



Wat werkt bij crisissituaties in gezinnen?

Mariska de Baat
Nienke Foolen
Nikki Udo
Elle Verheijden

Nederlands Jeugdinstituut
i www.nji.nl

Oktober 2015

Crisissituaties in gezinnen kunnen leiden tot positieve of negatieve veranderingen. Daarom is het belangrijk dat hulpverleners snel en flexibel actie ondernemen in de vorm van een crisisinterventie.

Vormen van crisisinterventie

Er zijn verschillende vormen van crisisinterventie: ambulante crisishulp, residentiële crisisopvang en crisisleegzorg. Uit internationaal onderzoek naar ambulante crisishulpprogramma's blijkt dat programma's die werken volgens het *Homebuilders*-model¹ effectief zijn in het voorkomen van uithuisplaatsing en het verminderen van kindermishandeling. Ook de resultaten van Nederlands effectonderzoek naar *Families First*, dat werkt volgens het *Homebuilders*-model, zijn positief.

We geven hierna een overzicht van werkzame factoren van crisisinterventie in gezinnen op basis van het *Homebuilders*-model. Naar residentiële crisisopvang en crisisleegzorg is nog te weinig onderzoek gedaan om daar conclusies aan te kunnen verbinden.

Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming

Dit artikel hangt nauw samen met de Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming (Bartelink, Van Vianen, Mourits, Ten Berge & Meuwissen, 2015). Dit artikel richt zich op het inzetten van interventies ná een crisis, om het verstoorde evenwicht te herstellen. Aanvullende informatie over richtlijnen en het handelen bij het ingrijpen in een crisis (Van Wesemael, 2013) staat beschreven in de Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming.

Kader

Voordat er op de interventies wordt ingegaan schetsen we het kader. In de volgende hoofdstukken wordt beschreven wat een crisis is, hoe deze ontstaat en wat er bedoeld wordt met een crisisinterventie. Vervolgens worden de resultaten van (binnenlands en buitenlands) onderzoek naar crisisinterventies besproken. Tot slot wordt gekeken naar factoren die de effectiviteit van crisisinterventies beïnvloeden.

¹ *Homebuilders* is een model voor ambulante crisishulp dat ontwikkeld is in de Verenigde Staten. Het programma richt zich op gezinnen waarin een ernstige crisis gaande is én waarin uithuisplaatsing onherroepelijk zal plaatsvinden als de interventie niet aanslaat (Slot, 1992). De doelstelling is het voorkomen van uithuisplaatsing en het creëren van veiligheid voor bedreigde kinderen door middel van een kortdurend, intensief hulpaanbod (6-8 weken).



Literatuuronderzoek

Om de vraag te kunnen beantwoorden welke hulp effectief is in een crisissituatie in een gezin is er een uitgebreid literatuuronderzoek uitgevoerd in nationale en internationale zoekmachines. In dit onderzoek is specifiek gezocht naar crisisinterventies in gezinnen. Onderzoek naar bijvoorbeeld crisisinterventies door psychiatrische inrichtingen voor individuele kinderen of volwassenen is buiten beschouwing gelaten.

Er is hoofdzakelijk gezocht naar systematische reviews en meta-analyses. Een systematische review is een overzicht waarin studies naar eenzelfde thema systematisch worden verzameld en besproken. In een meta-analyse worden de resultaten van een aantal vergelijkbare studies gebundeld en worden door middel van statistische analyses de effecten van een bepaalde type interventie berekend. Hierdoor wordt het mogelijk om met een grotere betrouwbaarheid een uitspraak te doen over het effect van een interventie (van Driel, 2003).

De gevonden reviews en meta-analyses zijn gebruikt als uitgangspunt voor dit artikel. De resultaten van de reviews en meta-analyses zijn waar nodig aangevuld met primaire studies. Belangrijke bronnen zijn de publicatie 'Crisisinterventie en spoedeisende hulp: een overzicht van theorie en praktijk' van Berger en Hordijk uit 2006 en de 'Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming' (Bartelink et al., 2015). Met name het eerste hoofdstuk van dit document is voor een groot deel hierop gebaseerd.

1. Crisissen in gezinnen

Een crisis is een ernstige verstoring van het alledaagse functioneren. Door de ontregeling die plaatsvindt, schieten de gebruikelijke oplossingsstrategieën tekort (Hoekert, Lommerse & Beunderman, 2000). Bij een crisis kan het gaan om problemen tussen ouders en kinderen, zoals mishandeling, verwaarlozing of ernstige conflicten met adolescenten. Het kan ook gaan om problemen van de ouders, bijvoorbeeld echtscheiding of psychiatrische problematiek, of om problemen van de kinderen, zoals een poging tot zelfdoding.

1.1 Hoe ontstaat een crisis?

Volgens de crisistheorie (Caplan, 1964) is een crisis in een gezin het resultaat van opeenvolgende spanning. Individuele gezinsleden en het gezin als geheel hebben patronen ontwikkeld om problemen en ontwikkelingsvragen op te lossen. Deze patronen kosten energie en kunnen gepaard gaan met spanningen. Normaliter zijn deze spanningen gemakkelijk op te vangen door aanpassingen in het gedrag van individuele gezinsleden of door verandering van gezinspatronen. Als dat niet meer lukt, wordt er vaak steun van buiten ingeroepen, bijvoorbeeld van de familie of de professionele hulpverlening.

Crisistypen

Er zijn verschillende typen crisis. Bij een acute crisis of shock-crisis is de spanning in korte tijd opgelopen, bijvoorbeeld door een sterfgeval, een ongeluk of een ander ernstig incident. Het vermogen van een gezin om hierop in te spelen schiet dan tekort.

Een crisis kan ook geleidelijk ontstaan, doordat spanning geleidelijk oploopt. Een relatief kleine aanleiding kan de emmer plotseling doen overlopen en een crisis teweeg brengen. Dit wordt ook wel een uitputtingscrisis genoemd. Het gezin is niet langer in staat om de spanningen op te vangen en in te spelen op de behoeften van de gezinsleden.

	Acute crisis	Uitputtingscrisis
Individueel	Plotselinge en dramatische verandering in gedrag, gevoel, denken en lichamelijke reacties: agitatie, verwardheid, labiliteit	Geleidelijke afname van het functioneren: terugtrekken, onverschilligheid, afvlakken van gevoelens, vermoeidheid, tot niets meer komen
Gezin	Plotselinge en dramatische verandering in gedrag tussen gezinsleden: geweld, vluchtgedrag, misbruik, grimmige conflicten	Geleidelijke afname van het functioneren: terugtrekken uit de buitenwereld, grenzen tussen ouders en jeugdigen vervagen, gevoel van hopeloosheid.

Bij een crisis is er sprake van een ingrijpende verstoring van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast van een individu of een gezin. Het probleemoplossend vermogen van het individu en het sociaal netwerk schiet op dat moment te kort. (Hoekert, Lommerse & Beunderman, 2000). De feitelijke of beleefde draaglast kan te zwaar worden. Als mogelijke oorzaken noemt Van Deur (1997):

- door een ingrijpende gebeurtenis, bijvoorbeeld een sterfgeval
- als een risicofactor actief wordt, bijvoorbeeld een stoornis
- als een bestaande situatie te negatief wordt ervaren.

De draagkracht kan onverwacht tekortschieten doordat:

- er ontoereikende probleemoplossende strategieën worden gebruikt
- het kind of zijn opvoeders onvoldoende competentie hebben
- er onvoldoende beschermende factoren en/of sociale steun aanwezig is.

Als gevolg van de verstoring van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast ontstaat er typisch crisisgedrag en er wordt onvoldoende gehandeld. Dat betekent dat:

- ouders en/of kinderen emotioneel te verward zijn
- ouders en/of kinderen feitelijke informatie niet meer reëel kunnen inschatten
- ouders en/of kinderen problematisch gedrag vertonen dat de crisissituatie eerder verergert.

Een crisis treedt niet snel op. Als er wel een crisis ontstaat dan belandt een gezin van een kwetsbare toestand in een totale ontredde toestand. Een crisis is een tijdelijke toestand. Als niemand ingrijpt, gaat de crisis ook weer over. Het kost dan echter meer tijd voor het gezinslid om er overheen te komen en het dagelijks leven weer op te pakken. Bovendien is het risico op schade groot, vooral als er kinderen bij betrokken zijn. Een crisis duurt echter zelden langer dan een maand.

2. Wanneer wordt er een crisisinterventie ingezet?

Een crisisinterventie wordt ingezet na een melding van een crisis bij een (boven)lokale crisisdienst. Van Oenen en collega's (2007) onderscheiden drie typen aanmelders:

- de ouder of het kind
- een naaste
- een professional (politie, ziekenhuis, school of lokale hulpverleners).

Een jeugdzorgwerker van de crisisdienst stelt vast of er sprake is van een crisis dan wel een spoedeisende opvoedingssituatie in het gezin. De eerste (telefonische) beoordeling en het ter plaatse gaan in een crisissituatie gebeurt bij voorkeur door een jeugdzorgwerker gespecialiseerd in

crisishulpverlening (Bartelink et al., 2015). De ernst en urgentie van de situatie bepalen hoe snel er gehandeld moet worden. Factoren die meewegen bij het beoordelen van de situatie:

- de veiligheid van de jeugdige, inclusief vermoedens van of risico op kindermishandeling
- de balans tussen draagkracht en draaglast.

Daarnaast beoordeelt de medewerker of er sprake is van escalerende problematiek. Is het oordeel dat de situatie op korte termijn dusdanig zal verslechteren dan wordt snel ingrijpen noodzakelijk.

Begripsbepaling

In het Handboek Indicatiestelling Bureau Jeugdzorg (2010) worden drie gradaties van urgentie onderscheiden: crisis, spoed en regulier. Als er sprake is van crisis of spoed, wordt er een crisisinterventie ingezet.

Crisis: direct ingrijpen en binnen 24 uur vervolgesprek

De situatie is levensbedreigend of er is direct gevaar voor het kind als

- de ouder of kind dreigt met zelfdoding
- het kind een psychose heeft
- het kind verwaarloosd wordt of dreigt te worden en/of zijn situatie onveilig is (bijvoorbeeld wegens een gebrek aan toezicht)
- er duidelijke aanwijzingen voor seksueel misbruik of lichamelijke mishandeling zijn.

Spoed: binnen 24 uur eerste contact

Er dreigt direct gevaar voor het kind en/of de balans tussen draagkracht en draaglast is ernstig verstoord. Dit is het geval als zich minstens twee van de volgende al eerder genoemde drie kenmerken voordoen:

Kenmerk 1: de draaglast (feitelijk of in de beleving) wordt plotseling te zwaar:

- door een ingrijpende gebeurtenis
- doordat een belangrijke faseovergang van het kind/ouders/gezin niet kan worden gemaakt
- als een risicofactor bij de cliënt of zijn omgeving actief wordt, bijvoorbeeld een stoornis
- als de beleving van een bestaande situatie te sterk negatief wordt.

Kenmerk 2: de draagkracht schiet onverwacht te kort:

- er worden geen adequate probleemoplossende strategieën gebruikt
- het ontbreekt het kind of zijn opvoeders aan competentie
- er zijn onvoldoende beschermende factoren of er is onvoldoende sociale steun.

Kenmerk 3: de cliënt raakt in paniek en is niet in staat adequaat te handelen:

- de cliënt is emotioneel te verward
- de cliënt is niet meer in staat feitelijke informatie in te schatten
- de cliënt vertoont problematisch gedrag dat de situatie verergert.

Ook situaties waarin de problematiek ernstig, langdurig of complex is, en waarin de balans tussen draaglast en draagkracht zo ernstig verstoord is dat een crisis dreigt, worden met spoed behandeld. Dit geldt ook als aantoonbaar is dat op korte termijn de situatie op belangrijke of op meer leefgebieden van de cliënt zal verslechteren.

Regulier: een aanmelding is regulier als:

- ingeschat wordt dat (geïndiceerde) zorg noodzakelijk is
- de balans tussen draaglast en draagkracht niet dermate verstoord is dat snel ingrijpen is vereist.

Samenwerking

Samenwerking met politie, het Advies en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK), de Raad voor Kinderbescherming, de GGZ en zorgaanbieders is belangrijk voor een jeugdzorgwerker. Deze instanties helpen een goede inschatting van de crisis en benodigde (crisis)interventies te maken. Welke instanties de jeugdzorgwerker wanneer moet raadplegen en op welke manier is te vinden in de Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming (Bartelink et al., 2015).

Een jeugdzorgwerker moet daarnaast kennis hebben van de veranderingen die plaatsvinden in een gezin tijdens crisissituaties, en deze kunnen beoordelen (Myer et al., 2014).

Myer en collega's (2014) onderzochten vijf gezinskenmerken die tijdens crisissituaties veranderen.

- Veranderingen in de rollen van gezinsleden. Bijvoorbeeld het oudste kind dat een ouderrol op zich neemt.
- Het stellen van grenzen binnen een gezin. Ouders zijn bijvoorbeeld minder rigide in het stellen van grenzen, of verleggen hun grenzen.
- Veranderende regels binnen het gezin. Bijvoorbeeld een vader die werkloos wordt en daardoor meer besluiten neemt thuis.
- Veranderende doelen in het gezin. Door een crisis kunnen bijvoorbeeld minder goed lange termijn doelen worden nagestreefd.
- Waarden van het gezin. Een gezin dat een sterke overtuiging heeft dat sporten belangrijk is, kan door een plotselinge lichamelijke beperking van een gezinslid deze waarde bijstellen.

Het is belangrijk dat de jeugdzorgwerker deze zes veranderende gezinskenmerken herkent en begrijpt, om families te helpen met de crisis om te gaan en deze op te lossen (Myer et al., 2014).

3. Wat is een crisisinterventie?

In crisissituaties zijn zowel positieve als negatieve veranderingen mogelijk. Daarom is het belangrijk dat hulpverleners snel en flexibel actie ondernemen in de vorm van crisisinterventie.

Een crisisinterventie is te definiëren als een kortdurende actieve interventie die erop gericht is om de acute problemen op te lossen en het evenwicht te herstellen (Caplan, 1964). Hoekert en collega's (2000) omschrijven het doel van crisisinterventie als het herstellen van het evenwicht door het voorkomen van verdere achteruitgang, het herstel naar het oorspronkelijke niveau met daarbij, voor zover mogelijk, een structurele verbetering van het functioneren van het systeem.

Kenmerken van een crisisinterventie

Een crisisinterventie is dus bedoeld om evenwicht te herstellen. Voor structurele problemen in het gezin is daarna bijna altijd een vorm van vervolghulpverlening noodzakelijk. Crisisinterventie heeft altijd vier duidelijke kenmerken (Faas, 1996):

- Preventief
Met preventief wordt bedoeld dat een crisisinterventie gericht is op het voorkomen van

erger. Als in een crisissituatie goede hulp wordt verleend, zal dit er toe leiden dat in een latere fase langduriger en zwaardere hulp niet nodig is.

- Kortdurend van aard
Een crisis is in tijd beperkt en daarom zal de hulp in crisissituaties ook steeds kortdurend zijn. Kortdurend betekent hier, dat de hulpverlening zich doorgaans uitstrekt over een aantal weken waarin intensief hulp wordt verleend.
- Intensief
In de kortdurende periode van hulpverlening zullen er altijd veel contacten, gesprekken of andere activiteiten zijn. Deze investering levert rendement op als hulpverleners goed gekwalificeerd zijn.
- Directief
De methodiek van de hulpverlening is gericht op actie, op doen, op het nemen van initiatief, op het stimuleren van de cliënt. De hulpverlener geeft aanwijzingen, soms opdrachten. De hulpverlener werkt aan concrete, goed omschreven doelen en heeft een pragmatische benadering.

Crisisinterventie is eigenlijk een verzamelbegrip voor verschillende soorten kortdurende intensieve hulp in tijden van crisis die officieel maximaal vier weken duurt. De verschillende soorten crisisinterventies kunnen worden ingedeeld naar de vorm van de hulp. Deze indeling wordt hieronder toegelicht.

3.1 Vormen van crisisinterventies

Er zijn verschillende vormen van crisisinterventie, namelijk: ambulante crisishulp, residentiële crisishulp en crisispleegzorg.

3.1.1. Ambulante crisishulp

Ambulante crisishulp is intensieve hulp aan het gezin in hun eigen huis. Deze vorm duurt in principe maximaal vier weken. Het doel van ambulante crisishulp is het oplossen van acute problemen, het herstellen van het evenwicht in het gezin en het voorkomen van een uithuisplaatsing van één of meer kinderen.

Families First

Een voorbeeld van ambulante crisishulp in Nederland is *Families First*. Dit is een intensieve vorm van crisishulp aan gezinnen waarin uithuisplaatsing van één of meer kinderen dreigt. Gedurende vier weken komt een gezinsmedewerker ongeveer twintig uur per week in een gezin om te zorgen dat de ouders weer grip krijgen op de situatie en dat de uithuisplaatsing wordt voorkomen. De methode van *Families First* is gericht op het vergroten van de competentie van de verschillende gezinsleden. In de aanpak wordt praktische hulp gecombineerd met het leren van ander gedrag waarmee de gezinsleden hun situatie beter kunnen hanteren.

Ambulante Spoedhulp

Een ander voorbeeld van ambulante crisishulp in Nederland is *Ambulante Spoedhulp*. Dit is een methode waarbij in een periode van maximaal vier weken ouders, opvoeders, jeugdigen en het gezin als geheel worden geholpen bij het hanteren van spoedeisende problemen en crisissituaties die zich voordoen bij het opvoeden en het opgroeien van jeugdigen. *Ambulante Spoedhulp* is gebaseerd op de crisistheorie (Caplan, 1964; Al, Stams, Assher & Van der Laan, 2014) en werkt volgens de principes

van systeembenadering, netwerkbenadering, *empowerment* competentiebenadering en oplossingsgerichte benadering (Al et al, 2014). De interventie is gericht op het bereiken van de volgende algemene doelen:

- De veiligheid en de basisroutines van jeugdigen en hun ouders zijn voldoende hersteld en urgente korte termijndoelen zijn zo veel mogelijk gerealiseerd
- De problematiek, risicofactoren, kansen en verwachtingen van gezinsleden zijn verkend en geordend
- Met de jeugdige en de ouders is vastgesteld wat er moet gebeuren
- Zo nodig heeft overdracht naar vervolghulp plaatsgevonden.

Al en collega's (2014) beschrijven een aantal kenmerken van professionals die *Ambulante Spoedhulp* bieden: bereikbaar zijn, een kleine *caseload* hebben, concrete service bieden, adviseren, nazorg regelen en therapeutische betrokkenheid tonen.

3.1.2 Residentiële crisisopvang

Als er voor de jeugdige thuis acuut een zeer onveilige of ongezonde situatie is ontstaan, kan hij of zij (tijdelijk) niet meer thuis wonen. Een jeugdige kan dan in een crisisopvang worden geplaatst. Dit is in principe voor de duur van maximaal vier weken. Deze crisisopvang biedt op zeer korte termijn opvang, verzorging en begeleiding voor het wonen, de vrijetijdsbesteding en de dagbesteding. Er is daarbij 24 uur per dag begeleiding aanwezig. Bij een crisisplaatsing is de situatie vaak nog onduidelijk. Het doel van de plaatsing is, naast het bieden van een veilige plek, het observeren van de ontwikkeling en het gedrag van het kind, de interactie tussen ouders en kind en de opvoedingsmogelijkheden van de ouders. Duidelijk moet worden wat het kind nodig heeft en wat ouders wel of niet kunnen bieden. Op basis van observaties en gesprekken geeft de zorgaanbieder een advies over het toekomstperspectief.

3.1.3 Crisispleegzorg

Als een jeugdige (tijdelijk) niet thuis kan wonen kan hij of zij ook in een crisispleeggezin worden geplaatst. Het gaat daarbij om 24-uursplaatsing (dag en nacht), in principe voor de duur van maximaal vier weken. Het pleeggezin biedt rust en zorgt voor opvang en verzorging door middel van structuur, stabiliteit en veiligheid. De pleegouders stimuleren en ondersteunen het kind bij het onderhouden van contact met zijn ouders en zorgen voor begeleiding van het kind bij overplaatsing naar zijn vervolgplek. De pleegzorgbegeleider heeft tijdens deze kortdurende pleegzorg begeleidingsgesprekken met de pleegouders. Ook informeert hij de plaatser over de ontwikkeling en voortgang van het kind, op basis van verzamelde informatie over het kind en zijn situatie. De plaatser onderzoekt in deze periode hoe de hulpverlening verder vorm moet krijgen.

4. Wat werkt bij crisisinterventie in gezinnen?

4.1 Ambulante crisishulp

Family Preservation Programs

Internationaal is er veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van *Family Preservation Programs*. Dit zijn ambulante interventies die gericht zijn op het beschermen van kinderen en het sterker maken van gezinnen, zodat de kinderen veilig thuis kunnen blijven wonen. De programma's hebben meestal tot doel om uithuisplaatsing van één of meerdere kinderen te voorkomen. Er zijn verschillende meta-analyses en reviews naar het effect van *Family Preservation Programs* op (1)

uithuisplaatsing, (2) kindermishandeling en (3) het functioneren van de jeugdige en het gezin. Hoewel er ook *Family Preservation Programs* zijn die worden ingezet als er geen sprake is van een crisissituatie, hebben de gevonden meta-analyses en reviews allemaal betrekking op de inzet van *Family Preservation Programs* ten tijde van een crisissituatie in het gezin.

Reviews

Al (2012a; 2012b) heeft een meta-analyse uitgevoerd waarin de effectiviteit van intensieve ambulante interventies voor gezinnen in crisis met risico op uithuisplaatsing van een kind wordt getoetst. De resultaten van de meta-analyse lieten zien dat intensieve ambulante interventies voor gezinnen in crisis met risico op uithuisplaatsing van een kind in het algemeen geen effect hadden op preventie van uithuisplaatsing van kinderen. De resultaten toonden wel aan dat intensieve ambulante interventies voor gezinnen in crisis het functioneren van het gezin verbeteren. Hierbij werd een middelgroot positief effect gevonden. De interventies waren effectief in het voorkómen van uithuisplaatsing voor multiprobleemgezinnen, maar niet voor gezinnen waarin mishandeling en/of verwaarlozing speelde. Verder bleek het effect op uithuisplaatsing afhankelijk van cliëntkenmerken (seks en leeftijd van het kind, leeftijd van de ouder, het aantal kinderen in het gezin, het aantal ouders in het gezin en etniciteit), interventiekenmerken (*caseload* van de hulpverlener), studiekenmerken (onderzoeksdesign en studiekwaliteit) en publicatiekenmerken (publicatietype, publicatiejaar en impactfactor).

Uit een meta-analyse van het *Washington State Institute for Public Policy* (2004) naar *Family Preservation Programs* bleek ook dat door het inzetten van deze programma's gemiddeld genomen geen significante afname van uithuisplaatsingen plaatsvond. De onderzoeken in de meta-analyse zijn RCT's of goed gecontroleerde experimentele studies en zijn uitgevoerd tussen 1981 en 2002. De meta-analyse is vervolgens in 2006 herhaald (*Washington State Institute for Public Policy*, 2006). Daarbij werd onderscheid gemaakt in programma's die wel of niet waren opgebouwd volgens het *Homebuilders* model. Het *Homebuilders* model is ontwikkeld in de Verenigde Staten door het *Behavioral Science Institute* (BSI; zie Kinney, Haapala, Booth & Leavitt, 1990). Het programma richt zich exclusief op gezinnen waarin een ernstige crisis gaande is én waar uithuisplaatsing onherroepelijk zal plaatsvinden als de interventie niet aanslaat (Slot, 1992). De doelstelling is het voorkomen van uithuisplaatsing en het creëren van veiligheid voor bedreigde kinderen door middel van een kortdurend, intensief hulpaanbod van zes tot acht weken. In de meta-analyse zijn vier onderzoeken opgenomen naar *Family Preservation Programs* die werkten volgens het *Homebuilders* model en tien *Family Preservation Programs* die niet werkten volgens het *Homebuilders* model. Een programma werd geclassificeerd als werkend met het *Homebuilders* model als het minimaal dertien van de zestien elementen bevatte die door de ontwikkelaars zijn benoemd als essentieel voor het *Homebuilders* programma. De tien programma's die niet werkten volgens het *Homebuilders* model hadden slechts vijf of minder van deze elementen. Uit de meta-analyse bleek dat de programma's die werkten volgens het *Homebuilders* model de uithuisplaatsing van kinderen en de mate van kindermishandeling significant verminderden. Het aantal kinderen dat uit huis werd geplaatst verminderde met deze programma's met 31 procent. De programma's die niet werkten volgens het *Homebuilders* model brachten geen significante veranderingen teweeg.

Barlow, Simkiss en Stewart-Brown (2006) hebben een review uitgevoerd naar reviews van interventies die tot doel hebben om kindermishandeling te stoppen. Zij hebben vier reviews gevonden die zich richtten op de effecten van *Family Preservation Programs* op uithuisplaatsing of

op andere kenmerken van het gezinsfunctioneren. Er is hierbij geen onderscheid gemaakt in programma's die wel of niet werken volgens het *Homebuilders* model. Uit twee van de vier reviews kwam dat *Family Preservation Programs* geen effect hadden op de uithuisplaatsing van kinderen (Dagenais, Begin, Bouchard, & Fortin, 2004; Heneghan, Horowitz, & Leventhal, 1996). Uit twee reviews bleek echter dat *Family Preservation Programs* wel een significant positief effect hadden op het functioneren van de jeugdige en het gezin. Barlow en collega's (2006) concluderen op basis hiervan dat er redelijk bewijs is voor de effectiviteit van *Family Preservation Programs* met betrekking tot de uitkomsten in het gezin.

Lindsey, Martin en Doh (2002) hebben een review uitgevoerd naar het effect van *Family Preservation Programs* op uithuisplaatsing. Ze vonden 36 studies van uiteenlopende kwaliteit en concludeerden dat *Family Preservation Programs* weinig invloed hadden op het voorkomen van uithuisplaatsing of het beschermen van de jeugdigen. Heel andere resultaten vonden Robers en Everly (2006). Zij hebben een meta-analyse gedaan naar verschillende vormen van crisisinterventie, waaronder *Family Preservation*, door hen ook wel 'in-home intensive family crisis intervention' genoemd. De belangrijkste conclusie van de meta-analyse is dat ambulante crisisinterventie van meer dan 8 uur over een periode van één tot drie maanden effectief is in het voorkomen van uithuisplaatsing van mishandelde kinderen. Zeven van de elf onderzoeken naar *in-home intensive family crisis intervention* uit deze meta-analyse laten een 'grote' effectgrootte zien. In drie studies is de effectgrootte 'redelijk', slechts één studie heeft een 'kleine' effectgrootte.

Nelson, Walters, Schweitzer, Blythe en Pecora (2009) geven een overzicht van het onderzoek naar *Family Preservation Programs* in de afgelopen tien jaar. De auteurs zijn voorzichtig positief over de resultaten van programma's die werken volgens het *Homebuilders* model. Zij verwijzen hierbij naar het onderzoek van het Washington State Institute for Public Policy (2006). Daarnaast geven zij aan dat er in de toekomst beter onderzoek moet worden gedaan naar *Family Preservation Programs*. De onderzoeksdesigns van de huidige studies zijn niet van dermate kwaliteit dat er stellige uitspraken kunnen worden gedaan over de effecten van *Family Preservation Services*.

In 2015 maakten Pecora, Schweizer, Nelson, Walters en Blythe een overzicht van het onderzoek naar *Intensive Family Preservation Programs* in de afgelopen 30 jaar. Zij onderzochten of deze programma's als *evidence-based* beschouwd konden worden. Zij concluderen dat *Intensive Family Preservation Programs* niet *evidence-based* zijn, maar wel 'veelbelovende interventies' zijn. Het lijkt erop dat ambulante crisishulp op de korte termijn even effectief is als kortdurende pleegzorg.

Primair onderzoek

Naast de beschreven reviews, is er recent een primair onderzoek uitgevoerd naar een *Family Preservation Program*. Hurley, Griffith, Ingram, Bolivar, Mason en Trout (2012) deden onderzoek naar de *Boys Town In-Home Family Program* (BT-IHFP). Bij dit onderzoek zijn gezinnen betrokken waar (vermoedelijke) kindermishandeling plaatsvond. Van de 44 gezinnen betrokken bij dit onderzoek, heeft bij 94 procent geen uithuisplaatsing plaatsgevonden. Na het deelnemen aan dit programma rapporteerden ouders meer opvoedingsvaardigheden, minder opvoedstress, minder gedragsproblemen bij het kind, een verbetering in functioneren op school en een verbetering in gezinsfunctioneren. Deze studie heeft geen gebruik gemaakt van een controlegroep, waardoor niet met zekerheid is te zeggen of de beschreven resultaten werkelijk door de interventie komen.

Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT)

In Nederland is eveneens onderzoek verricht naar de resultaten van intensieve thuisbehandelingsvormen. Het gaat om vormen van intensieve thuisbegeleiding in gezinnen, waardoor de ouder(s) en de jeugdige(n) met directe betrokkenheid van een hulpverlener werken aan de verbetering van de opvoeding, al dan niet in combinatie met het verbeteren van het handelen bij één of meer andere gezinstaken. In de gezinnen die IPT ontvangen is in veel gevallen sprake van dreigende uithuisplaatsing van één of meer kinderen. Het inzetten van IPT heeft tot doel deze uithuisplaatsing te voorkomen. Er is niet altijd sprake van een crisissituatie.

Veerman, Janssens en Delicat (2005) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT) in Nederland. Voor zeventien methodieken, waaronder *Families First*, Intensieve Orthopedagogische Gezins hulpverlening en Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling, zijn effectgroottes berekend voor de vermindering van externaliserende problemen van kinderen en de vermindering van door ouders ervaren opvoedingsbelasting. De analyses laten vrijwel gelijke gewogen gemiddelde effectgroottes zien: 0,52 voor externaliserende problemen en 0,55 voor opvoedingsbelasting. Beide effectgroottes waren statistisch significant en kunnen als middelgroot getypeerd worden. Na afsluiting van de hulp zijn de externaliserende problemen bij jeugdigen en de opvoedingsbelasting die ouders ervaren duidelijk minder. Maar hoewel de scherpe kantjes er misschien af zijn, bleek uit de hoogte van de scores op de nameting dat er bij afsluiting van de hulp gemiddeld genomen nog sprake is van behoorlijke problemen.

Families First

Een voorbeeld van Intensieve Pedagogische Thuishulp is *Families First*. Dit is een vorm van jeugdhulp voor gezinnen die in een zodanige crisissituatie verkeren dat uithuisplaatsing van één of meer kinderen onvermijdelijk lijkt. Bij een crisissituatie zijn er goede startmogelijkheden voor positieve veranderingen. Ook kan het probleem effectiever worden aangepakt op de plek waar ze zijn ontstaan (Damen en Veerman, 2013).

“*Families First* is gebaseerd op het al eerder genoemde *Homebuilders* model. Sinds de introductie in Nederland in 1994 heeft onderzoek volgens Damen en Veerman (2009) laten zien (1) dat de doelgroep van *Families First* inderdaad bestaat uit kinderen bij wie het risico op uithuisplaatsing groot is, (2) dat de uitvoering voldoet aan de meeste van de dertien opgestelde kwaliteitscriteria, hetgeen betekent dat er getrouw aan het behandelmodel wordt gewerkt, (3) dat ongeveer driekwart van de kinderen een jaar na behandeling thuis woont en dat bovendien de gedragsproblemen van jeugdigen en de opvoedproblemen van ouders behoorlijk zijn afgenomen. Deze resultaten geven duidelijk aanwijzingen voor de effectiviteit van *Families First* in Nederland. Een meer overtuigend bewijs zou echter geleverd kunnen worden door het uitvoeren van een experimenteel onderzoek waarin kinderen en gezinnen willekeurig worden toegewezen aan *Families First* of aan een controlegroep. Een dergelijk onderzoek blijkt in de praktijk van de jeugdhulp moeilijk te realiseren. Het onderzoek van Damen en Veerman (2009) bewandelt daarom een tussenweg. Naast het verzamelen van gegevens over uitkomsten van *Families First* worden twee theoretisch onderbouwde vraagstellingen getoetst: (1) meer getrouwheid aan het behandelmodel leidt tot betere uitkomsten, en (2) meer verbetering in kind- en gezinsfunctioneren tijdens de behandeling leidt tot minder uithuisplaatsing in het jaar na behandeling” (Damen & Veerman, 2009, p.5).



“Het onderzoek is uitgevoerd bij de Overijssels zorgaanbieder Commujon. De onderzoekspopulatie bestaat uit gezinnen die tussen 1 oktober 2006 en 1 oktober 2007 *Families First* hebben ontvangen. In totaal gaat het om 157 kinderen, waarvan 56 procent een jongen is en 46 procent twaalf jaar of jonger. De ontwikkeling van deze kinderen en hun gezinnen is vanaf de start van *Families First* tot en met gemiddeld één jaar na afsluiting gevolgd. Op drie meetmomenten (aanvang, afsluiting en follow-up) is met behulp van gestandaardiseerde meetinstrumenten informatie verzameld over de gedragsproblemen van het aangemelde kind en de opvoedbelasting van de ouder. Bij de follow-up is tevens informatie ingewonnen over de controle van ouders over de opvoeding van het kind. De behandelingsgetrouwheid van *Families First* - of de behandeling volgens het model is geboden- is bij afsluiting vastgesteld met het bestaande kwaliteitstoetsingssysteem van *Families First*. Gegevens over de woonsituatie van het kind en ervaringen van ouders met *Families First* zijn bij follow-up in een interview met ouders verzameld” (Damen & Veerman, 2009, p. 5).

“Uit de resultaten blijkt dat *Families First* bij Commujon:

- voor 99 procent de beoogde doelgroep bereikt,
- een behandeling biedt die voor 97 procent modelgetrouw is,
- tot een statistisch significante afname van gedragsproblemen en opvoedbelasting leidt tijdens de behandeling (met effectgroottes van resp. 1,00 en 0,67),
- deze afname laat stabiliseren tot een jaar na afsluiting,
- in 75 procent van de gevallen tot het voorkomen van uithuisplaatsing binnen één jaar leidt
- en volgens de mening van 82 procent van de ouders effectief is.

Toetsing van de twee theoretisch onderbouwde vraagstellingen leverde weinig op. Slechts enkele van vele getoetste verbanden tussen behandelingsgetrouwheid en uitkomsten bij kind en ouder en uithuisplaatsing bleken statistisch significant. Verder bleken veranderingen in gedragsproblemen, opvoedbelasting en controle over de opvoeding tussen aanvang en afsluiting en tussen afsluiting van follow-up geen relatie te vertonen met het aantal dagen uithuisplaatsing in het jaar na afsluiting. Datzelfde gold ook voor mate van gedragsproblemen en opvoedbelasting op het moment van aanvang en afsluiting” (Damen & Veerman, 2009, p. 5).

Damen en Veerman (2013) hebben in een ander onderzoek gekeken naar de relatie tussen de ‘behandelingsgetrouwheid’ van *Families First* en het voorkomen van uithuisplaatsing van het aangemelde kind bij afsluiting van de behandeling. Wanneer een interventie uitgevoerd wordt zoals bedoeld, noemen we deze behandelingsgetrouw. Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van informatie van 4493 gezinnen die zijn behandeld, verzameld in de jaren 2003- 2010. Resultaten wijzen uit dat 94 procent van de gezinnen deel uit maakt van de beoogde doelgroep. In deze gezinnen was sprake van een acute crisis. Gemiddeld werd bij een gezin aan 8.6 van de tien behandelingsaspecten voldaan. Verder kwam naar voren dat aan het einde van de behandeling bij 88 procent van de gezinnen uithuisplaatsing van een kind is voorkomen. Ook beschrijven Damen en Veerman (2013) dat wanneer wordt voldaan aan de gedefinieerde aspecten van *Families First* (snelheid start, doelgerichtheid, intensiteit, beschikbaarheid, specificiteit methodiek, tussentijdse evaluatie, duur, doe-evaluatie, begeleiding gezinsmedewerkers en betrokkenheid plaatser), de kans op het voorkomen van uithuisplaatsing toeneemt.

Ambulante Spoedhulp

Naast het onderzoek dat naar *Families First* is gedaan, is ook onderzoek gedaan naar Ambulante Spoedhulp. Dit is een andere vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp. Ambulante Spoedhulp is

een methode waarbij in een periode van maximaal vier weken ouders, opvoeders, jeugdigen en het gezin als geheel worden geholpen bij het hanteren van spoedeisende problemen en crisissituaties die zich voordoen bij het opvoeden en het opgroeien van jeugdigen.

In een tweetal onderzoeken (Al, Stams, Van der Laan en Asscher, 2011; Al, 2012) naar Ambulante Spoedhulp is geëvalueerd en onderzocht hoe 183 deelnemende gezinnen de crisis hebben ervaren en wat hun definitie van crisis is. Ook is onderzocht wat de hulpvraag en hulpbehoefte van deze gezinnen was. De resultaten van het onderzoek laten zien dat alle gezinnen (één gezin uitgezonderd) zich in een crisissituatie bevonden bij aanvang van de interventie. Echter, de perceptie over de aard en omvang van de crisis verschilde soms per respondent (ouder of crisiswerker). Bij aanvang van de interventie hadden de gezinnen niet alleen behoefte aan emotionele ondersteuning, maar ook aan andere soorten hulp, zoals advies en financiële ondersteuning.

Aan het einde van de Ambulante Spoedhulpverlening was volgens de gezinnen en crisiswerkers de crisis afgenomen en de veiligheid toegenomen. De gezinnen ervoeren echter ook na de interventie nog enige mate van crisis (Al, Stams, Van der Laan en Asscher, 2011). Naast afgenomen crisis en toegenomen veiligheid, werden er ook verbeteringen gevonden op het gebied van opvoedingsstress, ouderlijke competentie (bij moeders), gedragsproblemen van kinderen (volgens ouders) en ouder-kind-interactie (volgens moeders). De oplossingsgerichte benadering van Ambulante Spoedhulp, de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener, de verlengde interventieduur en de analyse van de gezinssituatie vertoonden samenhang met de gevonden verbeteringen. De gezinnen die te maken hadden met opvang buiten het gezin tijdens Ambulante Spoedhulp rapporteerden het veelal eens te zijn geweest met deze opvang en beoordeelden deze vorm van hulp als positief in hun situatie (Al, 2012).

Verder is bekeken wat de invloed is van cliëntfactoren, de werkrelatie tussen de hulpverlener en de cliënt, hoop en verwachting van de cliënt en de specifieke interventiemethode (door Al de 'Big Four' genoemd) is op de crisisafname en de toename van veiligheid. De specifieke interventiemethode bleek de meeste variantie in de verandering te verklaren. Binnen de interventie droegen de oplossingsgerichte benadering, de netwerkbenadering en het in kaart brengen van veiligheid in het bijzonder bij aan de veranderingen. De werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener verklaarde evenveel variantie als de specifieke interventiemethode ten aanzien van crisisafname en droeg na de methode het meest bij aan veiligheidstoename. Afgezien van de prominente relatieve bijdrage van de specifieke interventiemethode en de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener aan veranderingen, werd gevonden dat de variantie in veranderingen voornamelijk afhankelijk was van verschillen tussen gezinnen in plaats van tussen hulpverleners. Verder bleken de 'Big Four' substantiële onderlinge samenhang te vertonen (Al, 2012).

Al, Stams, Asscher en van der Laan (2014) hebben geëvalueerd of Ambulante Spoedhulp leidt tot veranderingen in het gezin. Zij richtten zich hierbij op de gebieden:

- crisissituatie
- veiligheid van het kind
- functioneren van de familie
- gedragsproblemen van het kind.

Daarnaast is onderzocht of deze veranderingen samenhangen met de programmakenmerken (systeembenadering, netwerkbenadering, competentiebenadering, oplossingsgerichte benadering en praktische benadering).

Uit de resultaten blijkt dat na de inzet van Ambulante Spoedhulp de crisis is afgenomen, de veiligheid van het kind is toegenomen, er verbeteringen zijn in het gezinsfunctioneren op het gebied van ouder-kindinteractie, draagkracht van de ouders, opvoedcompetenties van de ouders en gedragsproblemen van het kind. Verder is er een verband gevonden tussen kenmerken van Ambulante Spoedhulp en veranderingen op het gebied van crisis, veiligheid en verbeteringen in familie functioneren en gedragsproblemen van het kind. Hieruit blijkt dat een therapeutische benadering, analyse van de situatie en een oplossingsgerichte benadering helpen om een positieve verandering teweeg te brengen bij gezinnen.

Daarnaast hebben Puyenbrock, Loots, Grietens en Jaquet (2013) door middel van een *case study* de ervaringen van cliënten met Ambulante Spoedhulp onderzocht. Zij hebben vragenlijsten afgenomen, interventiesessies gefilmd en geanalyseerd bij een Vlaams gezin, bestaande uit vader, moeder, een zoon (12 jaar) en een dochter (12 jaar).

Twee aspecten blijken de ervaringen van cliënten tijdens een crisisinterventie te beïnvloeden, namelijk: het gevoel en de angst van dreigende uithuisplaatsing van de kinderen, en de meningsverschillen tussen ouders en de therapeut met betrekking tot bemoeienis in het gezin. Het is noodzakelijk dat de hulpverlener zoekt naar overeenkomsten tussen wat hijzelf belangrijk vindt en wat het gezin belangrijk vindt. Door overeenkomsten als uitgangspunt te nemen is met de hulp positief effect te bereiken (Puyenbrock et al., 2013).

4.2 Residentiële crisisopvang

Voor residentiële crisisopvang zijn in eerste instantie de kenmerken van belang die bijdragen aan goede orthopedagogische basiszorg in residentiële instellingen (Boendermaker, Van Rooijen & Berg, 2010):

- De crisisopvang heeft aandacht voor en maakt werk van het stimuleren van de normale ontwikkeling van jeugdigen. Dat kan door het stimuleren en ondersteunen van de deelname aan onderwijs, vrijetijdsbesteding, sport en werk, en door het bieden van een zo normaal mogelijk dagelijks leven, zonder daarbij de speciale behoeften van de jeugdigen uit het oog te verliezen.
- De crisisopvang heeft oog voor de fysieke gezondheid van jeugdigen. Dat kan bijvoorbeeld door het ontmoedigen van roken en alcohol- of druggebruik en het helpen bij gezond internetgebruik, en door het bieden van een adequate toegang tot de gezondheidszorg.
- De crisisopvang heeft aandacht voor jeugdigen als individu in plaats van alleen als groepslid. Dat gebeurt door jeugdigen serieus te nemen en de tijd te nemen om naar jeugdigen te luisteren en er voor hen te zijn.
- De crisisopvang biedt een veilige omgeving en weet pesten en onderling verbaal en fysiek geweld te voorkomen.
- De crisisopvang besteedt aandacht aan het gezin van herkomst en aan de relatie tussen jeugdigen en hun ouders. Dit kan bijvoorbeeld door er voor te zorgen dat een jeugdige contact kan onderhouden met vrienden en familie. Het kan ook betekenen dat er hulp en begeleiding voor de ouders nodig is. Het is van belang om per individuele jeugdige te beoordelen of, hoe en met welke intensiteit contact met het gezin van wenselijk is.

Op basis van de internationale kwaliteitsstandaarden zijn nog twee belangrijke aanvullende kenmerken te noemen:

- de crisisopvang zorgt voor screening van het personeel en vrijwilligers op misbruik
- de crisisopvang garandeert vertrouwelijkheid van informatie en toegang tot informatie.

Er is nauwelijks specifiek onderzoek gedaan naar residentiële crisisopvang in de jeugdhulp (Cole, Wehrmann, Dewar & Swinford, 2005). De resultaten daarvan moeten dan ook voorzichtig worden geïnterpreteerd en er kunnen op basis van het huidige onderzoek geen uitspraken worden gedaan over de effectiviteit van residentiële crisisopvang.

Crisis nurseries

Onderzoek uit de Verenigde Staten heeft met name betrekking op ‘*crisis nurseries*’. Deze zijn bedoeld voor gezinnen die in een crisissituatie verkeren en bieden tijdelijke crisiszorg aan kinderen tot vier jaar en ondersteuning aan de ouders. Volgens Cowen (1998) ervaren ouders van wie het kind is opgevangen in een *crisis nursery* significant minder stress na afloop van de opvang dan bij aanvang van de opvang. Dit wordt bevestigd door Cole en collega’s (2005). Ouders van wie het kind is opgevangen in een *crisis nursery* ervaren het als een veilige plek voor het kind. In een onderzoek van Dougherty en collega’s (2002) gaven ouders aan dat als de *crisis nursery* er niet was geweest, zij het kind misschien alleen hadden gelaten, de zorg hadden overgedragen aan iemand die daar eigenlijk niet geschikt voor was of het kind hadden meegenomen naar een plek die voor het kind niet veilig zou zijn geweest.

Cole en Hernandez (2008) onderzochten de uitkomsten van *crisis nurseries* voor ouders. Hieruit bleek dat de stress van ouders was afgenomen, het risico op mishandeling was afgenomen en de opvoedingsvaardigheden waren vergroot. Uit een nadere analyse van de afname van de ouderlijke stress, bleek dat dit met name het geval was bij alleenstaande ouders, met een hoog inkomen, met kinderen van vier jaar of ouder en voor hen die de hulp kregen vanwege een crisis met betrekking tot de thuissituatie, de mentale gezondheid of huiselijk geweld.

Uit een ander onderzoek van Cole en Hernandez (2011) bleek dat kinderen die voor een pleegzorgplaatsing waren opgevangen in een *crisis nursery* vijftig procent meer kans hadden om na de pleegzorgplaatsing weer bij hun ouders te kunnen wonen dan kinderen die voor de pleegzorgplaatsing niet waren opgevangen in een *crisis nursery*. Op basis van het onderzoek kan er echter geen verklaring worden gegeven voor dit verband.

Centra voor adolescenten

Naast dit internationale onderzoek heeft Wouda in 1994 onderzoek gedaan naar crisiscentra voor adolescenten en de condities waaronder deze centra optimaal presteerden. Volgens Wouda was er in 1994 slechts één aspect waarover op basis van wetenschappelijk onderzoek redelijke zekerheid bestond, namelijk dat het cruciaal is voor de effectiviteit van crisisopvang dat het sociale netwerk van de jeugdige betrokken is bij de opvang en hulp.

Wouda onderzocht twaalfcrisiscentra in Nederland en maakte daarbij onderscheid tussen opvangcentra en crisisinterventiecentra. Het belangrijkste verschil tussen beide was dat er in de opvangcentra met name opvang werd geboden. Het oplossen van de problemen binnen de gezinnen

was de verantwoordelijkheid van ambulante werkende organisaties. In de crisisinterventiecentra werd daarentegen een integraal aanbod van opvang en hulpverlening geboden.

Ook de doelgroep werd ingedeeld in twee homogene subgroepen: de primaire preventiegroep en de secundaire preventiegroep. De primaire preventiegroep werd gevormd door adolescenten die voor de crisisopvang nog thuis woonden en tot dan toe geen ervaring hadden met residentiële zorg. Het doel van de crisisopvang was dan ook dat de adolescenten weer terug naar huis zouden gaan. De secundaire preventiegroep werd gevormd door adolescenten die voor de crisisopvang niet meer thuis woonden en al meerdere ervaringen hadden met residentiële zorg. Het doel van de crisisopvang was voor hen sociale re-integratie.

Zowel in opvangcentra als in crisisinterventiecentra verbleven adolescenten uit de primaire en de secundaire preventiegroep. In het onderzoek werden verschillende uitkomstmaten gehanteerd. Hier worden alleen de uitkomstmaten besproken waarvoor objectieve gegevens zijn verzameld, namelijk: mate van voortijdige beëindiging van de plaatsing (beide groepen), het percentage langetermijnoplossingen voor het vervolg van de zorg (beide groepen), het percentage adolescenten dat terug naar huis ging (primaire preventiegroep) en het percentage adolescenten dat werd verwezen naar residentiële vervolgzorg (secundaire preventiegroep).

Uit het onderzoek bleek dat de crisisinterventiecentra op de meeste uitkomstmaten beter scoren dan de opvangcentra. Voor de primaire preventiegroep werd gevonden dat twee keer zoveel adolescenten uit de crisisinterventiecentra terugkeerden naar huis als uit de opvangcentra. Op basis van dit onderzoek lijkt het er dan ook op dat voor de primaire preventiegroep de volgende elementen van crisisinterventiecentra van belang zijn: integraal aanbod, hoogopgeleide professionals en specifieke crisisinterventies. Voor de secundaire preventiegroep bleek het lastig om adolescenten te re-integreren in de samenleving zonder aanvullende professionele hulpverlening. Van deze adolescenten werd 41 procent verwezen naar een residentiële instelling. De crisisinterventiecentra deden het bij deze groep niet beter dan de opvangcentra. Wouda stelt dat de resultaten van crisiscentra voor deze doelgroep verbeterd zouden kunnen worden als zij gaan samenwerken met programma's voor schoolverlaters en arbeidstoeleiding.

Gecombineerde interventie

Uit de databank effectieve jeugdinterventies (DEI) van het Nederlands Jeugdinstituut blijkt dat één (gecombineerde) crisisinterventie effectief bevonden is. Dit is de interventie 'Doen Wat Werkt'. Deze interventie omvat een gecombineerde inzet van een korte gesloten residentiële crisisinterventie (6 weken) en eventueel besloten residentiële zorg (maximaal 6 maanden). Over de periode 2006-2010 zijn effectmetingen en cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd (Van Aggelen, Willemsen, De Meyer en Roosma, 2009; Van Aggelen en Roosma, 2011), waaruit deze interventie effectief is bevonden door het Nederlands Jeugdinstituut.

4.3 Crisispleegzorg

Voor zover bekend is er in Nederland nauwelijks onderzoek gedaan naar kortdurende vormen van pleegzorg, waaronder crisispleegzorg. Wel hebben De Vries en Gardeniers (2013) onderzoek gedaan naar de gezinshuissector. Zij beschrijven de variant van kortdurende en acute plaatsingen in gezinshuizen bij een crisisgezin. Deze vorm van crisispleegzorg wordt alleen ingezet als een kind acuut de huidige woonplek moet verlaten. Vanuit het gezinshuis wordt dan onderzocht wat de beste

vorm van zorg is voor de jeugdige en waar hij of zij vervolgens geplaatst wordt, bijvoorbeeld terug naar huis, naar een ander pleeggezin of op kamertraining.

Daarnaast wordt er in het onderzoek van Strijker en Zandberg (2004) verwezen naar crisispleegzorg. Zij constateren dat 32,4 procent van de pleegkinderen uit de onderzoeksgroep in een ander gezin dan het huidige pleeggezin heeft gewoond. Hiervan is 19,9 procent afkomstig uit de crisispleegzorg. De verandering van crisisgezin naar langdurig pleeggezin betekent echter niet meer dan een verplaatsing. En na een verplaatsing, zo blijkt uit onderzoek van Newton, Litrownik en Landsverk (2000), kan het probleemgedrag bij het pleegkind verergeren of kan probleemgedrag ontstaan. Ook hebben verplaatsingen een ongunstige invloed op de hechtingsrelaties tussen pleegkinderen en hun opvoeders (Juffer, 2010).

Ook in het buitenland is er nauwelijks gedegen onderzoek naar kortdurende pleegzorg gedaan. Wilson en collega's (2004) menen dat kortdurende pleegzorg de psychosociale ontwikkeling van kinderen niet drastisch zal veranderen. Het verblijf is kort en de effectiviteit is afhankelijk van de onderliggende zorg waarvan de pleegzorg deel uitmaakt. Als er al een effect is van kortdurende pleegzorg, dan is dit heel moeilijk vast te stellen.

In Amerika zijn onderzoekers vooral geïnteresseerd in de vraag of kortdurende pleegzorg voorkomen kan worden door middel van intensieve begeleiding in het gezin van herkomst. Stein, Gambrill & Wiltse (1978) vonden dat tijdelijke pleegzorgplaatsing met doelgerichte ondersteuning van een pleegzorgbegeleider aan de ouders meer kans gaf op herstel van de gezinssituatie en op positieve uitkomsten dan pogingen om pleegzorgplaatsing te voorkomen. Voorwaarde is dat de ondersteuning gebaseerd is op een gezamenlijke overeenkomst tussen de pleegzorgbegeleider en de biologische ouders, bijvoorbeeld over de doelen van de pleegzorgplaatsing. Zo'n werkwijze bevordert goed contact tussen de biologische ouders, de pleegouders en het pleegkind. Daarnaast coördineert de pleegzorgbegeleider zowel voor, tijdens als na de plaatsing de samenwerking tussen verschillende instanties voor de hulpverlening aan het kind en de biologische ouders.

Geconcludeerd kan worden dat het niet eenvoudig is om de effectiviteit van crisispleegzorg vast te stellen omdat die afhankelijk is van de onderliggende zorg waarvan pleegzorg deel uitmaakt. Uit het onderzoek wordt wel duidelijk dat de verplaatsing na de crisisplaatsing een risicofactor voor de ontwikkeling van het kind kan zijn en dat de begeleiding door de pleegzorgbegeleider een belangrijke factor is voor het succes van de crisispleegzorg.

5 Specifiek werkzame factoren bij crisisinterventies

De effecten van een crisisinterventie kunnen verschillen per gezin. Doorgaans is er weinig onderzoek gedaan naar factoren die het effect van een crisisinterventie beïnvloeden. Onderstaande resultaten geven daarom een voorzichtige indruk. Om de invloed van bepaalde kenmerken met zekerheid te beoordelen is meer onderzoek nodig. Er is geen onderzoek beschikbaar naar werkzame elementen van residentiële crisishulp of crisispleegzorg. De onderstaande kenmerken zijn afkomstig uit onderzoek naar ambulante crisishulp, maar mogelijk ook werkzaam bij residentiële crisishulp of crisispleegzorg.

5.1 Kindkenmerken

- *Geslacht kind.* Onderzoek van Damen en Veerman (2009) laat zien dat jongens zowel voor, tijdens als na de crisisinterventie *Families First* meer gedragsproblemen vertonen dan meisjes. Bij zowel jongens als meisjes zijn er na afloop van de crisisinterventie minder gedragsproblemen. Bij de *follow-up* meting blijkt het probleemgedrag van de jongens te zijn toegenomen, terwijl dat bij meisjes onveranderd blijft.
- *Leeftijd kind.* Onderzoek van Damen en Veerman (2009) naar *Families First* laat zien dat de gedragsproblemen van kinderen onder de 12 jaar tussen behandeling en *follow-up* toenemen, terwijl de gedragsproblemen bij kinderen ouder dan 12 jaar stabiliseren.

5.2 Kenmerken van de crisisinterventie

De eerder genoemde onderzoeken naar crisisinterventies volgens het *Homebuilders* model laten zien dat interventies die veel *Homebuilders*-elementen bevatten, doorgaans goede resultaten behalen. De elementen uit deze aanpak kunnen daarom gezien worden als werkzame ingrediënten en komen dan ook vaak terug in crisisinterventies. Hieronder volgt een overzicht van werkzame ingrediënten van een crisisinterventie, deels gebaseerd op het *Homebuilders*-model (*Institute for Family Development*, 2007).

Programmastructuur

Snelle start en snelle beschikbaarheid voor intake

Binnen 24 uur na aanmelding moet er een intake hebben plaatsgevonden. Binnen 24 uur na de intake moet er hulp beschikbaar zijn voor het gezin volgens het *Homebuilders* model. Een snelle start van de crisisinterventie is van belang voor de veiligheid van het kind en om tegemoet te komen aan de volwassene die zich zorgen maakt over het kind (Feiguine et al., 2000, in: Konijn et al, 2001).

24/7 beschikbaarheid

De crisishulpverlener of diens vervanger is 24 uur per dag, zeven dagen per week flexibel beschikbaar. De hulpverlener dient het gezin ook thuis te bezoeken. We kennen dit kenmerk onder andere van het *Families First* programma (Spanjaard & Haspels, 2005) en het wordt ook onderbouwd door onderzoek naar effectieve interventies in crisissituaties (Fraser, Pecora & Haapala, 1991).

Hulpverleners in de eigen omgeving

Volgens het *Homebuilders*-model is het van belang om hulp te verlenen in de eigen omgeving van het gezin, dus bij hen thuis, op de eigen school en in de eigen wijk. Op die manier kan de therapeut zicht houden op de omstandigheden thuis en ervoor zorgen dat de gezinnen betrokken blijven.

Intensiteit en caseload

Bij een goede crisisinterventie zijn de lengte van de hulpverleningssessies en de tijdstippen daarvan flexibel: ook 's avonds en in het weekend. Er is minimaal acht tot tien uur uren contact per week. De precieze invulling van het traject hangt af van de doelen en mogelijkheden van het individuele gezin. De gezinstherapeuten helpen zo'n achttien gezinnen per jaar, maximaal twee of drie gezinnen tegelijkertijd.

Beperkte duur

Een crisisinterventie neemt maximaal zes weken in beslag. De duur van een crisis – beschouwd als

verstoring van het evenwicht - is over het algemeen namelijk niet langer dan vier tot zes weken (Fairchild, 1997; in: Konijn et al., 2001). Volgens Callahan (1994) kan een crisisinterventie bestaan uit één tot acht sessies, verspreid over een periode van vier tot zes weken. Verondersteld wordt dat in deze periode het evenwicht hersteld is en de meest heftige emoties gereduceerd zijn. Omdat de onderliggende problematiek dan nog niet opgelost is, hebben de meeste gezinnen na beëindiging van de crisisinterventie nog aanvullende hulp nodig (Reisch et al, 1999).

Eén vaste hulpverlener met een back-up team

De crisishulp wordt zoveel mogelijk door één hulpverlener verleend. Therapeuten werken in teams van drie tot vijf hulpverleners en een supervisor. Omdat bij een gezin in crisis vaak diverse hulpverleners en diensten betrokken zijn, is samenwerking met hen een wezenlijk onderdeel van crisisinterventie. Dit is ook van belang in verband met een tijdige afsluiting en overdracht van het gezin (Van den Braak & Konijn, 2006). Ook aanvullende en ondersteunende interventies dienen goed aan te sluiten.

Deskundigheid

De hulpverleners hebben minstens veertig uur intensieve training gehad van erkende trainers op het gebied van crisisinterventies. Daarnaast krijgen de trainers nascholing en ondersteuning. Simington, Cargill & Hill (1996) concluderen op basis van een evaluatie van het Crisis Intervention Program (CIP) dat de effectiviteit samenhangt met onder meer de expertise van de hulpverlener.

Programma-inhoud

Inzetten op betrokkenheid en motivatie

De therapeut zet expliciet in op de betrokkenheid en motivatie van het gezin. De therapeut brengt de motivatie van de gezinsleden in beeld en probeert indien mogelijk de motivatie te verbeteren.

Doelen en fasering

Crisisinterventie is doelgericht en bevat volgens Fairchild (1997; in: Konijn et al., 2011) meerdere fasen:

- In de fase van crisismanagement gaat het om het vaststellen van de crisis (aanleiding, inschatting van risico's en mogelijkheden), counseling of interview met de cliënt en opstellen van een interventieplan, waarin de cliënt en zijn netwerk wordt gemobiliseerd.
- In de vervolgfase probeert men aan de hand van een zorgplan het functioneren van de cliënt na de crisisinterventie te verbeteren. Crisisinterventie bestaat dus vooral uit korte termijninterventies: het onderzoeken van de situatie, het uitvoeren van de interventie, stabilisatie en het bieden van uitgebreide nazorg of follow-up (Reisch et al., 1999).

De doelen hebben inhoudelijk betrekking op het bijhouden van het gezin of het opbouwen van de contacten van de gezinsleden onderling, het onderzoeken van de behoeften en krachten van het gezin en het aanleren of aanpassen van de copingstrategieën van de verschillende gezinsleden (Evans, Boothroyd & Armstrong, 1997). Binnen het *Homebuilders*-model is het essentieel dat de doelen samen met het gezin worden opgesteld. Ook worden de behaalde doelen in kaart gebracht tijdens de hulp en na afloop. Het aanbod wordt aangepast aan de wensen en behoeften van het individuele gezin. Hierdoor is de kans groter dat de doelen van de hulp behaald worden.

Cognitieve en gedragsmatige benadering

De therapeut zet cognitieve en gedragsmatige interventies in om gedragsverandering te bewerkstelligen.

Het aanleren van vaardigheden

Door de gezinnen vaardigheden aan te leren zullen ze uiteindelijk zelf in staat zijn om effectiever met het dagelijks leven om te gaan. De therapeut doet vaardigheden voor, oefent met de gezinnen en geeft feedback.

Het bieden van concrete hulp

De therapeut biedt concrete hulp die bijdraagt aan het behalen van de doelen. De studie van Ryan en Schuerman (2004) laat zien dat concrete hulp in de vorm van helpen bij huisvesting en het aanschaffen van kleding voor de kinderen in gezinnen met financiële problemen de kans op toekomstige kindermishandeling verkleint.

Belangenbehartiging

De therapeut helpt de gezinnen door als belangenbehartiger op te treden bij instanties. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het aanvragen van schuldsanering of het aanvragen van subsidies. Wanneer er basale problemen zijn, bijvoorbeeld een grote kans op uithuiszetting, dan moeten deze eerst worden opgelost. Al doende leert de hulpverlener het gezin hoe het zijn eigen belangen kan behartigen.

6. Algemeen werkzame factoren

Uit diverse effectstudies komt naar voren dat naast de specifieke aanpak bij crisisinterventie, ongeacht de problematiek van de cliënten, een aantal factoren altijd bijdraagt aan goede resultaten. Het gaat hier om algemeen werkzame factoren die gelden voor de gehele jeugdhulp:

- Een goede werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener
- Goede aansluiting bij de motivatie van de cliënt
- Goede aansluiting van het type interventie bij het probleem en de hulpvraag: aansluiting bij de probleemdefiniëring van de doelgroep, consensus over het probleem waarop de hulp gericht moet zijn; evenwicht tussen probleem en omvang van de inzet
- Goede structurering van de interventie, dat wil zeggen: heldere en concrete doelstelling, doordachte opzet, goede planning en fasering
- Uitvoering van de interventie zoals zij behoort uitgevoerd te worden: *'treatment integrity'* of *'fidelity'*
- Voldoende professionaliteit, vooral: training van de behandelaar
- Goede werkomstandigheden van de behandelaar wat betreft caseload, begeleiding en beveiliging.

Deze algemeen werkzame factoren zijn zo belangrijk en basaal dat ze de basis ingrediënten van goed hulpverleners genoemd kunnen worden. De eerste zes factoren zijn inmiddels vrij goed met onderzoek onderbouwd. Voor de laatste zijn wel aanwijzingen, maar nog niet voldoende eenduidig om ze stellig naar voren te schuiven (Van Yperen et al. 2003).

Hermanns (2004) wijst er verder op dat hulpverlening effectiever is als zij erop gericht is dat ouders, kinderen en jongeren weer grip krijgen op het eigen leven (herstel zelfregulatie), als de hulpverlening beschikbaar is in de eigen leefsituatie en als de hulpverlening hun sociale netwerk activeert.

7. Conclusie

Een crisissituatie brengt een positieve of een negatieve verandering met zich mee. Om de crisis op een positieve verandering aan te sturen is het belangrijk snel en flexibel actie te ondernemen in de vorm van crisisinterventie. De verschillende vormen van crisisinterventie zijn: ambulante crisis hulp, residentiële crisisopvang en crisispleegzorg.

Uit internationaal onderzoek naar ambulante crisishulpprogramma's blijkt dat programma's die werken volgens het *Homebuilders*-model, effectief zijn in het voorkomen van uithuisplaatsing en het verminderen van kindermishandeling. Hierbij gaat het om kenmerken als een snelle intake en een snelle start van de hulpverlening, een beperkte caseload van de hulpverleners en een beperkte duur van maximaal zes weken.

Inhoudelijk is het onder meer van belang om de hulp goed af te stemmen op de behoeften van het gezin en ook concrete hulp te bieden. Naar de effectiviteit van crisisleegzorg en residentiele crisishulp is nog te weinig onderzoek gedaan.

Bronnen

- Aggelen, M. van, Willemsen, N., Meyer, R. de, Roosma, A.H. (2009). Eindrapportage Doen Wat Werkt; projectperiode 2006-2008. Papenvoort: PIONN.
- Aggelen, M.H., Roosma, A.H. (2011). Doen Wat Werkt 2009-2010. Effectrapportage. Papenvoort: PIONN.
- Al, C.M.W. (2012). Family crisis intervention. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Al, C.M.W., Stams, G.J.J.M., Bek, M.S., Damen, E.M., Asscher, J.J., & Laan, P.H. van der. (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*, 34, 1472-1479.
- Al, C.M.W., Stams, G.J.J.M., Laan, P.H. van der., & Asscher, J.J. (2011). The role of crisis in family crisis intervention: Do crisis experience and crisis change matter? *Children and Youth Services Review*, 33, 991-998.
- Al, C.M.W., Stams, G.J.J.M., Asscher, J.J., & Laan, P.H. van der (2014). A programme evaluation of the Family Crisis Intervention Program (FCIP): Relating programme characteristics to change. *Child & Family Social Work*, 225-236.
- Barlow, J., Simkiss, D., & Stewart-Brown, S. (2006). Interventions to prevent or ameliorate child physical abuse and neglect: Findings from a systematic review of reviews. *Journal of Children's Services*, 1(3), 6-28.
- Berger, M.A. (2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Families First'*. Utrecht: NIZW.
- Berger, M.A., & Hordijk, S. (2007). *Crisisinterventie en spoedeisende hulp: een overzicht van theorie en praktijk*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Boendermaker, L., Rooijen, K. van, & Berg, T. (2010). *Residentiële jeugdzorg: wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Braak, J. van den., & Konijn, C. (2006) (On)mogelijkheden van casemanagement voor multiprobleemgezinnen: Babylonische spraakverwarring belemmert adequate zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 10, no. 1, p.18-27.
- Callahan, J. (1994). Defining crisis and emergency. *Crisis*, 15, no. 4. pp. 164-171.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basis Books.
- Cole, S.A., & Hernandez, P.M. (2008). Crisis nursery outcomes for caregivers served at multiple sites in Illinois. *Children and Youth Services Review*, 30, 452-465.
- Cole, S.A., & Hernandez, P.M. (2011). Crisis nursery effects on child placement after foster care. *Child and Youth Services Review*, 33, 1445-1453.
- Cole, S.A., Wehrmann, K.C., Dewar, G., & Swinford, L. (2005). Crisis nurseries: A vital component in the system of care for families and children. *Children and Youth Services Review*, 27, 995-1000.
- Cowen, P.S. (1998). Crisis child care: an intervention for at-risk families. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21, 147-158.
- Dagenais, C., Begin, J., Bouchard, C., & Fortin, D. (2004). Impact of intensive family support programs: A synthesis of evaluation studies. *Children and Youth Services Review*, 26(3), 249-263.
- Damen, H., & Veerman, J.W. (2013). Voorkomen van uithuisplaatsing bij Families First door behandelingsgetrouw handelen. *Kind & Adolescent*, 34, 147-164.
- Damen, H., & Veerman, J.W. (2009). *Effectiviteitsonderzoek Families First : de relatie tussen uitvoering en uitkomsten tot een jaar na afsluiting van de behandeling*. Nijmegen: Praktikon.

- De Vries, A., & Gardeniers, M. (2013). Wat hebben gezinshuizen in huis? *Jeugdbeleid*, 7(1), 5-12.
- Deur, H. Van (1997). *Zorgprogramma's in de Crisisinterventies in de agglomeratie Amsterdam*. Amsterdam: Coördinatiepunt Crisisinterventie.
- Dougherty, S., Yu, E., Edgar, M., Day, P., & Wade, C. (2002). *Planned and crisis respite for families with children: results of a collaborative study*. Chapel Hill, NC: ARCH National Respite Network and Resource Center.
- Evans, M.E., Boothroyd, R. A., & Armstrong, M.I. (1997). Experimental study of the effectiveness of intensive in-home crisis services for children and their families. *Journal of emotional and behavioural disorder*, 5, no. 2, pp. 93-105.
- Faas, M. (1996). *Crisisinterventie: basisboek voor de jeugdzorg*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Fraser, M.W., Pecora, P.J., & Haapala, D.A. (1991). *Families in crisis: the impact of intensive family preservation services*. New York: Aldine de Gruyter.
- Günter, M., Karle, M., Kleefeld, H., Werning, A., & Klosinski, G. (1999). Psychiatric-psychotherapeutic crisis intervention for inpatient adolescents. *Crisis*, 20, no. 2, pp. 71-77.
- Heneghan, A., Horowitz, S., & Leventhal, J. (1996). Evaluating intensive family preservation programs: A methodological review. *Pediatrics*, 97(4), 535-542.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York / London: The Guilford Press.
- Hermanns, J. (2004), Van behandelingsplan naar opvoedingsarrangement, in: Aalsvoort, D. van der, (red.). *Eén kind, één plan bij jonge risicokinderen*. Leuven: Acco.
- Hoekert, L., Lommerse, M., & Beunderman, R. (2000). Het Mobiel Crisis Team. Hulp bij gezinnen in crisissituaties. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, no. 3, pp. 244-250.
- Hurley, K. D., Griffith, A., Ingram, S., Bolivar, C., Mason, W. A., & Trout, A. (2012). An approach to examining the proximal and intermediate outcomes of an intensive family preservation program, *Journal of Child and Family Studies*, 21, 1003-1017.
- Institute for Family Development (2007). *Homebuilders Standards*. Gevonden op 22 november 2010, op <http://www.institutefamily.org/pdf/HOMEBUILDERS-Standards-3-0.pdf>.
- Juffer, F. (2010). Beslissen over kinderen in problematische opvoedingssituaties: inzichten uit gehechtheidsonderzoek. *Raad voor de rechtspraak: Research Memoranda*, 6(6).
- Kemp, R.A.T. de., Veerman, J.W., & Brink, L.T. ten (1998). *Evaluatieonderzoek Families First Nederland*. Bundeling van de delen 1 t/m 5. Utrecht: NIZW.
- Kemper, A. (2004) *Intensieve vormen van thuisbehandeling: doelgroep, werkwijze en resultaten*. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Kinney, J., Haapala, D., Booth, C., & Leavitt, S. (1990). The Homebuilders model. In J.K. Whittaker, J. Kinney, E.M. Tracy & C. Booth (Eds.), *Reaching high-risk families: Intensive 'Family Preservation' in human services* (pp. 31-64). New York: Walter de Gruyter.
- Konijn, C., Boelhouwers, K., & Cavelaars, E. (2001). *Ambulante crisisinterventie bij jeugdigen in de Agglomeratie Amsterdam*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Kutash, K., & Rivera, V.R. (1995). *Effectiveness of children's mental health services*, pp. 443-477.
- Lindsey, F., Martin, S., & Doh, J. (2002). The failure of intensive casework services to reduce foster care placements: An examination of family preservation studies. *Children and Youth Services Review*, 24(9-10), 743-775.
- MOgroep Jeugdzorg & Nederlands Jeugdinstituut (2010). *Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg*.

- Myer, Rick A; Williams, R. Craig; Haley, Melinda; Brownfield, Jamie N; McNicols, Kelley B; Pribozie, Nickole. (2014). Crisis intervention with families: Assessing changes in family characteristics. [References]. *The Family Journal*, pp. 179-185.
- Nelson, K., Walters, B., Schweitzer, D., Blythe, B.J., & Pecora, P.J. (2009). *A Ten-Year Review of Family Preservation Research: Building the Evidence Base*. Casey Family Programs.
- Newton, R.R., Litrownik, A.J., & Landsverk, J.A. (2000). Children and Youth in Foster Care: Disentangling the Relationship Between Problem Behaviors and Number of Placements. *Child Abuse & Neglect*, 10, 1363-1374.
- Pecora, P., Schweitzer, D., Nelson, K., Walters, B., & Blythe, B. (2015). Building the Evidence Base for Intensive Family Preservation Services. *Journal of Public Child Welfare*, pp 1-22.
- Reisch, T., Schlatter, P. & Tschacher, W. (1999). Efficacy of Crisis Intervention. *Crisis*, 20, no.2, pp. 78-85.
- Roberts, A.R., & Everly, G.S. (2006). A Meta-Analysis of 36 Crisis Intervention Studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 11-21.
- Van Puyenbroeck, Hubert; Loots, Gerrit; Grietens, Hans; Jacquet, Wolfgang. (2014). 'I just don't agree': A voice-oriented analysis of an IFPS case of alleged child maltreatment. *Journal of Social Work Practice*, pp. 173-192.
- Ryan, J.P., & Schuerman, J.R. (2004). Matching family-problems with specific family preservation services: a study of service effectiveness. *Children and Youth Services Review*, 26, 347-372.
- Slot, N.W. (1992). Homebuilding: typering, kenmerken en effecten. Mogelijkheden voor Nederland. Duivendrecht: Paedologisch Instituut, afdeling GT-projecten.
- Spanjaard, H., & Haspels, M. (2005). *Families First. Handleiding voor gezinsmedewerkers*. Amsterdam, SWP.
- Stein, T., Gambrell, E., & Wiltse, K. (1987). *Children in foster homes: Achieving continuity of care*. New York: Praeger.
- Strijker, J., & Zandberg, Tj. (2004). Over-Leven in de pleegzorg. *Pedagogiek*, 3, 230-245.
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 3, 176-196.
- Washington State Institute for Public Policy (2006). *Intensive Family Preservation Programs: Program Fidelity Influences Effectiveness – Revised*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Wilson, K., Sinclair, I., Taylor, C., Pithouse, A., & Sellick, C. (2004). *Fostering Success. An Exploration of the Research Literature in Foster Care*. Social Care Institute for Excellence. Bristol: The Policy Press.
- Wouda, L. (1994). *Crisis intervention for adolescents : an outcome study with two homogeneous subgroups in two different programs*. Leiden : DSWO Press.
- Yperen, T.A. Van, Booy, Y., & Van der Veldt, M.C.(2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.