast sluit de inzet van MST goed aan bij het decreet jeugddelinquentierecht sinds 2019, waarbij

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

opvoeders zoveel mogelijk worden betrokken bij de ingezette hulp en de tussenkomst van zo kort mogelijke duur is. Bovendien moet de ingezette hulp gericht zijn op de context, waarbij oog is voor het (gezins)systeem als totaliteit. De Vlaamse overheid wil het zicht op het effect van de ingezette hulp vergroten, door gebruik te maken van evidencebased methoden waarvan de effectiviteit wetenschappelijk bewezen is. Ook wil MST uithuisplaatsingen voorkomen.

Als evidencebased interventie kan MST hieraan bijdragen door ondersteuning in de thuissituatie, zodat kinderen en jongeren in hun thuissituatie kunnen opgroeien, weer naar school gaan en geen strafbare feiten meer plegen. Daardoor krijgen jongeren weer een goed toekomstperspectief.

2. Praktijkbeschrijving

2.1 De aanleiding: probleem- en vraagstelling

Aard en ernst van de problematiek

Multisysteem Therapie richt zich op jongeren met ernstige gedragsproblemen. Van ernstige gedragsproblemen is sprake wanneer de jongere gedurende minstens enkele maanden 1 of meerdere vormen van storend gedrag vertoont, zoals dwars en opstandig gedrag, prikkelbaar en driftig zijn, anderen ergeren, antisociaal gedrag en/of agressief gedrag (De Lange et al., 2018; Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017), wat nadelige gevolgen heeft voor de jongere en/of de omgeving. Een voorwaarde voor de inzet van MST is dat het probleemgedrag zich op meerdere levensgebieden voordoet en dermate ernstig is dat de jongere uit huis geplaatst dreigt te worden of uit huis geplaatst is. In het algemeen ervaren de opvoeders de opvoedtaak als (te) zwaar en voelen zij zich ernstig belast.

Wanneer sprake is van dusdanige ernstige gedragsproblematiek kan uit onderzoek een psychiatrische stoornis naar voren komen, zoals de oppositioneel opstandige gedragsstoornis of de antisociale gedragsstoornis. De prevalentie van ernstige gedragsproblemen bij kinderen en jongeren tussen 0 en 18 jaar wordt meestal (conservatief) geschat op 10% (Prodia, 2014). Daarnaast schommelen de prevalentiecijfers van kinderen en jongeren met een oppositioneel opstandige gedragsstoornis tussen 1,8 en 6%. Voor de antisociale gedragsstoornis worden die geschat tussen 1,5 en 5,4%. Gemiddeld komen gedragsstoornissen en gedragsproblemen meer voor bij jongens dan bij meisjes (ongeveer een verhouding van 2 op 1) (Carr, 2006; Hoge Gezondheidsraad, 2011; Wenar & Kerig, 2005). Naast het externaliserende gedrag kan, met name bij meisjes, ook internaliserende problematiek voorkomen, zoals depressie, angst en PTSS (Belknap & Holsinger, 2006; Hipwell & Loeber, 2006).

De jongeren komen regelmatig uit gezinnen met langdurige, meervoudige en ernstige problemen op zowel sociaal-economisch als psychosociaal vlak, ofwel zwakkere sociale milieus (Lünnemann, Loeffen, Steketee, Hoefsloot & Bel, 2017; Prodia, 2014; Van der Steege & Zoon, 2017). Denk aan de volgende problemen: moeilijkheden in de opvoeding en/of huishouding, werkloosheid, schuldenproblematiek, psychische problemen en verslavingen. De kinderen hebben een verhoogde kwetsbaarheid wanneer ze te kampen hebben met een veelheid van negatieve invloeden. De draagkracht en draaglast zijn in deze gezinnen niet in balans en vaak zijn 1 of meerdere kinderen uit huis geplaatst (Steketee, 2012). Uit Nederlands onderzoek blijkt dat naar schatting 3 tot 5% van de gezinnen onderdeel is van deze groep (Van den Berg & De Baat, 2012).

Vanwege de ernst van de gedragsproblemen dreigen de jongeren uit huis geplaatst te worden binnen de pleegzorg, een voorziening of een gemeenschapsinstelling, of zijn ze al uit huis geplaatst. In 2021 verbleven 10.143 kinderen en jongeren in de pleegzorg, 7.473 in voorzieningen van Jeugdhulp, 1.806 in gemeenschapsinstellingen (gesloten jeugdinstellingen) en 265 in internaten met permanente openstelling (Opgroeien, 2022). Jaarlijks worden bovendien nieuwe trajecten opgestart. In 2021 zijn 6.135 trajecten opgestart in een jeugdhulpvoorziening, inclusief pleegzorg; dat zijn zowel kinderen en jongeren met opvoedings- en gezinsproblemen als kinderen en jongeren met een (vermoeden van) handicap (Opgroeien, 2022). Daarnaast zijn in 2021 1.560 jongeren opgenomen in een gemeenschapsinstelling voor gesloten begeleiding na uitspraak van jeugdrechters, omdat ze een delict pleegden of daarvan verdacht werden (977) of wegens ernstige verontrusting (583). Dat kan regulier zijn, met een gemiddelde verblijfsduur van 4 maanden, of voor een time-out, waarbij de jongere 2 weken wordt opgenomen en daarna terugkeert naar de open voorziening waar de jongere eerder werd begeleid.

Met behulp van MST in België kunnen we voor een deel van die jongeren een uithuisplaatsing voorkomen of verkorten, waardoor kinderen en jongeren in hun thuissituatie kunnen opgroeien, weer naar school gaan en

geen delictgedrag meer vertonen. Het toekomstperspectief van jongeren in België wordt daardoor sterk verbeterd (zie paragraaf 'Gevolgen van de problematiek').

Oorzaken

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

Factoren van de jongere:

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

Factoren van het gezin:

- onvoldoende opvoedvaardigheden van opvoeders (Deković & Bodden, 2019; De Lange et al., 2018; Murray & Farrington, 2010; Stormshak, DeVargas & Cardenas, 2018), zoals onvoldoende toezicht, inconsequent en toegeeflijk handelen, hard straffen en minder gedragscontrole van de jongere
- (ingesleten) negatief interactiepatroon tussen opvoeders en de jongere (De Lange et al., 2018; Murray & Farrington, 2010; Stormshak et al., 2018)
- verminderde affectieve band tussen opvoeder en kind (Deković & Bodden, 2019)
- persoonlijke problemen van opvoeders (zoals impulsiviteit, depressieve stemming, relatieproblemen, psychiatrie) (Barry, Lindsey, Fair & DiSabatino, 2018; Deković & Bodden, 2019; Murray & Farrington, 2010; O'Leary & Solano, 2018), waarbij ernstige problemen van opvoeders, zoals persoonlijkheidsstoornissen, onveilige opvoedingssituaties kunnen creëren (Sellbom et al., 2018)
- overbelasting en machteloosheid bij opvoeders, waardoor deelname aan begeleiding wordt belemmerd (De Lange et al., 2018; Scott & Dadds, 2009).

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

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

Tot slot zijn de volgende beschermende factoren belangrijk om ernstige gedragsproblemen terug te dringen. Allereerst moeten opvoeders zich inzetten voor hun kind en bereid zijn om samen te werken met school en hulpverlening (Matthys & Powell, 2018). Bovendien kunnen de binding met school en een diploma

voorkomen dat jongeren vervallen tot delinquent gedrag (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), 2009). Daarnaast draagt op het niveau van de wijk betrokkenheid bij activiteiten in de buurt bij aan een sterk informeel netwerk (Biglan, Brennan, Foster & Holder, 2004; Hoge, Guerra & Boxer, 2008; Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber & Van Kammen, 1998). Verder is intensieve samenwerking met een informeel netwerk door de hulpverlener van belang om een uithuisplaatsing te voorkomen (Van Dam & Verhulst, 2016).

Gevolgen van de problematiek

Korte- en langetermijnevolgen

Ernstige gedragsproblemen hebben een verstorend effect op de sociale omgeving en kunnen veel negatieve gevolgen hebben op alle levensgebieden van de jongere. De jongere kan bijvoorbeeld te maken krijgen met afwijzing van leeftijdgenoten (McDonald & Gibson, 2018), sociaal isolement en politiecontacten (Maughan & Rutter, 2001). Opvoeders kunnen negatieve gevoelens over hun kind ervaren en harde straffen gaan hanteren (De Lange et al., 2018). Bovendien kunnen zij, net als de bredere opvoedomgeving, stress en machteloosheid ervaren. Ernstige gedragsproblemen kunnen voortduren in de volwassenheid in de vorm van middelenmisbruik, gewelddadig gedrag of delinquent gedrag (Brook, Lee, Finch, Brown & Brook, 2013). Er kan ook sprake zijn van de ontwikkeling van angstproblemen en depressie (Burke, Derella, & Johnston, 2018). Dat gedrag kan zelfs uitmonden in een borderline- of antisociale persoonlijkheidsstoornis (Frick & Wall Meyers, 2018; Sellbom, Bach & Huxley, 2018). Ook is er kans op intergenerationale overdracht van criminaliteit en regelovertredend gedrag (Bijleveld & Wijkman, 2009), waarbij families generaties lang vergelijkbare problemen ondervinden.

Uithuisplaatsing van de jongere

Bovendien heeft de uithuisplaatsing van kinderen en jongeren een grote impact; de uithuisplaatsing kan een traumatische ervaring zijn en kan een negatieve invloed hebben op het functioneren van de jongere, zoals op de schoolresultaten (Stone, 2007; Van Beek, 2020). Bij de plaatsing in een gesloten instelling verloopt de terugkeer naar huis en de participatie van de jongere in de maatschappij vaak moeizaam, mede doordat de thuissituatie niet is veranderd (Bartelink, Ten Berge & Van Vianen, 2017; Hammink, Barendregt, De Jonge & Van de Mheen, 2016; Harder, Knorth & Kalverboer, 2011). Uit het jaarverslag van de Commissie van Toezicht voor Jeugdstellingen (Strik & Vrijens, 2022) in België komt bovendien naar voren dat het door een gebrek aan middelen bij de instellingen niet gemakkelijk is om aan re-integratie te werken en dat onduidelijkheid over het uitstroomperspectief van jongeren soms bijdraagt aan een verergering van de problemen en bemoeilijking van de re-integratie in de maatschappij. Uit literatuuronderzoek op basis van wereldwijde studies naar de gevolgen van jeugddetentie blijkt daarnaast dat jeugddetentie over het algemeen niet leidt tot een lagere recidive. Het kan zelfs leiden tot onbedoelde neveneffecten die de prosociale ontwikkeling in de weg staan, zoals het schaden van (de opbouw van) positieve en betekenisvolle relaties met volwassenen en leeftijdsgenoten en het beperken van maatschappelijk perspectief (Van Ham & Ferwerda, 2018).

Daarnaast is de gemiddelde plaatsingsduur van jongeren in België lang. Een opname in een observatie- en behandelcentrum (OBC) duurt gemiddeld ruim 10 maanden (2021). De gemiddelde verblijfsduur is ruim 15 maanden voor een verblijf in organisaties voor bijzondere jeugdzorg (OBJ) en voor GES+-voorzieningen (aangepaste opvang voor jongeren met extreme gedrags- en emotionele problemen) is dat ruim 8,5 maanden (Opgroeien, 2022). Jongeren die vanwege een jeugddelict worden geplaatst in een gemeenschapsinstelling verblijven er gemiddeld 4 maanden.

Aan dergelijke plaatsingen zijn hoge (maatschappelijke) kosten verbonden. Uit een Nederlandse analyse blijkt dat een verblijf van 3 maanden in een jeugddetentiecentrum bijna 70.000 euro kost (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2020) en een verblijf van 6,5 maanden in de gesloten jeugdzorg 78.500 euro (Jeugdzorg Nederland, 2021; Verhagen, Beelen, Rahder, Lenglet & Van Montfoort, 2018). Wanneer jongeren er langer dan een jaar verblijven, lopen die kosten zelfs op tot minimaal 145.000 euro. Bovendien stroomt een groot deel van de jongeren door naar een andere jeugdhulpvoorziening, waardoor de kosten zich blijven opstapelen. Hoewel de Belgische kosten voor verblijf onbekend zijn, is de verwachting dat ze vergelijkbaar zijn. Daarnaast zijn er maatschappelijke kosten als direct gevolg van de ernstige gedragsproblemen, zoals kosten door schooluitval of van justitie, en indirect wanneer de intergenerationale problematiek in stand wordt gehouden.

2.2 Voor wie: doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Multisysteem Therapie (MST) is bedoeld voor jongeren van 10 tot 19 jaar² met ernstige gedragsproblemen, zoals agressie, spijbelen, delicten plegen, weglopen, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden. Het grensoverschrijdende probleemgedrag doet zich voor op meerdere levensgebieden (zoals thuis, op school of in de vrije tijd) en is dermate ernstig dat de jongere uit huis geplaatst dreigt te worden of uit huis geplaatst is.

Intermediaire doelgroep

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

Inclusiecriteria en exclusiecriteria

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

- De aangemelde jongere is tussen de 10 en 19 jaar oud.
- De aangemelde jongere vertoont ernstige gedragsproblemen (zoals agressie, spijbelen, plegen van delicten, weglopen, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden) op ten minste 2 levensgebieden. Naast een externaliserende problematiek kan er sprake zijn van comorbide internaliserende problematiek.
- Er is een gezin waar de jongere woont of kan wonen, waarin de opvoeders voor langere tijd de verantwoordelijkheid dragen voor de jongere. Een jongere hoeft zelf niet gemotiveerd te zijn voor de begeleiding.
- Er kan een civiel- of strafrechtelijk kader zijn, zoals voor minderjarigen in verontrustende situaties (VOS) of jongeren die een jeugddelict hebben gepleegd, of een vrijwillig kader waarin de opvoeder nadrukkelijk een te grote opvoedingsbelasting aangeeft.
- Er is een verhoogd risico op uithuisplaatsing van de jongere of de jongere is al uit huis geplaatst in een voorziening, (gesloten) gemeenschapsinstelling of is klinisch opgenomen.

Daarnaast hanteert MST de volgende exclusiecriteria:

- De jongere woont zelfstandig.
- De jongere vertoont ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag zonder enige andere vorm van ernstige gedragsproblemen; voor die jongeren is de adaptatie MST-PSB (Problem Sexual Behavior) ontwikkeld.
- De jongere gedraagt zich actief suïcidaal, acuut psychotisch en/of homicidaal, waarvoor een crisisinterventie in de vorm van een opname nodig is. Na een (korte) opname en/of gebruik van medicatie kan MST mogelijk wel plaatsvinden. In geval van ernstige psychiatrische problemen is de adaptatie MST-Psychiatric geschikt.
- De jongere heeft een ernstige leerbeperking (IQ lager dan 50).
- De jongere heeft een ernstige mate van autisme (niveau 2 en 3 in het autismespectrum volgens de DSM-V; American Psychiatric Association, 2013).³

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

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

Deze in- en exclusiecriteria (met uitzondering van leeftijd, zie voetnoot) zijn gelijk aan de internationaal gehanteerde criteria, waarbij de precieze formulering is aangepast aan specifieke terminologie en het jeugdhulplandschap in Vlaanderen.

Selectie van jongeren

Alleen de intersectorale toegangspoort (ITP) kan jongeren naar MST verwijzen. De jeugdrechtbank, het Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ), het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) of een andere jeugdhulpverlener, bijvoorbeeld van het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) of een centrum geestelijke gezondheidszorg (cgg) kan een aanvraag doen bij de ITP. Wanneer opvoeders zelf hulp willen vragen, kan dat via deze diensten.

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

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

In kaart brengen van problematiek met vragenlijsten

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

Betrokkenheid doelgroep

MST is eind jaren 70 ontwikkeld in de Verenigde Staten aan de psychologische faculteit van de universiteit van Memphis, specifiek voor jongeren in achterstandsbuurten uit gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Sindsdien wordt MST voortdurend doorontwikkeld met behulp van de doelgroep, waarbij de implementatie van MST wordt verbeterd op basis van onderzoek en evaluatie (zoals bijvoorbeeld de implementatie van MST verbeteren voor jongeren en/of opvoeder(s) met een licht verstandelijke beperking). De doelgroep is altijd betrokken geweest bij het onderzoek naar de effectiviteit van MST (Henggeler, 2011).

Daarnaast is de doelgroep betrokken bij de doorontwikkeling van MST, doordat gezinnen gedurende de begeleiding maandelijks worden gebeld door een interviewer die niet is verbonden aan het MST team, om feedback te geven op de modeltrouw (*adherence*) van de begeleider door middel van een vragenlijst (TAM, *therapist adherence measure*). De uitkomsten daarvan worden verwerkt in de individuele ontwikkelingsplannen van MST-begeleiders, de op maat gemaakte boosters (verdiepingstrainingen) en het halfjaarlijkse Programma Implementatie Rapport (PIR) per MST team. De kwaliteit van de uitvoering van MST wordt op die manier voortdurend verbeterd op basis van de feedback van de gezinnen.

De feedback die de doelgroep maandelijks geeft via het telefonische interview voor de TAM, draagt ook in bredere zin bij aan de doorontwikkeling van de interventie. Zo zijn de resultaten van de TAM nadrukkelijk gebruikt in een onderzoek naar de implementatie van MST, waardoor er beter zicht is gekomen op randvoorwaarden die bijdragen aan hogere modeltrouw. Verder meten MST aanbieders bij het einde van de

begeleiding vaak hoe hoog de cliënttevredenheid is. De uitkomsten daarvan worden geëvalueerd en waar nodig worden verbeteringen doorgevoerd.

2.3 Wat wil je bereiken: doelen

Hoofddoel

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

Dat betekent concreet dat MST aan het eind van de begeleiding de volgende hoofdresultaten (*ultimate outcomes*) behaalt:

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

Indien van toepassing:

4. De jongere heeft het problematische middelengebruik en/of problematische gamen/gokken/internetgedrag verminderd, zodat er geen sprake meer is van nadelige beïnvloeding van het dagelijkse functioneren.

Subdoelen

Om de hoofddoelen te behalen werkt de MST begeleider met de belangrijke betrokkenen in de begeleiding aan de volgende instrumentele resultaten (*instrumental outcomes*), of subdoelen:

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

De hoofd- en subdoelen zijn internationaal gelijk, waarbij de precieze formulering en meetwijze is aangepast aan de specifieke terminologie en het jeugdhulplandschap in het betrokken land. In Nederland en België is het hoofddoel rondom problematisch middelengebruik in 2022 uitgebreid met problematisch gamen/gokken/internetgedrag, vanwege de noodzaak en mogelijkheden in Nederland en België om met een systemische interventie die gedragsproblemen aan te pakken.

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

Bij de aanvang van elke MST begeleiding verwerkt de begeleider de algemene hoofd- en subdoelen in een individueel behandelplan. Daarin neemt de begeleider op maat geformuleerde doelen en meetbare

uitkomsten op in samenspraak met alle sleutelfiguren, waaronder in ieder geval de jongere, opvoeders en verwijzer. De individuele behandeldoelen van de jongere zijn gericht op de gedragingen die moeten veranderen om de hoofddoelen te behalen. De begeleider formuleert de doelen in positieve termen, en geeft ook aan met behulp van welke bronnen de doelen worden geëvalueerd (denk aan de opvoeders, jongere, steunfiguren, school en politie) en op basis van welke observeerbare feiten. De begeleider evalueert wekelijks de doelen met het gezin, en doet dat ook bij de afronding van de begeleiding.

2.4 Uitgangspunten van je praktijk

MST is een op maat gesneden intensieve gezinsbegeleiding om uithuisplaatsing te voorkomen of te verkorten. De begeleiding vindt plaats in de thuissituatie. Als MST start wanneer de jongere al uit huis geplaatst is, keert de jongere binnen enkele weken volledig terug in de thuissituatie. Het gezin heeft altijd (24/7) een begeleider ter beschikking. MST richt zich op de factoren die volgens wetenschappelijk onderzoek ernstige gedragsproblemen veroorzaken en in stand houden. Met die onderbouwing pakt de MST begeleider de risicofactoren aan die samenhangen met het probleemgedrag van de jongere en ziet de jongere daarbij als onderdeel van zijn of haar omgeving die bestaat uit verschillende, onderling samenhangende systemen: het gezin, de bredere familie, school, zijn/haar buurt, zijn/haar vrienden/leeftijdsgenoten en specifieke individuele factoren. In alle systemen rondom de jongere intervenueert MST. Er wordt dan ook nauw samengewerkt met de omgeving van het gezin, zoals onderwijsinstellingen, politie, buurtwerk en sportvoorzieningen. De begeleiding wordt altijd afgestemd op de behoeften van de jongere en het gezin/systeem, waardoor iedere concrete uitvoering verschillend is. De aanpak volgt de 9 behandelprincipes en het analytische proces van MST (zie 'Opbouw van je praktijk'). Daardoor kan flexibel, op maat en in de juiste volgorde worden ingespeeld op de verschillende behoeften in gezinnen.

2.5 Opbouw van je praktijk

Opzet van de interventie

Gemiddeld neemt de hulpverlening 4 tot 5 maanden in beslag. Bij aanvang van de begeleiding wordt een vaste MST begeleider aan het gezin gekoppeld, die de gehele begeleiding voor zijn of haar rekening neemt. De begeleider bezoekt het gezin altijd thuis en op tijden die gunstig zijn voor de gezinsleden. De MST begeleider bezoekt het gezin meerdere keren per week en tussen de therapie sessies aan huis vindt ook online hulpverlening plaats met gezinsleden of andere betrokkenen (via Facetime, WhatsApp, (video)belafpraak, telefonisch en per e-mail)⁴. De intensiteit van de begeleiding is afhankelijk van het actuele risico op terugval in ernstige gedragsproblemen en overige veiligheidsrisico's. De duur van de contacten varieert ongeveer van 15 tot 90 minuten per contact. Daarnaast gaat de begeleider met het gezin mee naar belangrijke gesprekken, bijvoorbeeld op school, bij sportclubs of met de politie. Effectieve strategieën worden direct bij aanvang en gedurende de begeleiding ingezet ter bevordering van de duurzame betrokkenheid en motivatie (*engagement* en *alignment*) van de sleutelfiguren binnen alle systemen, inclusief de jongere zelf, gezins- en familieleden, schoolpersoneel, sportcoaches, burens en overige betrokken hulpverleners.

Analytisch proces MST

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

- Een MST begeleiding start met het zorgvuldig in kaart brengen van het gedrag van de jongere. Daarbij is van belang hoe het specifieke probleemgedrag eruitziet, hoe vaak het voorkomt, hoe ernstig het is en hoelang het al bestaat. Daarnaast brengt de begeleider samen met de sleutelfiguren

⁴ Uit onderzoek onder Nederlandse MST-gezinnen gedurende de eerste landelijke ~~eov~~ COVID-19-lockdown blijkt dat videobellen binnen MST over het algemeen geen negatief effect heeft op de relatie tussen begeleider en opvoeders (Lange, Delsing, Van Geffen & Scholte, 2022).

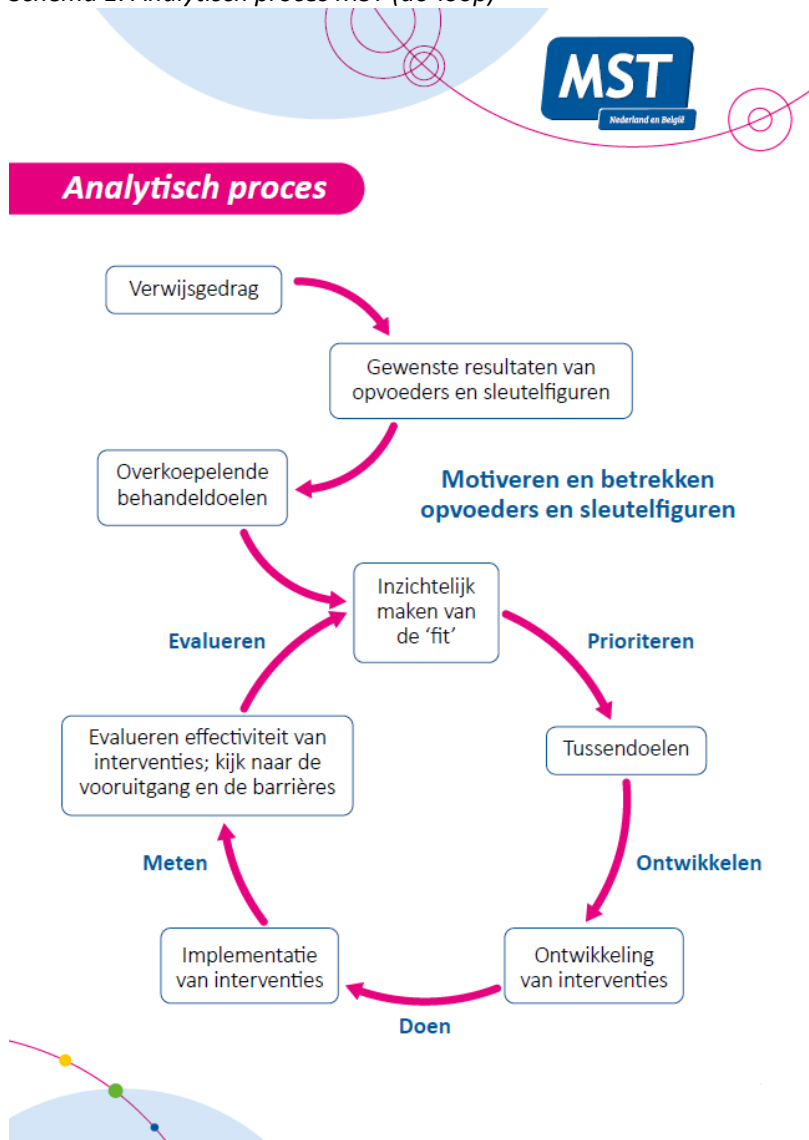
de gewenste uitkomsten in kaart (denk aan de jongere, de opvoeders, andere gezins- en familieleden, de verwijzer en de school).

- De begeleider formuleert samen met de sleutelfiguren de overkoepelende doelen, die samenhangen met het gedrag waarvoor naar MST is verwezen en de gewenste uitkomsten. Die doelen hebben altijd betrekking op het gedrag van de jongere, zoals de schoolgang verbeteren, veelvuldige verbale en fysieke agressie in alle levensgebieden voorkomen, de regels thuis naleven, omgaan met prosociale vrienden, crimineel gedrag voorkomen en/of middelenmisbruik verminderen. Er wordt concreet beschreven wat het specifieke gewenste gedrag is (hoe ziet het eruit als het doel behaald is) en hoe dat gemeten wordt (op welke manier wordt vanuit welk perspectief vastgesteld of het doel behaald is). Gedurende de begeleiding houdt de begeleider wekelijks bij of en in welke mate de behandeldoelen behaald zijn.

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

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

Schema 1. Analytisch proces MST (do-loop)



Verzamelen casusinformatie

In de eerste fase van de begeleiding maakt de begeleider samen met het gezin een genogram. Dat genogram geeft informatie over *life events*, sleutelfiguren en bronnen van steun voor het gezin, de kwaliteit van de relaties tussen gezinsleden onderling en de kwaliteit van de relaties tussen gezinsleden en overige sleutelfiguren. Daarnaast brengen de begeleider en het gezin de krachten (beschermende factoren) en behoeften (risicofactoren) in alle domeinen in kaart door middel van een grondige assessment. De begeleider verwerkt die informatie in de *case summary* en gebruikt dat document gedurende de hele begeleiding, zowel om de analyses (fitcirkels) te maken als om behandeltechnieken en -strategieën te kiezen. De *case summary* is een dynamisch document, waarin de krachten en behoeften voortdurend worden bijgesteld en/of aangevuld gedurende het begeleidingsproces.

Behandeltechnieken en -strategieën

De concrete acties en ingezette behandeltechnieken en -strategieën binnen MST hangen sterk af van het gezin en de situatie. De begeleider neemt wekelijks de gemaakte fitcirkels (probleemanalyses) grondig door in supervisie en consultatie. Op basis van de informatie en prioritering uit de fitcirkels wordt bepaald welke behandeltechnieken en -strategieën ingezet moeten worden om de gewenste uitkomsten te bereiken. Het is van belang dat ze voldoen aan de 9 behandelprincipes van MST:

1. De 'fit' zoeken:

Het hoofddoel van de fitanalyse is om te begrijpen wat de samenhang is tussen het probleemgedrag van de jongere en de omringende systemen.

2. Positief en gericht op sterke kanten:
De begeleider gebruikt de positieve en sterke kanten van de systemen en alle betrokkenen rondom de jongere (het gezin, de bredere familie, school, zijn/haar buurt, zijn/haar vrienden/leeftijdsgenoten en specifieke individuele factoren) voor verandering.
3. Verantwoordelijk gedrag vergroten:
De behandeltechnieken en -strategieën stimuleren verantwoordelijk gedrag en verminderen onverantwoordelijk gedrag van gezinsleden.
4. Gericht op het hier en nu en op actie, duidelijk geformuleerd:
De behandeltechnieken en -strategieën zijn op het heden afgestemd, gericht op actie en pakken duidelijk gedefinieerde problemen aan.
5. Gedragsreeksen zoeken:
De behandeltechnieken en -strategieën zijn gericht op gedragsreeksen binnen en tussen verschillende systemen die de problemen in stand houden.
6. Aangepast aan het ontwikkelingsniveau:
De behandeltechnieken en -strategieën passen bij de ontwikkeling en behoeften van de jongere en de opvoeders.
7. Voortdurende inzet van gezinsleden:
De behandeltechnieken en -strategieën vragen een dagelijkse of wekelijkse inspanning van de gezinsleden.
8. Evaluatie en verantwoording afleggen:
De effectiviteit van een behandeltechniek en -strategie wordt voortdurend vanuit verschillende perspectieven geëvalueerd. Het is de verantwoordelijkheid van de begeleider om barrières die goede resultaten in de weg staan weg te nemen.
9. Vasthouden van verandering en ze toepassen op nieuwe situaties:
De ingezette behandeltechnieken en -strategieën streven zoveel mogelijk generalisatie van de begeleiding na en zetten in op een langdurig behoud van de therapeutische verandering, door opvoeders in staat te stellen gehoor te geven aan de behoeften van gezinsleden via meerdere systemen en het gezin daardoor veerkrachtig te maken.

De begeleider zet behandeltechnieken in die bewezen effectief zijn voor de doelgroep. De technieken vinden hun oorsprong in de (cognitieve) gedragstherapie, strategische en structurele systeemtherapie, in contingency management (bij middelenmisbruik) en farmacotherapie (bijvoorbeeld bij ADHD, depressies en angststoornissen). MST begeleiders worden opgeleid en getraind om die behandeltechnieken en -strategieën in te zetten, waar nodig in samenwerking met de huisarts of kinder- en jeugdpsychiater. De begeleider maakt strategieën per gezin op maat en richt ze op de jongere, het gezin, leeftijdsgenoten, school/werk en het sociale netwerk.

Het zijn de opvoeders die een belangrijk deel van de meeste strategieën toepassen, dat past bij de theorie van verandering van MST die de opvoeders als belangrijkste motor voor verandering ziet. Het is belangrijk dat de gezinsleden leren om zelf hun problemen op te lossen en succesvoller omgaan met anderen en formele instanties ter ondersteuning en bevordering van positief gedrag bij de jongere. Door opvoeders en jongeren te versterken in het vermogen om problemen op deelgebieden stapsgewijs aan te pakken, wordt het probleemoplossingsvermogen van het hele gezin versterkt en worden problemen duurzaam aangepakt.

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

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

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

Voorbeeld van de aanpak van externaliserend probleemgedrag:

Voor de aanpak van drugsgebruik wordt binnen MST contingency management toegepast. Dat is een bewezen effectieve gedragstherapeutische methode, waarbij de aanpak wordt aangepast aan de unieke probleemanalyse van de jongere met betrekking tot drugs. Minstens 1 keer per week vindt een behandelafpraak plaats die de volgende structuur volgt: testen, de uitslag van de test analyseren, plannen waar nodig bijstellen en de afgesproken privileges volgens een vast systeem uitreiken (door opvoeders). Concreet kan bijvoorbeeld vanuit de fitcirkels naar voren zijn gekomen dat de jongere vooral drugs gebruikt als hij met een aantal specifieke vrienden is. De plannen kunnen er dan op gericht zijn om te voorkomen dat de jongere die vrienden tegenkomt (zoals een andere route naar school of een andere vrijetijdsbesteding) en om strategieën te leren voor wanneer de jongere die vrienden toch tegenkomt. Daarvoor oefent de jongere, samen met de opvoeders, de nodige vaardigheden.

Naast externaliserend probleemgedrag kan binnen MST sprake zijn van een comorbide internaliserende problematiek. Als blijkt uit de gemaakte fitcirkels dat een internaliserende problematiek een belangrijke rol speelt bij de totstandkoming van het externaliserende gedrag waarvoor de jongere is verwezen naar MST, pakt de MST begeleiding ook de internaliserende problematiek aan. In de praktijk blijkt dat door factoren aan te pakken die leiden tot het externaliserende gedrag, ook comorbide internaliserende problemen (deels) kunnen verdwijnen.

Voorbeelden van de aanpak van comorbide internaliserende problematiek:

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

Aanpak van barrières in de begeleiding

In alle fasen van de begeleiding maakt het team voor de wekelijkse evaluatie een fitcirkel wanneer de begeleiding niet volgens plan verloopt. Bijvoorbeeld als het niet lukt om voldoende afspraken met het gezin te plannen, als opvoeders willen stoppen met de MST-begeleiding of als de overeengekomen gedragsveranderingstechnieken niet worden toegepast of niet het gewenste effect opleveren. Onvoldoende motivatie (*engagement* en *alignment*) bij de opvoeders om intensief aan het werk te gaan met MST is 1 van de factoren die een rol kunnen spelen bij een moeizaam verloop van een begeleiding, zeker omdat MST vaak een laatste redmiddel is voor gezinnen die al veel hulpverlening hebben gehad. De MST begeleider neemt verantwoordelijkheid voor de motivatie en betrokkenheid van het gezin in de begeleiding, door altijd in kaart te brengen welke factoren van de begeleider, het gezin of de overige systemen maken dat de motivatie en betrokkenheid niet optimaal zijn en past daar vervolgens de behandeltechnieken en -strategieën op aan. De begeleider zet zich op die wijze voortdurend in om het gezin te motiveren aan de doelen te werken, zodat opvoeders weer grip krijgen op de jongere en het gezin toekomstige problemen zelfstandig kan aanpakken zonder hulpverlening.

Voorbeeld van de aanpak van barrières:

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

Terugvalpreventieplan

Zodra een overkoepelend doel behaald is, maakt de begeleider met de sleutelfiguren daarvan een positieve succesfitcirkel. Die maakt vanuit alle systemen en perspectieven zichtbaar welke factoren hebben bijgedragen aan het terugdringen van het oorspronkelijke probleemgedrag. In de laatste fase van de begeleiding ontwikkelt de begeleider met het gezin een terugvalpreventieplan (TVP), waarin aan de hand van de positieve fitcirkels naar voren komt welke sleutelfiguren welke acties moeten voortzetten. In dat plan wordt, mede aan de hand van de oorspronkelijke fitcirkels én de fitcirkels van de barrières die gedurende de begeleiding zichtbaar werden, geanticipeerd op mogelijke lastige situaties in de toekomst. De begeleider werkt samen met het gezin en overige sleutelfiguren uit hoe ze met die mogelijk lastige situaties kunnen omgaan, zodat de positieve resultaten ook op de langere termijn standhouden.

Het geleerde naar situaties in de toekomst vertalen (behandelprincipe 9) is vanaf de start van de begeleiding belangrijk. In de laatste weken van de begeleiding werken het gezin en overige betrokkenen zoveel mogelijk zelfstandig met dit terugvalpreventieplan. De rol van informele (familie, vrienden, burens) en formele (consulenten sociale dienst jeugdrechtbank, andere hulpverleners) sleutelfiguren uit de verschillende systemen concreet maken en vastleggen is uitermate belangrijk in deze fase om de behandelresultaten duurzaam te ondersteunen. Daarna zal de begeleider het gezin in deze fase minder intensief bezoeken of alleen telefonisch contact houden, om het gevoel van verantwoordelijkheid steeds meer bij de opvoeders te leggen en hen het vertrouwen te geven dat ze zelfstandig toekomstige problemen kunnen hanteren. Wanneer geen nieuwe barrières naar voren komen, kan de begeleiding worden afgerond. Wanneer wel nieuwe barrières naar voren komen, helpt de begeleider het gezin om die zo veel mogelijk zelfstandig en met behulp van hun eigen informele netwerk op te lossen.

2.6 Inhoud van het aanbod: concrete werkwijze, materialen en links

MST heeft een uitgebreide internationale online database met materialen (handleidingen, werkformulieren, achtergronden, richtlijnen...) die voortdurend wordt aangevuld en vernieuwd. Daarnaast is er een uitgebreide Nederlandse database voor MST experts van MST teams in Nederland en België en een online bibliotheek voor MST aanbieders. Dat zijn besloten platforms voor MST aanbieders. Hieronder sommen we maar een aantal belangrijke materialen op uit deze databases:

Materialen voor begeleiders en supervisors

- MST handboek: Multisysteem Therapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2010) – ook verkrijgbaar in de boekhandel
- handleiding MST casusrapportage (MST Case Summary Guide) over de werkwijze voor MST supervisie en consultatie
- werkformulieren, achtergronden en richtlijnen over specifieke onderwerpen, zoals agressie/veiligheidsplannen, gedragsplannen en formulieren vanuit de cognitieve gedragstherapie
- trainingsmaterialen en hand-outs, met daaraan gekoppeld wetenschappelijke artikelen.

Materialen voor supervisors

- MST Supervisory Manual
- trainingsmap voor de MST supervisoropleiding
- MST Organizational Manual en Nederlandse managementhandleiding.

Materialen voor experts

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

Materialen voor programmamanagers

- MST Organizational Manual en Nederlandse managementhandleiding
- trainingsmap voor programmamanagers
- implementatiedocumenten, zoals een *feasibility checklist* om de haalbaarheid van implementatie te onderzoeken, voorbeeldbegrotingen, programma-opstartchecklists, Goals & Guidelines-document (team-implementatieplan)
- materialen voor werving en selectie van alle rollen binnen MST, zoals uitgebreide toolkits (met onder andere functieprofielen, voorbeeldwervingsteksten en rollenspelen) en workshops.

Overige materialen

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

2.7 Verwante praktijken

In Vlaanderen worden de volgende methodieken op een beperkt aantal locaties ingezet voor jongeren met gedragsproblemen en/of delinquent gedrag:

- **Multidimensionele familietherapie (MDFT):** een systeemtherapie voor jongeren van 12 tot en met 24 jaar die crimineel gedrag vertonen en/of een stoornis hebben in het gebruik van alcohol en/of drugs, die al dan niet gepaard gaat met psychische problemen. Het doel van MDFT is ervoor te zorgen dat het probleemgedrag van de jongere stopt of althans afneemt. Bij dreigende uithuisplaatsing is het doel bovendien om de uithuisplaatsing van de jongere te voorkomen.
Het doel en de doelgroep van MDFT overlappen deels met die van MST. De centrale elementen van MDFT zijn echter delinquentie en/of stoornissen in alcohol- of drugsgebruik, terwijl MST zich richt op de brede range van ernstige gedragsproblemen. In de aanpak richt MDFT zich, net als MST, niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en op de bredere sociale omgeving van de jongere zoals de school, het werk, de vrije tijd en de buurt. Daarbij werkt MDFT met andere uitgangspunten dan MST. Daarnaast heeft MDFT een minder uitgebreid kwaliteitssysteem dan MST.
- **Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer (NPT):** intensieve individuele ambulante hulpverlening voor jonge veelplegers tussen 16 en 24 jaar (schuldig aan minimaal 3 delicten), met als doel om recidive te voorkomen.
De doelgroep van NPT is grotendeels ouder dan de doelgroep van MST en bovendien nauwer (veelplegers). Verder wordt, net als bij MST, binnen NPT gewerkt in de eigen context en woonomgeving van de jongere. NPT is geen systemische behandeling en de aanpak is gericht op de jongere zelf, waarbij wordt samengewerkt met het bestaande of nieuw opgebouwde sociale netwerk (bij voorkeur opvoeders). De behandeling van NPT duurt 9 maanden tot een jaar en is daarmee langer dan bij MST. In onderzoek naar NPT is geen verschil gevonden tussen de NPT-groep en de controlegroep op effectiviteit, waardoor er geen direct bewijs is dat de effectiviteit van NPT aantoot. De effectiviteit van MST daarentegen is in meerdere studies aangetoond.

3. Onderbouwing

3.1 Theoretisch kader

Bij het ontstaan, de instandhouding en/of het beïnvloeden van ernstige gedragsproblemen spelen zowel factoren van de jongere als van de omgeving van de jongere een rol (De Lange et al., 2018; Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017). Interventies die met behulp van verschillende technieken ingrijpen op verschillende domeinen tegelijk (zoals school en gezin), gericht zijn op personen of factoren die in een bepaalde ontwikkelingsfase het belangrijkste zijn en achterliggende factoren beïnvloeden, lijken effectief om gedragsproblemen bij kinderen en jongeren te kunnen verminderen (Meij & Boendermaker, 2008). Daarnaast moeten interventies bij voorkeur plaatsvinden in de leefomgeving van de jongere, theoretisch goed onderbouwd zijn en uitgevoerd worden zoals bedoeld door goed getrainde professionals die regelmatig supervisie krijgen (Van der Laan, Slotboom & Stams, 2010). De Nederlandse 'Richtlijn Ernstige gedragsproblemen' beveelt voor jongeren met ernstige gedragsproblemen vanaf 12 jaar gezinstherapie of een multisysteeminterventie, en cognitieve gedragstherapie aan (De Lange et al., 2018). Bovendien benoemt de Nederlandse 'Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen' specifieke werkzame factoren voor hulp aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen, waaronder een hoge intensiviteit van hulp met een grote mate van bereikbaarheid van de professional, een grondige analyse van de krachten en problemen, en de inzet van praktische hulp (Van der Steege, De Veld & Zoon, 2017). MST is een op maat gesneden ambulante gezinsbegeleiding die aan bovengenoemde aanbevelingen voldoet: de begeleiding is intensief, multisystemisch, richt zich op de belangrijkste risicofactoren die van invloed zijn op het probleemgedrag, vindt plaats in de leefomgeving van de jongere, heeft een 24/7 bereikbaarheidsdienst en wordt uitgevoerd binnen een sterk kwaliteitssysteem met voortdurende scholing en supervisie. MST wordt dan ook in Nederland genoemd in diverse richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming als passende en effectieve interventie, waaronder de 'Richtlijn Ernstige' (De Lange et al., 2018), de 'Richtlijn Middelengebruik' (Wits et al., 2017) en de 'Richtlijn Uithuisplaatsing' (Bartelink et al., 2017). Bovendien wordt MST genoemd in de 'Richtlijn Residentiële jeugdhulp' als geschikte interventie na verblijf van een jongere in een instelling (De Lange, Addink, Haspels & Geurts, 2017).

Wanneer bovendien sprake is van een groot risico op (recidive van) delinquent gedrag bij de jongere, is het van belang dat de interventie aansluit bij de risicofactoren en kenmerken van de jongere om gedragsverandering te bewerkstelligen en daarmee de kans op recidive en delinquent gedrag te verminderen: het *risk-need-responsivity*-model (RNR) (Andrews, Bonta & Wormith, 2006; Andrews & Bonta, 2010; Van der Laan et al., 2010). Het RNR-model vindt zijn oorsprong in de sociale leertheorie en de sociale cognitietheorie en gaat ervan uit dat crimineel gedrag wordt aangeleerd in de sociale context. Het 'risicobeginsel' houdt in dat de intensiteit van de begeleiding moet worden afgestemd op het recidiverisico: hoe groter de kans op recidive / delinquent gedrag, hoe intensiever de begeleiding moet zijn. Het 'behoeftebeginsel' beschrijft waarop effectieve interventies zich moeten richten: de invloed van criminogene factoren reduceren. Met name dynamische (veranderbare) criminogene factoren aanpakken is van belang om het recidiverisico te verminderen. Die factoren kunnen zich voordoen op kindniveau (zoals gedragsproblemen), gezinsniveau (bijvoorbeeld ouderlijke stress) en omgevingsniveau (bijvoorbeeld het gebrek aan zinvolle vrijetijdsbesteding). Naast dynamische risicofactoren kan sprake zijn van statische risicofactoren die kunnen samenhangen met een verhoogde kans op ernstig delinquent gedrag, zoals mannelijke sekse, een allochtone afkomst, een laag opleidingsniveau, een lage sociaal-economische status of eerdere politiecontacten (Van der Laan, Van der Schans, Bogaerts & Doreleijers, 2009). Het 'responsiviteitsbeginsel' beschrijft hoe gedragsverandering tot stand kan worden gebracht: interventies moeten aansluiten bij de persoonlijke leerstijl, de mogelijkheden en de motivatie van de jongere. Daarbij is het vooral belangrijk dat jongeren gedragsalternatieven aangeboden krijgen, zodat ze leren hoe ze zich op een niet-afwijkende manier kunnen handhaven in de samenleving (Van der Laan et al., 2010; Stams, 2011).

Doordat MST via het analytische proces (met fitcirkels) voortdurend hypothesen toetst over de risico- en beschermende factoren die op dat moment een rol spelen in het probleemgedrag van de jongere, sluit de begeleiding optimaal aan bij de risico's, behoeften en mogelijkheden van de jongere en de omgeving van de jongeren.

Aan MST ligt de theorie van verandering ten grondslag, die hoofdzakelijk gebaseerd is op verschillende aspecten van de sociaalecologische theorie van Bronfenbrenner (1979). Het centrale kenmerk is de multigedetermineerde aard van menselijk gedrag: het probleemgedrag van de jongere wordt veroorzaakt door meerdere factoren uit de verschillende systemen om de jongere heen (school, gezin, buurt, vrienden). Het probleemgedrag is alleen te begrijpen als je het bekijkt binnen die systemen en in de natuurlijke context. Vanuit die visie wordt het gezin thuis bezocht, wordt voor het probleemgedrag altijd in alle systemen naar oorzaken gezocht en wordt met alle systemen rondom de jongere samengewerkt om het probleemgedrag te verminderen.

De behandeltechnieken en -strategieën die binnen MST worden gebruikt moeten voldoen aan de 9 behandelprincipes van MST en zijn bewezen effectief voor de factoren die ermee beïnvloed moeten worden: cognitieve gedragstherapie (Foolen, Ince, De Baat & Daamen, 2013), gedragstherapie (Foolen et al., 2013), strategische en structurele systeemtherapie (Wetenschapsraad NVP, 2019), contingency management (Higgins, Silverman & Heil, 2008; Wits et al., 2017) en farmacotherapie (bijvoorbeeld voor ADHD: Jadad, Boyle, Cunningham, Kim & Schachar, 1999; Schachter, Pham, King, Langford & Moher, 2001).

Binnen deze theorie van verandering ziet MST de opvoeders als de belangrijkste motor voor verandering. De begeleiding valt of staat met de mate waarin het lukt om de betrokkenen te motiveren voor hulp en op 1 lijn te komen over wat die hulp moet inhouden (*engagement* en *alignment*). In de opzet van het behandelprogramma is hier dan ook specifiek rekening mee gehouden:

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

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

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

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

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

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

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

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

Bovendien worden de resultaten van alle MST begeleidingen gemeten en zijn de positieve hoofdresultaten (*ultimate outcomes*) van MST al jarenlang stabiel. De resultaten over 2021 in Nederland en België laten de volgende uitkomsten zien voor jongeren na afloop van de begeleiding:

- 95% woont (weer) thuis.
- 85% gaat naar school of heeft werk of een geïndiceerde dagbesteding.
- 97% pleegt geen delicten.

Concluderend kunnen we stellen dat MST een bewezen effectieve, *evidence-based practice* (EBP) is voor jongeren met ernstige gedragsproblemen. Door MST in te zetten, kan uithuisplaatsing worden voorkomen. Ook kan MST een brug slaan tussen (kort) verblijf in de (gesloten) jeugdzorg en terugkeer naar de thuissituatie, zodat de plaatsing wordt verkort en de moeizame overgang naar de thuissituatie wordt voorkomen (Bartelink et al., 2017; Hammink et al., 2016; Harder et al., 2011; Strik & Vrijens, 2022). Uit een rechtstreekse vergelijking van MST en residentiële begeleiding, blijkt dat met MST betere effecten worden behaald (Barth et al., 2007).

Bovendien worden met MST aanzienlijke kosten bespaard voor de maatschappij op de korte termijn, aangezien uithuisplaatsing een duur alternatief is. Uit berekeningen in Nederland blijkt dat een MST team jaarlijks gemiddeld 3 miljoen euro bespaart ten opzichte van uithuisplaatsingen. Ook wanneer MST wordt afgezet tegen andere begeleidingen blijken de maatschappelijke kosten ongeveer 50% lager te zijn (Vermeulen, Jansen, Knorth, Buskens & Reijneveld, 2017). Daarnaast voorkomt een MST gezinsbegeleiding op de lange termijn ongunstige effecten van uithuisplaatsing en bijbehorende doorlopende hoge maatschappelijke kosten (Stone, 2007; Van Beek, 2020; Van Ham & Ferwerda, 2018). MST geeft kinderen en hun ouders weer een toekomst.

3.2 Argumenten op basis van onderzoek

Multisysteem Therapie is een bewezen effectieve *evidence based practice* (EBP). Er is veel onderzoek gedaan naar Multisysteem Therapie. Een aantal hoogtepunten:

- Er zijn wereldwijd **91 studies** voltooid.
- Er zijn meer dan **170 peer-reviewed wetenschappelijke publicaties** verschenen.
- Aan de studies hebben **meer dan 64.000 gezinnen** deelgenomen.
- Daarvan zijn **28 studies gerandomiseerd** uitgevoerd (RCT).
- Bovendien zijn **64 studies door onafhankelijke onderzoekers** uitgevoerd.

Een volledig overzicht wordt jaarlijks aangevuld en online gepubliceerd in 'Research at a Glance' (MST Services, 2022; www.mstservices.com). Daarnaast wordt jaarlijks een overzicht met Europese publicaties aangevuld en online gepubliceerd (MST Services, 2022) en wordt een lijst met Nederlandse publicaties bijgehouden.

Diverse onafhankelijke onderzoeksteams hebben herhaaldelijk de effectiviteit van MST voor jongeren met ernstige gedragsproblemen aangetoond. De studies tonen onder andere aan dat MST:

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

Op basis van de uitgevoerde onderzoeken is MST wereldwijd gecertificeerd op het hoogste niveau door Blueprints⁵, samen met slechts 5 andere jeugdinterventies (FFT, GenerationPMTO en 3 specifieke onderwijsinterventies). Blueprints certificeert op dit niveau alleen interventies die sterke bewijzen van effectiviteit hebben op basis van wetenschappelijk onderzoek.

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

Studie 1

Boonstoppel, M. (2022). *Procesevaluatie Multisysteem Therapie in Nederland en België*. MST-Nederland/België (intern document).

In deze procesevaluatie is de huidige stand van zaken beschreven met betrekking tot de uitvoering van MST in Nederland en België. Daarbij is gekeken naar de uitvoering, het bereik, de behandelresultaten, de waardering en ervaringen, en de succesfactoren.

Uit de procesevaluatie komen de volgende uitkomsten naar voren:

1. *Mate waarin de interventie is uitgevoerd volgens plan*

Om ervoor te zorgen dat alle begeleiders wereldwijd de begeleiding uitvoeren zoals bedoeld en om de kwaliteit van alle MST begeleidingen te kunnen garanderen, heeft MST een stevig kwaliteitssysteem. MST-Nederland/België is verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking van alle Nederlandse en Belgische MST begeleidingen. Door de borging in het uitgebreide kwaliteitssysteem en de dagelijkse inzet van MST-Nederland/België om te zorgen voor opleiding en training, programmaontwikkeling en continue kwaliteitsverbetering, wordt MST uitgevoerd zoals bedoeld.

Een van de meetinstrumenten in MST is de TAM (*therapist adherence measure*), die de modeltrouw van de begeleider meet bij de opvoeders met onafhankelijke metingen gedurende de begeleiding. Het MST team in België heeft in 2021 een gemiddelde modeltrouwscore behaald van 0,84. Dat is ruim boven de MST norm van 0,61.

2. *Bereik van de interventie*

Sinds 2016 is er sprake van een sterke groei in het aantal MST aanbieders, het aantal MST teams bij bestaande MST aanbieders en het aantal verschillende MST varianten⁶ in Nederland en België. Daarnaast is er een steeds grotere spreiding van MST teams: MST teams zijn in meer regio's aanwezig en MST begeleidingen worden door steeds meer gemeenten ingekocht. Op 1 januari 2021 waren 44 MST teams actief (verspreid over 13 aanbieders); begin 2023 is het 50ste team gestart. Jaarlijks worden in Nederland en België ruim 1.500 jongeren begeleid met MST; in totaal zijn al circa 15.000 families geholpen. In België is momenteel 1 MST team actief. Er wordt actief ingezet op de verdere verspreiding van MST in België. In 2021 zijn 28 gezinnen geholpen met MST in België.

3. *Behandelresultaten van de interventie*

De hoofdresultaten (*ultimate outcomes*) van MST in 2021 laten de volgende resultaten zien voor de jongeren na afloop van de begeleiding: 95% woont (weer) thuis, 85% gaat naar school of heeft werk of een geïndiceerde dagbesteding, 97% pleegt geen delicten. De positieve uitkomsten op de hoofdresultaten van MST zijn al jarenlang stabiel. Dat is in lijn met uitkomsten uit de vele onderzoeken die gedaan zijn naar MST (MST Services, 2021). Concluderend kunnen we stellen dat MST een evidencebased begeleiding is voor jongeren met ernstige gedragsproblemen.

⁵ Blueprints for Healthy Youth Development, <https://www.blueprintsprograms.org/>.

⁶ In 2022 werden in Nederland de volgende varianten aangeboden: MST, MST-SA (Substance Abuse), MST-CAN (Child Abuse and Neglect), MST-ID (Intellectual Disability), MST-PSY (Psychiatrische problematiek), MST-PSB (Problem Sexual Behavior)

4. *Waardering en ervaring van deelnemers en uitvoerders*

De waardering en ervaring van deelnemers en uitvoerders wordt voortdurend gemeten binnen MST en dankzij het analytische proces omgezet in verbeteracties.

De meeste MST aanbieders meten de cliënttevredenheid bij het einde van begeleiding. Het algemene beeld is dat de gezinnen tevreden zijn over de inzet van MST en de resultaten van de begeleiding. Omdat niet elke aanbieder dat op gelijke wijze onderzoekt, illustreren we die uitspraak aan de hand van data van 2 MST aanbieders:

1. 1 van de MST aanbieders meet de cliënttevredenheid met de GGZ Jeugdthermometer (Kok & Van Wijngaarden, 2003). MST krijgt over de periode van 2016 tot 2019, met een onderzoeksgroep van 805 opvoeders, gemiddeld het cijfer 7,4. Daarnaast is het gemiddelde op de subschalen hoog: tevredenheid met de betrokkenheid 0,90, tevredenheid met de hulpverlener 0,96, tevredenheid met de uitkomst van de begeleiding 0,82.
2. Bij een andere MST aanbieder is de mate van cliënttevredenheid in 2019 onderzocht met de Exitvragenlijst Jeugdhulp (Praktikon, 2018). In 2019 hebben 29 gezinnen de MST begeleiding afgerond. Van die gezinnen hebben 18 opvoeders de Exitvragenlijst Jeugdhulp ingevuld. MST krijgt van die opvoeders gemiddeld het rapportcijfer 8,6.

De MST begeleiders en supervisors zijn zeer tevreden over de opleidings- en trainingsdagen, die worden gemiddeld zeer goed beoordeeld met een 4 of 5 op een 5 puntschaal. De MST expert en de MST coach gebruiken de feedback uit de evaluatieformulieren om de opleidingen en trainingen te verbeteren. Daarnaast zijn MST aanbieders zowel op directie- als op managementniveau tevreden over de nauwe samenwerking met en ondersteuning door MST-Nederland/België. Die onderscheidt zich en heeft veel aandacht voor de implementatie en kwaliteitsborging van MST. Verbeterpunten die voortkomen uit de samenwerking worden direct meegenomen.

5. *Succesfactoren*

We bespreken de volgende succesfactoren: uitgebreid en gedegen kwaliteitssysteem, nauw contact met het onderzoeksveld, de kosteneffectiviteit van MST en de dagelijkse inzet van MST-Nederland/België om aan te sluiten bij het jeugdzorgveld (zoals de verruiming van de MST programmavereisten door mogelijk te maken dat MST begeleiders onder bepaalde voorwaarden parttime werken).

MST sluit bijzonder goed aan bij een aantal ontwikkelingen in België:

- De veranderingen in het jeugdhulplandschap sinds 2014 naar aanleiding van het decreet integrale jeugdhulp, dat een sectoroverstijgende aanpak integrale jeugdhulp toelaat. De bijbehorende doelstellingen, zoals maximale participatie van minderjarigen en het gezin, de eigen kracht van de cliënt en de omgeving versterken, en de verantwoordelijkheid van opvoeders vergroten, sluiten naadloos aan bij de inzet van MST.
- Het decreet jeugddelinquentierecht sinds 2019, waarbij opvoeders zoveel mogelijk worden betrokken en tussenkomst voor een zo kort mogelijke duur is. Bovendien moet de tussenkomst gericht zijn op de context, waarbij oog is voor het (gezins)systeem als totaliteit. De Vlaamse overheid wil het zicht op het effect van de ingezette hulp vergroten, door gebruik te maken van evidencebased methoden met wetenschappelijk bewijs van effectiviteit. Het doel is ook om uithuisplaatsingen te voorkomen. Ook daarbij past MST als evidence-based interventie ter voorkoming van uithuisplaatsing.

Het bereik van MST is in België nog heel beperkt, omdat MST in België nog onbekend is en door de wijze waarop jeugdhulp wordt gefinancierd. MST-Nederland/België zet zich daarom in om de dekking van MST in België te vergroten, en zo voor iedere jongere toegang tot MST te realiseren zodat ze zoveel mogelijk in de eigen omgeving kunnen opgroeien.

Studie 2

Publicatie 1: Asscher, J.J., Deković, M., Van den Akker, A.L., Prins, P.J.M. & Van der Laan, P.H. (2018). Do extremely violent juveniles respond differently to treatment? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 958-977.

In deze gerandomiseerde studie (RCT) zijn 256 gezinnen vergeleken, waarvan 147 gezinnen MST kregen en 109 gezinnen de andere, al bestaande begeleidingen (TAU: *treatment as usual*). Verschillende vragenlijsten

zijn afgenomen bij de start en het einde van de begeleiding bij zowel de opvoeders (subscales van de Child Behavior Checklist (CBCL), Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VvGK), Nijmeegse Opvoedingsvragenlijst (NOV), Parenting Stress Index (PSI), Network of the Relationship Inventory (NRI), Parent-Adolescent Communication Scale (PACS)) als de jongeren (subscales van de Youth Self-Report (YSR), Self-Report Delinquency Scale (SRD), NRI, PACS, Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)). Verder is een deel van de Coder Impressions Inventory gebruikt tijdens een observatie thuis. Daarnaast werd maandelijks gedurende de begeleiding in een telefonisch interview een verkorte versie van de genoemde vragenlijsten afgenomen.

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

Publicatie 2: Vermeulen, K.M., Jansen, D.E.M.C., Knorth, E.J., Buskens, E. & Reijneveld, S.A. (2017). Cost-effectiveness of multisystemic therapy versus usual treatment for young people with antisocial problems. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27, 89-102.

De kosteneffectiviteit werd tegelijk gemeten tijdens een gerandomiseerde studie. Voor deze publicatie is gebruikgemaakt van gegevens verzameld bij het begin, einde en 6 maanden na afloop van de begeleiding. De data zijn verzameld van 1 maart 2008 tot 31 juli 2012. De steekproef bestaat uit 116 jongeren die zijn toegewezen aan MST of aan al bestaande begeleidingen (TAU: *treatment as usual*; MST n = 51; TAU n = 65). Er is gebruikgemaakt van gestandaardiseerde zelfrapportagevragenlijsten bij opvoeders (subscales van de Child Behavior Checklist (CBCL), aangepaste versie van de Trimbos/iMTA-vragenlijst voor kosten verbonden aan psychiatrische ziekte (TiC-P)) en jongeren (subscales van de Youth Self-Report (YSR), TiC-P). De belangrijkste uitkomstmaat is de kwaliteit van leven, zoals waargenomen door de jongeren en gemeten met de EuroQol Five-dimensions-vragenlijst (EQ-5D). Voor de kostenbeoordeling is gebruikgemaakt van een maatschappelijk perspectief. De uitval voor follow-up was 48% voor MST en 69% voor TAU.

Ongeveer twee derde van de onderzoeksgroep was man, met de gemiddelde leeftijd van 16 jaar en een hoog percentage Nederlandse nationaliteit (92% binnen MST, 80% binnen TAU). Ongeveer de helft van de jongeren woonde in een eenoudergezin, vanwege een scheiding. De moeder vulde de opvoedingsvragenlijsten in bij ruim 80% van de jongeren. Bijna de helft van de opvoeders had alleen de basisschool afgerond.

De kwaliteit van leven volgens de jongere verbeterde met 0.02 punten in de MST groep, ten opzichte van een verslechtering van 0.02 punten in controlegroep (TAU). Vanuit het perspectief van de opvoeders was er geen significant verschil gevonden in de kwaliteit van leven van jongeren. Daarnaast toonden de resultaten dat in beide groepen een neiging was voor vermindering van agressie en delinquentie, maar beide zonder significant voordeel voor de MST groep. Voor de kosten werd geen verschil gevonden bij de start tussen de 2 groepen (MST en TAU). Bij het einde van de begeleiding waren kostengegevens beschikbaar voor 38 jongeren

met MST en 45 jongeren met TAU. Die toonden aan dat de gemiddelde kosten per jongere met MST 13.430 euro bedroegen en bij TAU 15.201 euro (verklaard door hogere kosten voor institutionele zorg bij TAU). De kosten voor rekening van opvoeders bedroegen 481 euro bij MST en 442 euro bij TAU, met gemiddelde kosten voor verloren productiviteit van respectievelijk 90 euro en 32 euro. 6 maanden na het einde van de begeleiding waren de kostengegevens beschikbaar voor 20 jongeren met MST en 14 met TAU. Die toonden aan dat de gemiddelde kosten per jongere met MST 4.144 euro bedroegen en bij TAU 9.674 euro (verklaard door hogere kosten voor institutionele zorg bij TAU). De kosten voor rekening van de opvoeders bedroegen 381 euro bij MST en 324 euro bij TAU, met gemiddelde kosten voor verloren productiviteit respectievelijk 405 euro en 0 euro. Als we de kosteneffectiviteit bekijken, komt uit de analyses een kostenbesparing en winst in kwaliteit van leven naar voren (puntschatting ICER 384.633 euro). Daarnaast was de incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) 384.633 euro (95% BI: 2.001.433 euro tot 2.024.681 euro), wat duidt op dominantie van MST ten opzichte van TAU. Zonder extra investeringen is MST kosteneffectiever dan TAU met een kans van 75%. Concluderend blijkt dat de totale kosten vanuit maatschappelijk perspectief ongeveer 50% lager waren voor MST dan voor TAU.

Publicatie 3: Asscher, J.J., Deković, M., Manders, W., Van der Laan, P.H., Prins, P.J.M. & Van Arum, S. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in the Netherlands: effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 10, 227-243.

In deze gerandomiseerde studie (RCT) zijn 256 gezinnen vergeleken, waarvan 147 gezinnen die MST kregen en 109 gezinnen die andere, al bestaande begeleidingen kregen (TAU: *treatment as usual*). Bij de start van de begeleiding vond de voormeting plaats en 6 maanden na afloop van de begeleiding vond de eindmeting plaats met vragenlijsten voor opvoeders (subscales van de Child Behavior Checklist, Disruptive Behaviors Disorder Rating Scales) en jongeren (subscales van de Youth Self-Report, Self-Report Delinquency Scale). Delinquentie werd daarnaast beoordeeld met officiële justitiële gegevens van 6 maanden, 2 jaar en gemiddeld 3,06 jaar na afloop van de begeleiding.

De positieve effecten van MST met betrekking tot externaliserende gedragsproblemen, ODD, CD en vermogensdelicten houden volgens de opvoederrapportages en zelfrapportages op lange termijn stand; de effecten waren zelfs groter 6 maanden na de begeleiding dan direct na de begeleiding (effectgroottes bij einde begeleiding tussen 0.25 en 0.36, effectgroottes bij 6 maanden follow-up tussen 0.37 en 0.83). Er werd geen effect gevonden voor geweldsdelicten (effectgroottes 0.01 en 0.03). De officiële recidivecijfers laten daarnaast echter geen verschil zien in frequentie, timing en type nieuwe arrestatie tussen MST en TAU op lange termijn (effectgroottes bij 6 maanden follow-up tussen 0.05 en 0.13, effectgroottes bij 2 jaar follow-up tussen -0.20 en 0.16). Verder werden weinig en inconsistente moderatoreffecten gevonden. De tegengestelde resultaten op basis van verschillende informatiebronnen benadrukken het belang van het gebruik van verschillende informatiebronnen met betrekking tot delinquentie, omdat elke informatiebron voor- en nadelen heeft.

Publicatie 4: Asscher, J.J., Deković, M., Manders, W.A., Van der Laan, P.H. & Prins, P.J.M. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: Post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, 9, 169-187.

In deze gerandomiseerde studie (RCT) zijn aan het begin en einde van de begeleiding gegevens verzameld bij gezinnen die MST kregen en gezinnen die andere, al bestaande begeleidingen kregen (TAU: *treatment as usual*). In het onderzoek zijn 256 gezinnen meegenomen met een jongere die voldeed aan de inclusiecriteria van MST (MST n = 147; TAU n = 109). Op de 2 meetmomenten werden verschillende vragenlijsten afgenomen bij zowel de opvoeders (*Therapist Adherence Measure* (TAM) en subscales van: Child Behavior Checklist (CBCL), Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VvGK), Parenting Dimensions Inventory (PDI), Parenting Practices Questionnaire (PPQ), Nijmeegse Opvoedingsvragenlijst (NOV), Parenting Stress Index (PSI), Network of the Relationship Inventory (NRI), Parent-Adolescent Communication Scale (PACS)) als de jongeren (subscales van: Youth Self-Report (YSR), Self-Report Delinquency Scale (SRD), Children's Automatic Thought Questionnaire (CATS), Self-Perception Profile for Children (SPPC), PDI, The Psychological Control Scale-Youth Report (PCS-YSR), NRI, PACS, Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA), Family, Friends

and Self (FFS) Assessment Scales, Basic Peer Questionnaire) en werd gebruikgemaakt van observaties door middel van een deel van de Coder Impressions Inventory.

MST leidde tot een verhoogd competentiegevoel en positieve disciplinerende bij de opvoeders, een betere opvoeder-kindrelatie volgens opvoeders en een grotere afname van het externaliserende probleemgedrag en de vijandigheid van jongeren ten opzichte van de controleconditie (effectgroottes tussen 0.26 en 0.47). Jongeren rapporteerden geen effect in de opvoeder-kindrelatie (effectgrootte 0.10). Door jongeren gerapporteerde positieve disciplinerende nam daarnaast af in zowel de controleconditie als de MST-groep (effectgrootte 0.28); de daling was echter groter in de controleconditie. Zowel opvoeders als jongeren rapporteerden geen effect in de ongepaste disciplinerende (effectgroottes 0.03, -0.17). Echter, volgens de observaties was MST effectiever dan de controleconditie in zowel positieve disciplinerende, ongepaste disciplinerende en de kwaliteit van de opvoeder-kindrelatie (effectgroottes tussen .27 en .37). MST is effectiever dan de controleconditie in het verminderen van de oppositieve opstandige gedragsstoornis (ODD), gedragsstoornis (*conduct disorder* – CD) en betrokkenheid bij vermogensdelicten (effectgroottes tussen 0.25 en 0.36), maar niet effectiever in het verminderen van geweldsdelicten (effectgroottes 0.03). MST is daarnaast effectiever in het veranderen van de omgang met prosociale leeftijdgenoten (effectgrootte 0.41), maar niet effectiever in het verminderen van contacten met deviante leeftijdgenoten (effectgrootte 0.05). Er is geen effect gevonden voor het gevoel van eigenwaarde van de jongeren (effectgrootte 0.18) en een negatief effect werd gevonden voor persoonlijk falen (effectgrootte -0.26). Naast deze resultaten werden verschillende moderatoren van behandelresultaten onderzocht (leeftijd, geslacht, etniciteit): MST is even effectief voor alle leeftijden en verschillende etniciteiten, maar MST laat grotere (en meer positieve) effecten zien voor cognities bij jongens dan bij meisjes. We kunnen concluderen dat de gevonden positieve effecten van MST in Nederland vergelijkbaar zijn met de positieve bevindingen in de Verenigde Staten en Noorwegen.

Publicatie 5: Deković, M., Asscher, J.J., Manders, W.A., Prins, P.J.M. & Van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: Mediators of intervention effects during multisystemic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 574-587.

In deze gerandomiseerde studie (RCT) zijn aan het begin en einde van de begeleiding gegevens verzameld bij gezinnen die MST kregen en gezinnen die andere, al bestaande begeleidingen kregen (TAU: *treatment as usual*). Op de 2 meetmomenten werden verschillende vragenlijsten afgenomen bij zowel de opvoeders als de jongeren en werd gebruikgemaakt van observaties (zie publicatie 4). Daarnaast werd maandelijks gedurende de begeleiding in een telefonisch interview een verkorte versie van de genoemde vragenlijsten afgenomen. In het onderzoek zijn 256 gezinnen meegenomen met een jongere die voldeed aan de inclusiecriteria van MST (MST n = 147; TAU n = 109).

Significante effecten werden gevonden bij de MST-groep ten opzichte van de TAU-groep voor de toename in het competentiegevoel van opvoeders, positieve discipline en de kwaliteit van relaties en een afname in externaliserende problemen (effectgroottes tussen 0.34 en 0.55). Er werd geen significant verschil gevonden voor veranderingen in ongepaste discipline (effectgrootte -0.12). Die resultaten van de voor- en nameting worden weerspiegeld in de resultaten van verandering binnen de interventie. Die ondersteunen de MST-theorie van verandering: doordat opvoeders zich competentier voelen, verbeteren hun opvoedvaardigheden, waardoor het probleemgedrag van de jongere vermindert. Bovendien is er geen sprake van een negatief effect op de kwaliteit van de opvoeder-kindrelatie in een periode waarin ouderlijke discipline, supervisie en beperkingen toenemen. Dat benadrukt hoe belangrijk het is om het competentiegevoel van opvoeders aan te pakken en het belang van positieve discipline door interventies die als doel hebben om gedragsproblemen bij jongeren te verminderen.

Studie 3

Van der Stouwe, T., Asscher, J.J., Stams, G.J.J.M., Deković, M. & Van der Laan, P.H. (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*, 468-481.

In deze meta-analyse over de effectiviteit van MST werden alle internationale effectiviteitsonderzoeken meegenomen waarin jongeren met antisociaal en/of delinquent gedrag werden toegewezen aan MST of een

controlegroep, waarbij sprake was van een voor- en nameting en/of follow-upmetingen. Dat resulteerde in 22 onafhankelijke steekproeven in de periode 1985-2012. In totaal werden 1.890 jongeren die MST kregen vergeleken met 1.835 jongeren uit de controlegroep.

MST liet, vergeleken met de controlegroepen, kleine, maar significante effecten zien in het verminderen van recidive, uithuisplaatsing, ernstige gedragsproblemen, gezinsproblematiek, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden (effectgroottes tussen 0.14 en 0.29). Alleen op vaardigheden en cognities werd geen significant effect gevonden (effectgrootte -0.16). Wanneer er werd gecorrigeerd voor publicatiebias werden alleen significante effecten gevonden voor ernstige gedragsproblemen en gezinsproblematiek (effectgrootte 0.17 en 0.13). Verschillende factoren bleken de behandeluitkomsten te beïnvloeden. Allereerst is MST in het bijzonder effectief in het verminderen van recidive bij jongeren onder de 15 jaar met ernstige problemen bij de start van de begeleiding en jongeren die al eerder in contact zijn geweest met justitie. Het effect van MST is groter bij autochtone jongeren dan bij allochtone jongeren. Ook worden grotere effecten behaald als opvoeders na de begeleiding meer verbetering laten zien in hun opvoedvaardigheden.

Deze meta-analyse stelt de resultaten van de meta-analyse van Littell, Campbell, Green & Toews (2005) in een ander daglicht. Het onderzoek geeft onder andere een genuanceerder beeld van de invloed van de directe betrokkenheid van MST-ontwikkelaars bij effectiviteitsonderzoek, waar eerder veel kritiek op was. Niet zozeer de betrokkenheid van de onderzoekers, als wel het land waar het onderzoek wordt uitgevoerd, de kwaliteit van het onderzoek en of het om een *efficacy*- of effectiviteitsstudie gaat, hangen samen met de gevonden behandel-effecten. Ook de gebruikte vergelijkingsgroep is van invloed op de resultaten: het effect is groter wanneer de begeleiding van de controlegroep niet multimodaal is (en dus minder op MST lijkt). Ten slotte blijkt het type onderzoek, RCT of quasi-experimenteel onderzoek met een vergelijkingsgroep, de effecten niet te beïnvloeden.

4. Voorwaarden voor uitvoering

4.1 Competente medewerkers

Opleidingseisen

Een team van hoogopgeleide en ervaren begeleiders voert MST uit. Het zijn begeleiders met een academisch werk- en denkniveau, die een relevante masteropleiding hebben gevolgd of een bacheloropleiding met relevante vervolgopleiding. Voorafgaand aan het werk in een MST team volgen begeleiders de MST basisopleiding.

Een supervisor begeleidt en traint het team vervolgens intensief. De supervisor heeft een relevante masteropleiding gevolgd, een postmasteropleiding of een hogeschoolopleiding met relevante vervolgopleiding en heeft ervaring op het gebied van gedragsmatige/systemische hulpverlening. Supervisors volgen, voorafgaand aan het werk in een MST team, de MST basisopleiding en een MST supervisoropleiding. Daarnaast krijgt het team wekelijks klinische begeleiding en training van een expert van MST-Nederland/België. MST supervisors met meerjarige MST ervaring en goede resultaten komen in aanmerking om opgeleid te worden tot MST expert. Ze volgen dan een tweejarig specialistisch opleidingstraject vanuit MST Services.

Competenties

Het is van belang dat MST begeleiders en supervisors onder andere:

- een goed analytisch en logisch denkvermogen hebben
- doelgericht en initiatiefrijk zijn
- openstaan voor feedback en supervisie
- de juiste afstand-nabijheid kunnen aanhouden
- gemotiveerd zijn en een sterke werkmentaliteit hebben
- krachtgericht en coachend zijn
- sterke interpersoonlijke en contactuele vaardigheden hebben
- ervaring hebben met systeemtherapie
- de Engelse taal redelijk begrijpen.

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

Verplichte scholing gedurende het werk als MST begeleider of supervisor

De MST begeleider of supervisor volgt gedurende het werk verplichte scholing om gecertificeerd te worden en te blijven. Vooraleer ze in een MST team werken, volgen begeleiders en supervisors de MST basisopleiding. Die opleiding bevat een introductie in de werkwijze van MST. Supervisors volgen daarnaast een MST supervisoropleiding die uit een tweedaagse opleiding en een intensieve individuele opleiding bestaat, waarna structurele individuele coaching volgt door een expert van MST-Nederland/België.

Begeleiders en supervisors nemen vervolgens gezamenlijk 4 keer per jaar deel aan boosters (verdiepingstrainingen), die worden gegeven door de MST expert die aan het team is verbonden. In elke booster staan 1 of 2 thema's centraal waar de MST begeleider in het dagelijkse werk mee te maken heeft. Die thema's zijn kort aan bod gekomen tijdens de MST basisopleiding, maar worden verder uitgediept en geoefend tijdens de booster. De onderwerpen worden bepaald volgens de specifieke behoefte van de deelnemende teams. De MST supervisor en MST expert zetten de verdiepingstraining wekelijks voort met supervisie en consultatie. Ze geven daarbij gerichte feedback op werkelijke praktijksituaties die de MST begeleider vooraf volgens duidelijke richtlijnen in een MST format voorbereidt. Naast de gezamenlijke boosters nemen de supervisors 4 keer per jaar deel aan supervisorsboosters, die eveneens op maat worden ingericht. Begeleiders en supervisors blijven gecertificeerd wanneer ze werken in een MST team bij een

gelicenseerde MST aanbieder, de verplichte scholing volgen, blijvend voldoen aan het gevraagde competentieniveau en goede resultaten behalen binnen de begeleiding. Dat niveau, de ontwikkeling en de modeltrouw van iedere begeleider en supervisor worden voortdurend gevolgd in een persoonlijk ontwikkelingsplan.

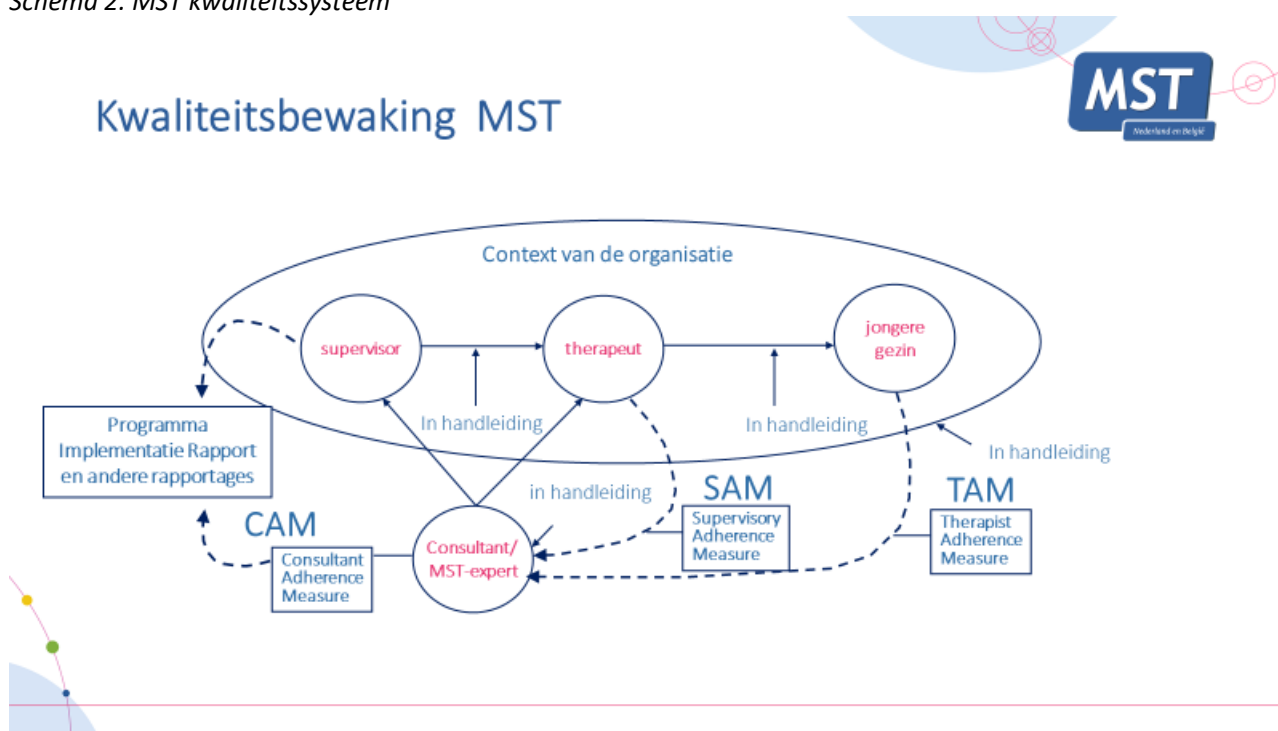
4.2 Kwaliteitsbewaking

MST kwaliteitssysteem

Om ervoor te zorgen dat alle begeleiders wereldwijd de begeleiding uitvoeren zoals bedoeld en om de kwaliteit van alle MST-begeleidingen te kunnen garanderen, heeft de Amerikaanse licentiehouders (MST Services) een stevig kwaliteitssysteem ontwikkeld (zie schema 2). Daardoor is implementatie van MST op andere locaties mogelijk met behoud van de kwaliteit en de goede resultaten die bij MST horen. Het kwaliteitssysteem is kenmerkend en onderscheidend voor MST en gaat onder andere over:

- duidelijke beschrijving van de methodiek
- gedegen aandacht voor implementatie op inhoudelijk en organisatieniveau
- voortdurende metingen naar modeltrouw (*adherence*)
- doorlopende scholing
- concrete wekelijkse coaching op casuïstiek in supervisie en consultatie
- meten en monitoren van alle behandelresultaten
- voortdurende kwaliteitsverbetering naar aanleiding van monitoring en uitkomsten uit wetenschappelijk onderzoek.

Schema 2. MST kwaliteitssysteem



Ondersteuning door MST-Nederland/België

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

MST-Nederland/België begeleidt zorgaanbieders bij de implementatie van MST en faciliteert organisaties bij het aanbieden van MST. Dat geldt voor reguliere MST teams, en ook MST teams die een specialisatie⁷ (in 2022: MST-Intellectual Disability) of een adaptatie van MST voor andere doelgroepen (in 2022: MST-Problem Sexual Behavior, MST-Child Abuse and Neglect, MST-Psychiatric Care) uitvoeren. Daarnaast ondersteunt MST-Nederland/België organisaties die het zorgtraject ThuisBest uitvoeren. Dat traject combineert een MST begeleiding met een korte plaatsing van de jongere, met als doel de duur van de noodzakelijke plaatsing van de jongere te verkorten. MST-Nederland/België ondersteunt en faciliteert het implementatieproces, de organisatie van opleidingen en trainingen, het delen van expertise en coaching op casuïstiek, het monitoren van de resultaten en pr.

MST-Nederland/België heeft in 2019 de audit van het Centraal Register Kort Beroepsonderwijs (CRKBO) positief doorlopen voor herregistratie. Bovendien zijn de MST opleidingen en trainingen geaccrediteerd door diverse Nederlandse beroeps-/kwaliteitsregisters en/of beroepsverenigingen, zoals Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ), NVRG, NVO en NIP (sectie Jeugd). Hoewel die accreditaties in België geen beroepsmatige waarde hebben, staan ze ook voor de Belgische MST begeleiders en supervisors borg voor kwalitatief hoogwaardige scholing.

Gestructureerd monitoringssysteem

Een gestructureerd monitoringssysteem waarborgt de kwaliteit van MST en zorgt ervoor dat de begeleidingen overal op vergelijkbare manier met goede resultaten worden uitgevoerd. Met deze monitoring worden resultaten objectief gemeten voor interne en externe verantwoording. Alle gegevens worden door de meeste MST teams ingevoerd in de database BergOp en voor een klein deel geanonimiseerd doorgevoerd in een internationale MST database. In beide databases zijn dashboards beschikbaar, waarin overzichtelijk (resultaat)gegevens worden getoond voor sturing op de uitvoering van MST. Voorbeelden van data in de dashboards zijn inhoudelijke resultaten op de doelen en de afzonderlijke vragenlijsten, modeltrouw, benutting van capaciteit, behandelduur en kenmerken van de doelgroep. Die data worden gebruikt op verschillende niveaus (gezin, begeleider, team, organisatie, landelijk, internationaal) en ook voor wetenschappelijk onderzoek.

Vragenlijsten met betrekking tot doelgroep en behandelresultaten

Om de doelgroep en de behandelresultaten landelijk in kaart te brengen en te monitoren, worden vaak zowel aan het begin als aan het eind van elke begeleiding vragenlijsten afgenomen. Het gaat om de CBCL (Child Behavior Checklist), YSR (Youth Self-Report), OBVL (Opvoedingsbelastingvragenlijst) en Sociaaldemografische Informatie (SDI), waarin naast kenmerken van de doelgroep ook de hoofdresultaten en instrumentele resultaten (*ultimate outcomes* en *instrumental outcomes*) van MST worden uitgevraagd. De MST begeleider bespreekt de resultaten daarvan met het gezin, zodat de vragenlijsten ook van nut zijn voor de individuele begeleiding. Bovendien nemen de meeste MST aanbieders na afloop van de begeleiding bij de gezinnen halfjaarlijks een telefonisch interview af – 6, 12 en 18 maanden na de begeleiding – om ook de langetermijnresultaten vast te leggen.

Vragenlijsten met betrekking tot modeltrouw

Daarnaast worden, als onderdeel van het monitoringssysteem, gedurende de begeleiding verschillende vragenlijsten afgenomen over de modeltrouw (*adherence*), om structureel te meten in welke mate MST wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Dat zijn de TAM (*therapist adherence measure*), SAM (*supervisor adherence measure*) en CAM (*consultant/expert adherence measure*). Die vragenlijsten hebben grotendeels betrekking op de 9 behandelprincipes van MST (zie 'Opbouw van je praktijk'). Ze creëren een feedbacksysteem, waarbij aan de hand van onafhankelijke metingen gedurende de begeleiding de opvoeders feedback geven over de begeleider, de begeleider over de supervisor en de supervisor en begeleider over de expert. Uit onderzoek naar het verband tussen de modeltrouw enerzijds en de langetermijnresultaten van de gezinnen anderzijds, kwam een aantal belangrijke bevindingen naar voren (Schoenwald, Sheidow & Letourneau, 2004):

- Hoe hoger de modeltrouw van de begeleider (gemeten met de TAM), hoe beter de langetermijnresultaten met betrekking tot delictgedrag en uithuisplaatsing en hoe meer verbetering in het gezinsfunctioneren.

⁷ Alle ~~MST-team~~MST-teams zijn bekwaam om effectief te werken in gezinnen waarin sprake is van jongeren of ouders met een licht verstandelijke beperking, maar de MST-ID-teams zijn gespecialiseerd in het behandelen van deze doelgroep.

- De modeltrouw van de supervisor (gemeten met de SAM) is een voorspeller voor modeltrouw van de begeleider.
- Hogere modeltrouw van de supervisor is gerelateerd aan een afname van gedragsproblemen van de jongere tot een jaar na de begeleiding, en een afname in het aantal justitiële vervolgingen op de lange termijn.
- De mate van competentie en van alliantie van de expert met de begeleider (gemeten met de CAM), zijn een voorspeller voor een hogere modeltrouw van de begeleider.
- Hogere scores op de CAM hangen samen met verbeteringen in het gedrag van de jongere na de begeleiding.

Uit latere onderzoeken blijkt ook dat een hoge mate van modeltrouw van de begeleider de uitkomsten van jongeren en gezinnen verbetert op de lange termijn en dat voortdurende kwaliteitsborging de therapietrouw van de MST begeleider en het team verbetert (Henggeler, 2011; Lange, Van der Rijken, Van Busschbach, Delsing & Scholte, 2017; Lofholm, Eichas & Sundell, 2014). De MST expert en MST coach monitoren daarom voortdurend de mate van modeltrouw (*adherence*) in de behandelteams en waar nodig nemen ze die op in de individuele ontwikkelingsplannen van MST begeleiders, supervisors en experts.

Evaluatie van implementatie

De MST expert schrijft, in samenwerking met de supervisor van het team, elk halfjaar een evaluatierapport (Programma Implementatie Rapport). Dat moet het management van de zorgorganisatie op de hoogte brengen van het functioneren van het team en van de mate waarin het MST team voldoet aan de MST normen, zowel klinisch inhoudelijk (behandeldoelen) als organisatorisch (programma-eisen). Het rapport is ook een werkplan om eventuele knelpunten te verbeteren. Daarnaast vindt regelmatig contact plaats tussen MST-Nederland/België en de MST aanbieder over de implementatie van MST en actuele ontwikkelingen.

4.3 Ruimte en infrastructuur

MST wordt uitgevoerd in de eigen leefomgeving van de jongere (thuis, op school, in de buurt: op alle plekken waar de jongere komt). Organisaties die een licentie hebben verkregen kunnen MST uitvoeren. Dat kunnen bijvoorbeeld aanbieders zijn met een achtergrond in de geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulp (in brede zin), zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB), of een combinatie daarvan.

4.4 Kostprijs

MST geeft niet alleen aantoonbaar resultaat, maar is volgens diverse onderzoeken ook kosteneffectief. Het integrale tarief van een succesvolle MST gezinsbegeleiding bedraagt in Nederland en België gemiddeld rond de €17.000 - 20.000 euro, prijspeil 2022 (inclusief organisatorische kosten van de aanbieder).

De personeelskosten voor het team bepalen voor een belangrijk deel de kostprijs. Die zijn afhankelijk van de arbeidsvoorwaarden van de MST aanbieder en de precieze teambezetting, maar bedragen gemiddeld rond de 250.000 - 400.000 euro. Dat is op basis van een teamsamenstelling met 3 tot 4 fulltime MST begeleiders en een MST supervisor voor 28 tot 32 uur, een administratieve kracht en soms de beschikbaarheid van een psychiater voor consultatie. Door de ambulante werkzaamheden zijn ook reiskosten een factor. Eventueel verloop van personeel is in het kleine team een belangrijke kostenpost (door de gemiste caseload en extra vormingskosten voor een nieuwe medewerker).

Een belangrijke andere factor voor de uiteindelijke kostprijs per traject, is de caseload van het team. Daarom is daarvoor in de ondersteuning van het team veel aandacht. Er wordt uitgegaan van een caseload van 4 tot 5 casussen per begeleider en een behandelduur van gemiddeld 4 tot 5 maanden (circa 35 casussen per jaar bij een ervaren MST team dat op sterkte is).

De eigen organisatie- en overheadkosten kunnen per zorgorganisatie wat verschillen, net als het feit of het team deelneemt aan onderzoek of ontwikkeling.

De kosten voor het gedegen MST kwaliteitssysteem zijn een klein percentage van het totaal tarief voor een MST begeleiding. Daaronder vallen de basislicentie, de MST opleidingen (vorming) voor alle betrokkenen, intensieve klinische ondersteuning door de MST expert, elk kwartaal boostertrainingen op maat voor de begeleiders en supervisors, meting en monitoring van de behandelresultaten en beschikbaarheid van de MST dashboards, gebruik van alle materialen en organisatorische en implementatieondersteuning.

Afsluitend merken we op dat de maatschappij met de inzet van een MST begeleiding aantoonbaar aanzienlijke kosten bespaart in vergelijking met uithuisplaatsingen. Uit (recente Nederlandse) analyse blijkt dat 1 MST team de gemeente elk jaar ruim 3 miljoen euro bespaart. Voor België is die maatschappelijke analyse nog niet gemaakt, maar naar verwachting zal dat enigszins vergelijkbaar zijn.

4.5 Overdracht en implementatie

Randvoorwaarden

MST kent een aantal programma-eisen voor een goede uitvoering van het programma binnen de organisatie. Dit zijn de belangrijkste:

Op team niveau

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

Op organisatorisch niveau

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

Implementatie

MST is bewezen effectief op de lange termijn voor jongeren met ernstige gedragsproblemen, als het programma in zijn geheel en trouw aan het model wordt uitgevoerd. Het implementatieproces is bij MST daarom zeer goed uitgewerkt en MST-Nederland/België begeleidt het via nauw persoonlijk contact. Daarbij worden ter ondersteuning materialen gebruikt die bijdragen aan een zorgvuldig implementatieproces (denk aan plan van aanpak, checklists, formats). De MST aanbieder stelt een programmamanager aan die zorgt voor de organisatorische inbedding. Hieronder beschrijven we kort de 6 fasen van het implementatieproces, waarbij we expliciet de rol van de programmamanager benoemen.

Fase 1. Eerste oriëntatie

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

Fase 2. Haalbaarheidsonderzoek en besluit

Vervolgens gaat de zorgaanbieder specifiek uitzoeken wat er in de betrokken organisatie nodig is om MST te implementeren. Zijn er potentieel voldoende gezinnen in de regio die kunnen profiteren van MST? Zijn er goede relaties met verwijzers? Zijn financiers bereid om MST bij deze organisatie in te kopen? Is de organisatie bereid en in staat om het MST-model te volgen en aan de vereisten te voldoen? Aan het eind van deze 'feasibility'-fase nemen beide kanten een besluit. Bij een positief besluit tekenen MST-Nederland/België en de (nieuwe) MST-aanbieder een contract.

Fase 3. Planning en inbedding

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

Fase 4. Werving en selectie en opleiding

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

Fase 5. Team opstarten

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

Fase 6. Kick-off en start begeleidingen

Als in de loop van fase 5 de meeste inhoudelijke en praktische voorwaarden zijn geregeld, organiseert de programmamanager samen met MST-Nederland/België een kick-offbijeenkomst voor alle stakeholders. De eerste verwijzingen komen dan binnen en de intakes kunnen starten. Zodra het team is getraind kan het meteen starten met de begeleidingen.

5. Bronnen

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.): DSM-5. Washington DC: APA.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy and Law*, 16, 39-55.
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Wormith, J.S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 52, 7-27.
- Asscher, J.J., Deković, M., Van den Akker, A.L., Prins, P.J.M. & Van der Laan, P.H. (2018). Do extremely violent juveniles respond differently to treatment? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 958-977.
- Asscher, J.J., Deković, M., Manders, W.A., Van der Laan, P.H., Prins, P.J.M. & Dutch MST cost-effectiveness study group. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, 9, 169-187.
- Asscher, J.J., Deković, M., Manders, W., Van der Laan, P.H., Prins, P.J.M., Van Arum, S. & Dutch MST cost-effectiveness study group. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 10, 227-243.
- Barry, T.D., Lindsey, R.A., Fair, E.C. & DiSabatino, K. (2018). Parent psychopathology. In Lochman, J.E. & Matthys, W. (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, 275-290. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Bartelink, C., Ten Berge, I. & Van Vianen, R. (2017). Richtlijn 'Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming'. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.
- Bartelink, C., Meuwissen, I. & Eijgenraam, K. (2017). Richtlijn 'Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming'. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.
- Barth, R.P., Greeson, J.K.P., Guo, S., Green, R.L., Hurley, S. & Sisson, J. (2007). Outcomes for youth receiving intensive in-home therapy or residential care: A comparison using propensity scores. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 497-505.
- Belknap, J. & Holsinger, K. (2006). The Gendered Nature of Risk Factors for Delinquency. *Feminist Criminology*, 1(1), 48-71.
- Biglan, A., Brennan, P.A., Foster, S.L. & Holder, H.D. (2004). Helping adolescents at risk: Prevention of multiple problem behaviors. New York: Guilford Press.
- Bijleveld, C.C.J.H. & Wijkman, M. (2009). Intergenerational continuity in convictions: A five-generation study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19(2), 142-155.
- Bookhout, M.K., Hubbard, J.A. & Moore, C.C. (2018). Emotion regulation. In Lochman, J.E., & Matthys, W. (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, 221-236. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brook, J.S., Lee, J.Y., Finch, S.J., Brown, E.N. & Brook, D.W. (2013). Long-term consequences of membership in trajectory groups of delinquent behavior in an urban sample: violence, drug use, interpersonal, and neighborhood attributes. *Aggressive behavior*, 39(6), 440-452.
- Burke, E.F., Derella, O.J. & Johnston, O.G. (2018). Diagnostic issues in oppositional defiant disorder. In Lochman, J.E. & Matthys, W. (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, 21-36. Chichester: Wiley-Blackwell.

- Burt, S.A., Klump, K.L., Gorman-Smith, D. & Neiderhiser, J.M. (2016). Neighborhood Disadvantage Alters the Origins of Children's Nonaggressive Conduct Problems. *Clinical Psychological Science*, 4(3), 511-526.
- Carr, A. (2006). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A contextual approach* (second edition). London: Routledge.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 107-157.
- Deković, M., Asscher, J.J., Manders, W.A., Prins, P.J. & Van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: mediators of intervention effects during Multisystemic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 574-587.
- Deković, M. & Bodden, D. (2019). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Kenmerken en verschillende typen. In: Knot-Dickscheit, J. & Knorth, E.J. (red.). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen*. Rotterdam: Lemniscaat.
- De Lange, M., Addink, A., Haspels, M. & Geurts, E. (2017). Richtlijn 'Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming'. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.
- De Lange, M., Matthys, W., De Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A. & et al. (2018). Richtlijn 'Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming'. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2020). Dit is DJI in cijfers en feiten. Den Haag: DJI.
- Elliott, D.S. (1994). Serious violent offenders: Onset, developmental course, and termination. *Criminology*, 32, 1-21.
- Fernandez, E. (2007). Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review*, 29, 1368-1394.
- Fite, P.J., Rubens, S.L., Evans, S.C. & Poquiz, J. (2018). The broader context: School and neighborhood factors contributing to ODD and CD symptomatology. In Lochman, J.E. & Matthys, W. (red.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, 355-369. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Foolen, N., Ince, D., De Baat, M. & Daamen, W. (2013). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut
- Frick, P.J. & Wall Meyers, T.D. (2018). Conduct disorder and callous-unemotional traits. In Lochman, J.E. & Matthys, W. (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, 37-54. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Ghazarian, S.R. & Roche, K.M. (2010). Social support and low-income, urban mothers: Longitudinal associations with adolescent delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1097-1108.
- Goei, L.S. & Kleijnen, R. (2009). Literatuurstudie Onderwijsraad 'Omgang met zorgleerlingen met gedragsproblemen'. Zwolle: Windesheim.
- Hammink, A., Barendregt, C., De Jonge, E. & Van de Mheen, D. (2016). Als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan. Rotterdam: IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving.
- Harder, A.T., Knorth, E.J. & Kalverboer, M.E. (2011). Transition secured? A follow-up study of adolescents who have left secure residential care. *Children and Youth Services Review*, 12(33), 2482-2488.
- Henggeler, S.W. (2011). Efficacy studies to large-scale transport: The development and validation of Multisystemic Therapy programs. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 351-381.
- Henggeler, S.W., Cunningham, P.B., Pickrel, S.G., Schoenwald, S.K. & Brondino, M.J. (1996). Multisysteemtherapie: een effectieve benadering voor jeugdige delinquenten gericht op het voorkomen en verminderen van geweld (vertaald artikel). *Literatuurselectie Kinderen en Adolescenten*, 3, 417-443.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. & Cunningham P.B. (2010). *Multisysteemtherapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Higgins, S.T., Silverman, K. & Heil, S.H. (2008). Contingency management in substance abuse treatment. New York: Guilford Press.
- Hipwell, A.E. & Loeber, R. (2006). Do we know which interventions are effective for disruptive and delinquent girls? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 221-255.
- Hirschfield, P.J. & Gasper, J. (2011). The relationship between school engagement and delinquency in late childhood and early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 3-22.
- Hoge, R.D., Guerra, N.G. & Boxer, P. (2008). *Treating the Juvenile Offender*. New York: Guilford Press.

- Hoge Gezondheidsraad (2011). Kinderen en jongeren: Gedragsstoornissen in de context. Binnengehaald 1 november 2022, van <https://www.health.belgium.be/>.
- Hogue, A., Dauber, S., Henderson, C.E., Bobek, M., Johnson, C., Lichvar, E., et al. (2015). Randomized Trial of Family Therapy Versus Nonfamily Treatment for Adolescent Behavior Problems in Usual Care. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(6), 954-969.
- Jadam, A.R., Boyle, M., Cunningham, C., Kim, M. & Schachar, R. (1999). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Jarrett, M.A. & Hilton, D.C. (2018). Cognitive Functions. In Lochman, J.E. & Matthys, W. (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, 159-174. John Wiley & Sons Ltd.
- Jeugdzorg Nederland. (2021). JeugdzorgPlus. Plaatsings- en uitstroomgegevens 2020. Binnengehaald 3 mei 2021, van <https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2021/04/JeugdzorgPlus-2020-2.pdf>.
- Kok, I. & Van Wijngaarden, B. (2003). Cliëntwaardering in de GGZ. Vragenlijsten en handleiding: GGZ Thermometer voor de volwassenzorg (versie 2003) en GGZ Jeugdthermometer (versie 2003). Utrecht: GGZ Nederland/Trimbos-instituut.
- Lange, A., Delsing, M., Van Geffen, M. & Scholte, R. (2022). Videobellen bij gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Het effect op de alliantie. *Systeemtherapie*, 34(2), 174-188.
- Lange, A.M.C., Van der Rijken, R.E.A., Van Busschbach, J., Delsing, M.J.M.H. & Scholte, R.H.J. (2017). It's not just the therapist: therapist and country-wide experience predict therapist adherence and adolescent outcome. *Child & Youth Care Forum*, 46, 455-471.
- Lebow, J.L. (Ed.). (2005). Handbook of clinical family therapy. Hoboken, NJ: Wiley.
- Littell, J.H., Campbell, M., Green, S. & Toews, B. (2005). Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Art. No: CD004797.
- Loeber, R. & Burke, J.D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 34-46.
- Loeber, F., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M. & Van Kammen, W.B. (1998). Antisocial behavior and mental health problems: Explanatory factors in childhood and adolescence. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lofholm, C.A., Eichas, K. & Sundell, K. (2014). The Swedish implementation of multisystemic therapy for adolescents: Does treatment experience predict treatment adherence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43, 643-655.
- Lünnemann, K., Loeffen, M., Steketee, M., Hoefsloot, T. & Bel, K. (2017). Domein overstijgende aanpak MPG. Voorbij de scheiding tussen veiligheidsdomein en zorgdomein. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Matthys, W. (2011). Gedragsstoornissen bij kinderen; diagnostiek en begeleiding voor de professional. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W. & Boersma, C. (2018). Brutaal, boos of agressief gedrag op school: Omgaan met sociaal storend gedrag. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W. & Lochman, J.E. (2017). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood* (second edition). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Matthys, W. & Powell, N.P. (2018). Problem solving structure of assessment. In Lochman, J.E. & Matthys, W. (red.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorder*, 373-389. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Matthys, W., Vanderschuren, L.J.M.J. & Schutter, D.J.L.G. (2013). The neurobiology of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Altered functioning in three mental domains. *Development and Psychopathology*, 25, 193-207.
- Maughan, B. & Rutter, M. (2001). Antisocial children grown up. In Hill, J. & Maughan, B. (red.). *Conduct disorders in childhood and adolescence*, 507-552. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- McDonald, K.L. & Gibson, C.E. (2018). Peer rejection and disruptive behavior disorders. In Lochman, J.E. & Matthys, W. (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, 325-338. Chichester: Wiley-Blackwell.
- McLaughlin, K.A., Hatzenbuehler, M.L., Mennin, D.S. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544-554.
- Meij, H. & Boendermaker, L. (2008). Oorzaken en achtergronden van een problematische ontwikkeling. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- MST Services (2022). European Multisystemic Therapy Research Summary. Binnengehaald 1 november 2022, van <https://www.mstservices.com/mst-reports-research>.
- MST Services (2022). Multisystemic Therapy Research at a glance. Published MST Outcome, Implementation and Benchmarking studies. Binnengehaald 1 november 2022, van <https://www.mstservices.com/mst-reports-research>.
- Murray, J. & Farrington, D.P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633-642.
- Murray, J., Farrington, D.P. & Sekol, I. (2012). Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 175-210.
- Murrihy, R., Kidman, A. & Ollendick, T. (2010). Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth. New York: Springer
- O'Leary, K.D. & Solano, I. (2018). Relationship discord, intimate partner physical aggression, and externalizing problems of children. In Lochman, J.E. & Matthys, W. (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, 291-306. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Opgroeien. (2022). Binc Cijferrapport 2021. Binnengehaald 1 november 2022, van <https://www.jeugdhulp.be>.
- Opgroeien. (2022). Jeugdhulp Intersectoraal jaarverslag. Binnengehaald 1 november 2022, van <https://www.jaarverslagjeugdhulp.be/>.
- Painter, K. (2009). Multisystemic therapy as community-based treatment for youth with severe emotional disturbance. *Research on Social Work Practice*, 19, 314-324.
- Peters, M., Schmitz, L. & Van der Rijken, R. (2021). Data analyse leeftijden MST. Nijmegen: Praktikon.
- Praktikon (2018). Exit-vragenlijst Jeugdhulp 2018. Binnengehaald 15 december 2020, van <https://www.bergop.info/wp-content/uploads/2018/06/Vignet-Exit-vragenlijst-Jeugdhulp-201806.pdf>
- Praktikon/ MST-Nederland/België. (2012). Sociaal Demografische Informatie. Ongepubliceerde vragenlijst.
- Prodia (2014). Protocol diagnostiek bij gedrags- en/of emotionele problemen en het vermoeden van een (ontwikkelings)stoornis. Binnengehaald 1 november 2022, van <https://www.prodiagnostiek.be>.
- Salmon, G., James, A., Cassidy, E.L. & Javaloyes, M.A. (2000). Bullying a review: Presentations to an adolescent psychiatric service and within a school for emotionally and behaviourally disturbed children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(4), 563-579.
- Sawyer, A.M. & Borduin, C.M. (2011). Effects of MST through midlife: A 21.9-year follow up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 643-652.
- Schachter, H.M., Pham, B., King, J., Langford, S. & Moher, D. (2001). How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *CMAJ*, 165, 1475-1488.
- Schoenwald, S.K., Sheidow, A.S. & Letourneau, E.J. (2004). Towards effective quality assurance in evidence-based practice: Links between expert consultation, therapist fidelity, and child outcomes. *Journal of Child and Adolescent Clinical Psychology*, 33, 94-104.
- Scott, S. & Dadds, M.R. (2009). Practitioner review: When parent training doesn't work: Theory-driven clinical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(12), 1441-50
- Sellbom, M., Bach, B. & Huxley, E. (2018). Related personality disorders located within an elaborated externalizing psychopathology spectrum. In Lochman, J.E. & Matthys, W. (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, 104-123. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Sams, G.J. (2011). Het recht van de zwakste: De forensische jeugdzorg in orthopedagogisch perspectief. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50, 243-257.
- Steketee, M. (2012). Multiprobleemgezinnen: wie zijn ze en wat kunnen we ze bieden? In Notten, T. & Spierings, F. (red.). *Zorgen om de jeugd: Tussen paniek en passende voorzieningen*, 109-127. Den Haag: Boom Lemma.
- Stone, S. (2007). Child-maltreatment, out-of-home placement and academic vulnerability: A fifteen-year review of evidence and future directions. *Children and Youth Services Review*, 29, 139-161.
- Stormshak, E.A., DeVargas, E. & Cardenas, L.E. (2018). Parenting practices and the development of problem behavior across the life span. In Lochman, J.E., & Matthys, W. (red.). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, 307-322. Chichester: Wiley-Blackwell.

- Van der Stouwe, T., Asscher, J.J., Stams, G.J.J.M., Deković, M. & Van der Laan, P.H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 468-481.
- Strik, E. & Vrijens, C. (2022). Jaarverslag 2021. Commissie van Toezicht voor Jeugdinstituten. Brussel: Drukkerij Artoos.
- Thornberry, T.P. & Krohn, M.D. (red.). (2003). Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies. New York: Kluwer/Plenum.
- Timmons-Mitchell, J., Bender, M.B., Kishna, M. & Mitchell, C.C. (2006). An Independent Effectiveness Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Justice Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(2), 227-236.
- Utrzan, D.S., Piehler, T.F. & Dishion, T.J. (2018). The role of deviant peers in oppositional disorder and conduct disorder. In Lochman, J.E., & Matthys, W. (red.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*, 325-338. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Van Beek, H. (2020). Kinderen van de staat. Jeugdzorg in ademnood. Baarn: Nobel Boeken.
- Van Dam, L. & Verhulst, S. (2016). De JIM-aanpak: Het alternatief voor uithuisplaatsing van jongeren. Amsterdam: Boom.
- Van den Berg, G. & De Baat, M. (2012). Gezinnen met meervoudige problemen. In De Klerk, M., Prins, M., Verhaak, P. & Van den Berg, G. (red.). *Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik*, 75-97. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Van der Laan, A., Slotboom, A-M. & Stams, G.J. (2010). Wat werkt? Bijdrage aan het terugdringen van recidive. In Van Koppen, P.J., Merckelbach, H., Jelicic, M. & De Keijser, J.W. (red.), *Reizen met mijn rechter. Psychologie van het recht*, 987-1001. Deventer: Kluwer.
- Van der Laan, A.M., Van der Schans, C.A., Bogaerts, S. & Doreleijers, T.A.H. (2009). Criminogene en beschermende factoren bij jongeren die een basisraadsonderzoek ondergaan: Een verkennende inventarisatie van de mate van zorg en van risico- en beschermende factoren gesignaleerd door raadsonderzoekers. Meppel: Boom Juridische Uitgevers.
- Van der Steege, M., De Veld, D. & Zoon, M. (2017). Richtlijn 'Gezinnen met meervoudige en complexe problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming'. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.
- Van der Steege, M. & Zoon, M. (2017). Richtlijn 'Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming'. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.
- Van Ham, T. & Ferwerda, H. (2018). Het nut van vasthouden. Literatuuronderzoek naar de effecten van detentie op jongeren en adolescenten. Arnhem: Bureau Beke.
- Verhagen, A., Beelen, H., Rahder, J., Lenglet, M. & Van Montfoort, A. (2018). Onderzoek JeugdzorgPlus. Knelpunten en aanbevelingen. Woerden: VanMontfoort.
- Vermeulen, K.M., Jansen, D., Knorth, E.J., Buskens, E. & Reijneveld, S.A. (2017). Cost-effectiveness of multisystemic therapy versus usual treatment for young people with antisocial problems. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(1), 89-102.
- Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L. & Veerman, J.W. (2012). Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL). Handleiding. Nijmegen: Praktikon.
- Weiss, B., Han, S., Harris, V., Catron, T., Ngo, V.K., Caron, A., Gallop, R. & Guth, C. (2013). An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1027-1039.
- Wenar, C., & Kerig, P. (2005). Developmental psychopathology. London: McGraw-Hill.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). (2009). Vertrouwen in de school: over de uitval van 'overbelaste' jongeren. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wetenschapsraad NVP. (2019). Systeemtherapie bij kinderen, jeugdigen en volwassenen. Stand van wetenschap en praktijk. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.
- Wits, E., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., Van Wijngaarden, B. & Van de Glind, G. (2017). Richtlijn 'Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming'. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.

6. Contactgegevens

Wie maakte de beschrijving op? / Contactgegevens voor vragen rondom implementatie:

Naam organisatie: MST-Nederland/België

Adres: Daviottenweg 40, 5222 BH Den Bosch

E-mail: info@mst-nederland.nl

Telefoonnummer algemeen: 0031 73 2100501

Directeur-bestuurder: Miranda van der Linde, tel. 0031 6 15276218

Opgesteld in samenwerking met:

MST-aanbieder in België: Jeugdzorg Emmaüs Mechelen (MST-aanbieder)

Adres: Jubellaan 300, 2800 Mechelen

E-mail: greet.amelinckx@emmaus.be

Telefoonnummer: 015 28 07 50