

Interventie

Multisysteem Therapie (MST)

Samenvatting

Doelgroep

Multi Systeem Therapie (MST) is bestemd voor 12-tot-18-jarigen met ernstig antisociaal/grensoverschrijdend gedrag (zoals agressie, spijbelen, plegen van delicten, weglopen, drugsgebruik en omgang met verkeerde vrienden) én hun ouder(s). De problematiek doet zich op meerdere levensgebieden voor (gezin, school, vrienden, buurt) en is vaak dermate ernstig, dat een uithuisplaatsing dreigt. MST beoogt een dergelijke plaatsing te voorkomen. Het is voor MST niet nodig dat een jongere zelf gemotiveerd is om zijn of haar gedrag te veranderen.

Doel

Het hoofddoel van MST is het terugdringen van de ernstige gedragsproblemen waarmee de jongere is aangemeld en zorgen dat het gezin en zijn omgeving in staat zijn eventuele toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden. De MST-therapeut stelt bij aanvang van de behandeling samen met de ouders, jongere en verwijzer een behandelplan op met duidelijke doelen en meetbare uitkomsten.

Aanpak

De aanpak bestaat uit intensieve behandeling in de thuissituatie gedurende drie tot vijf maanden. Het gezin staat centraal en heeft 24 uur per dag, 7 dagen per week een therapeut ter beschikking. Na het opstellen van het behandelplan wordt in alle systemen om de jongere heen gezocht naar de factoren die samenhangen met het probleemgedrag. De behandeltechnieken en strategieën die tijdens MST ingezet worden zijn gericht op de jongere zelf, het gezin, de school, het contact met leeftijdsgenoten en de buurt.

Materiaal

Er is een Nederlandse handleiding beschikbaar in de boekhandel: 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.

Daarnaast zijn er handleidingen voor alle betrokkenen: supervisoren en experts (MST-Services, 2003, 2004) en programma-managers (MST-Nederland, 2013). Bovendien is er veel aanvullend materiaal online beschikbaar, zowel Engels- als Nederlandstalig, ter ondersteuning van de behandelaren: werkformulieren, achtergronden, richtlijnen, position statements, etc.

Onderbouwing

MST is hoofdzakelijk gebaseerd op de sociaalecologische theorie van Bronfenbrenner (1979). Er wordt van uitgegaan dat de leden van een systeem elkaars gedrag voortdurend beïnvloeden. Het uitgangspunt van MST is dat antisociaal gedrag veroorzaakt wordt door kenmerken van de jeugdige zelf, het gezin, de vriendengroep, de school en de buurt en dat de aanpak van het antisociale gedrag moet bestaan uit het verminderen van de risicofactoren en het versterken van de beschermende factoren in deze systemen. De gedragsveranderingstechnieken komen veelal voort uit de (cognitieve) gedragstherapie en de gezinstherapie. Door de jongere te omringen met een omgeving die aanzet tot prosociaal gedrag en een sociaal vangnet te creëren, wordt een eventueel dreigende uithuisplaatsing voorkomen en houden de bereikte veranderingen ook na afloop van de behandeling stand.

Onderzoek

Een recente meta-analyse heeft aangetoond dat MST effectief is in het verminderen van ernstige gedragsproblemen, recidive, uithuisplaatsing, gezinsproblematiek, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden (Van der Stouwe, Asscher, Stams, Dekovic, & Van der Laan, 2014). Ook een Nederlandse Randomized Controlled Trial heeft de werkzaamheid van MST

aangetoond: doordat ouders zich competentier voelen, verbeteren hun opvoedvaardigheden en daardoor vermindert het probleemgedrag van de jongere (Dekovic, Asscher, Manders, Prins, & Van der Laan, 2012). De positieve resultaten houden ook op lange termijn stand.

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 06-11-2015

Oordeel: Effectief volgens sterke aanwijzingen

Toelichting:

De onderbouwing van Multisysteem Therapie is sterk en er is een uitstekend systeem van bewaking van de behandelintegriteit. Onderzoek naar Multisysteem Therapie geeft sterke aanwijzingen dat de interventie op de lange termijn effectief is in het verbeteren van opvoedvaardigheden en het verminderen van ernstige gedragsproblemen, recidive, uithuisplaatsing, gezinsproblematiek, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden.

De referentie naar dit document is:

MST-Nederland

(Juni 2015). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Multisysteem Therapie (MST)'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Probleemomschrijving

1.1 Probleem

Multi Systeem Therapie (MST) richt zich op ernstig antisociale jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. De term antisociaal gedrag verwijst naar een zich herhalend en hardnekkig gedragspatroon, waarbij de fundamentele rechten van anderen worden geschonden, zoals vechten of stelen, of belangrijke bij de leeftijd passende regels of normen worden overtreden, zoals liegen en spijbelen. Ook agressief gedrag wordt gerekend tot antisociaal gedrag. Binnen de geestelijke gezondheidszorg worden deze jongeren aangeduid met de psychiatrische diagnoses 'Conduct Disorder' (CD: gedragsstoornis) en 'Oppositional Defiant Disorder (ODD: oppositioneel-opstandige gedragsstoornis), zoals beschreven in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5: APA, 2013).

Zowel openlijk antisociaal gedrag (gedrag waar anderen direct last van ondervinden, zoals pesten en vechten), als heimelijk antisociaal gedrag (gedrag waarvan de gevolgen pas later merkbaar zijn, zoals stelen en frauderen), kunnen redenen zijn voor aanmelding bij MST. Openlijk antisociaal gedrag gaat vaak gepaard met heimelijk antisociaal gedrag (Loeber e.a., 1993). De belangrijkste voorwaarde voor MST is dat de gedragsproblematiek zich op meerdere levensgebieden voordoet. Bovendien is het antisociale gedrag vaak dermate ernstig, dat uithuisplaatsing dreigt in bijvoorbeeld een justitiële jeugdinrichting of een gesloten jeugdzorgplus instelling. Veel voorkomende verwijsgedragingen zijn agressie, spijbelen, plegen van delicten, weglopen, drugsgebruik en omgang met verkeerde vrienden. Daarnaast zijn liegen en bedriegen vaak onderdeel van het hele palet aan antisociale gedragingen die een jongere vertoont.

Naast het verwijsgedrag dat externaliserend van aard is, kan sprake zijn van internaliserende problematiek (bijvoorbeeld angst en depressie). Comorbide internaliserende problematiek is geen reden voor exclusie, tenzij deze dermate ernstig is dat bijvoorbeeld sprake is van suïcidaal of psychotisch gedrag, zoals gesteld in de contra-indicaties voor MST (zie paragraaf 2.1). Als gedurende MST blijkt dat internaliserende problematiek een belangrijke rol speelt bij de totstandkoming van het (externaliserende) verwijsgedrag, wordt ook de internaliserende problematiek tijdens MST aangepakt. Onder andere om dergelijke comorbide internaliserende problematiek goed te kunnen behandelen, is de beschikbaarheid van een kinder- en jeugdpsychiater een voorwaarde voor alle MST-biedende instellingen (zoals beschreven in Hoofdstuk 4 onder "Type organisatie").

1.2 Spreiding

Een antisociale gedragsstoornis komt bij ongeveer 5,6% van de Nederlandse jongeren tussen 13 en 18 jaar voor. Omgerekend zijn dit ongeveer 55.000 jongeren. Bij jongens is vaker sprake van antisociaal gedrag dan bij meisjes. Antisociaal gedrag komt meer voor in lagere sociaaleconomische klassen en meer in steden dan op het platteland. Er zijn weinig verschillen in de aard en ernst van gedragsproblemen tussen landen en culturen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).

Niet altijd hoeft sprake te zijn van een gediagnosticeerde antisociale gedragsstoornis, maar kunnen de (externaliserende) gedragsproblemen toch ernstig genoeg zijn om een verstoring te hebben op de sociale omgeving, zoals pesten, chronisch spijbelen, weglopen van huis of delinquent gedrag. Uit onderzoek van het WODC (2011) blijkt dat 38% van de jongeren (van 12 tot en met 17 jaar) zegt zich in de voorafgaande twaalf maanden schuldig te hebben gemaakt aan een of meerdere delicten. Bijna 3% van de jongeren (12 tot 25 jaar) werd in 2011 verdacht van een misdrijf (Centraal Bureau voor de

Statistiek, 2013). Dit is 40% van alle door politie aangehouden verdachten in dat jaar. In totaal waren deze jongeren verantwoordelijk voor 118 duizend misdrijven, wat neerkomt op 1,6 misdrijven per jongere. Bijna 40% van de misdrijven waar jongeren in 2011 van werden verdacht, had te maken met vermogenscriminaliteit, in 21% van de gevallen was sprake van vernieling en 20% van de misdrijven was een geweldsdelict. Globaal mag aangenomen worden dat ongeveer 20% van de jongeren gedragsproblemen vertonen die tot verontrusting leiden bij hun ouders of andere personen uit hun omgeving (Peeters, 2003) en dat ongeveer een op de zes jongeren in de jeugdzorg gerekend kan worden tot de delinquente jongeren (Van der Ploeg, 2003).

1.3 Gevolgen

Zonder behandeling kunnen gedragsproblemen die zich in de adolescentie voordoen in de volwassenheid continueren in de vorm van delinquent gedrag, riskant seksueel gedrag, middelenmisbruik (Brook, Lee, Finch, Brown, & Brook, 2013; Kretschmer e.a., 2013) en zelfs cumuleren in antisociale persoonlijkheidsproblemen (Diamantopoulou, Verhulst, & Van der Ende, 2010). Daarnaast hebben jongeren die crimineel gedrag vertonen een verhoogd risico om als volwassene in een criminele buurt te (blijven) wonen en om te gaan met drugs gebruikende leeftijdsgenoten (Brook e.a., 2013). Als de criminaliteit doorzet tot in de volwassenheid, worden ook andere levensdomeinen negatief beïnvloed, zoals een stabiele woonsituatie, een stabiele relatie en een stabiele werkomgeving (Piquero, Farrington, Nagin, & Moffitt, 2010).

Jongeren met een gedragsstoornis hebben een negatieve invloed op hun eigen kwaliteit van leven en die van anderen. De levensverwachting is minder hoog en de maatschappelijke kosten die zij veroorzaken zijn aanzienlijk. Primaire kosten betreffen de slachtoffers die deze jongeren maken, secundaire kosten betreffen opsporing, vervolging en begeleiding en tertiaire kosten betreffen het gemis aan (toekomstige) arbeidskrachten. Omdat jongeren met een gedragsstoornis een verhoogd risico hebben op een antisociale persoonlijkheidsstoornis, is het belangrijk zo vroeg mogelijk in te grijpen. Uit onderzoek is gebleken dat goed geïmplementeerde, bewezen effectieve behandelprogramma's voor kinderen en adolescenten (waaronder MST), de maatschappij een aanzienlijke kostenbesparing kunnen opleveren (Washington State Institute for Public Policy, 2014). Bovendien kunnen de positieve effecten van de behandeling van jongeren met ernstig antisociaal en/of delinquent gedrag zich uitbreiden naar andere gezinsleden: uit onderzoek is gebleken dat na MST ook de andere kinderen uit het gezin een verminderde kans hebben op delinquent gedrag (Wagner, Borduin, Sawyer, & Dopp, 2014).

Bij een deel van de jongeren die verwezen worden naar MST is de problematiek dermate ernstig dat uithuisplaatsing dreigt. MST is bewezen effectief in het verminderen van het aantal uithuisplaatsingen (Van der Stouwe e.a., 2014). Omdat uithuisplaatsing in een instelling voor gesloten jeugdzorg of een justitiële jeugdinrichting een dure behandelvorm is, kunnen met MST kosten bespaard worden. Bovendien kunnen ongunstige lange termijn effecten van uithuisplaatsing voorkomen worden: Nederlandse mannen en vrouwen die tijdens de adolescentie een periode in een justitiële jeugdinrichting verbleven, blijken op latere leeftijd meer problemen te hebben op het gebied van gezondheid, relaties, werk en huisvesting dan de doorsnee Nederlandse bevolking (Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR) & Vrije Universiteit Amsterdam, 2013). Uit een rechtstreekse vergelijking van intensieve thuisbehandeling (gebaseerd op MST) en residentiële behandeling bleek dat met intensieve thuisbehandeling betere effecten behaald werden (Barth e.a., 2007). De Richtlijn Uithuisplaatsing beveelt eveneens aan MST in te zetten om uithuisplaatsing te voorkomen (Bartelink, Ten Berge & Van Vianen, 2015).

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

MST is bestemd voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met ernstig antisociaal/ grensoverschrijdend gedrag zoals agressie, spijbelen, plegen van delicten, weglopen, drugsgebruik en omgang met verkeerde vrienden. De problemen doen zich op meerdere levensgebieden voor en zijn vaak dermate ernstig, dat een uithuisplaatsing dreigt in bijvoorbeeld een justitiële jeugdinrichting of een gesloten jeugdzorgplus instelling.

Intermediaire doelgroep

MST richt zich voor een aanzienlijk deel op de ouder(s) of andere volwassenen die de verantwoording dragen over de jongere in verschillende levensgebieden, zoals leerkrachten op school. Alle betrokken personen in de systemen om de jongere heen vormen de intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen

Indicaties:

- De aangemelde jongere is tussen de 12 en 18 jaar.
- De aangemelde jongere vertoont ernstig antisociaal gedrag (zoals agressief gedrag, spijbelen, delictgedrag, druggebruik, weglopen en omgang met verkeerde vrienden) op minstens twee levensgebieden. Naast openlijk antisociaal gedrag vertonen de jongeren vaak heimelijk antisociaal gedrag (zoals liegen en bedriegen). Bovendien kan sprake zijn van comorbide internaliserende problematiek.
- Er is sprake van een dwingend kader waarbinnen de behandeling kan plaatsvinden (dit kan een wettelijk kader zijn zoals OTS/JR) of een vrijwillig kader, waarin een te grote opvoedingsbelasting aangegeven wordt door de opvoeders. Vaak gaat het om een dreigende uithuisplaatsing.
- De verantwoordelijke opvoeder(s) wil(len) gedurende de behandeling de verantwoordelijkheid dragen, zodat de veiligheid van de jongere en zijn omgeving gewaarborgd is. Het is niet nodig dat een jongere zelf gemotiveerd is voor behandeling.
- MST moet praktisch uitvoerbaar zijn (reisafstanden, financiering, geldige indicatiestelling)
- Veelal zijn de aangemelde jongeren geclassificeerd met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, een gedragsstoornis, ouder-kind relatieproblemen en/of ADHD.

Contra-indicaties:

- Jongeren met zedendelicten zonder enige andere vorm van antisociaal gedrag (voor hen is de adaptatie MST-PSB: Problem Sexual Behavior).
- Suïcidaal, homocidaal of psychotisch gedrag waarvoor een opname nodig is.
- een IQ < 70. Voor deze jongeren bestaat MST-LVB: Licht Verstandelijk Beperkt.
- Een stoornis in het autismespectrum, niveau 2 en 3 (DSM-V; APA, 2013).

Bij strafrechtelijke verwijzingen wordt het Landelijk Instrumentarium Strafrechtketen Jeugd (LIJ) gebruikt, die bij hoog risico MST indiceert. Bij civielrechtelijke verwijzingen zijn ernstige zorgen over de ontwikkeling van het kind binnen het gezin, op school en in de interactie met leeftijdgenoten redenen voor verwijzing. Vanwege de vaak omvangrijke problemen in deze gezinnen, die bovendien vaak moeilijk te motiveren zijn voor behandeling, hanteert MST geen rigide criteria om voor behandeling in aanmerking te komen. Er wordt bijvoorbeeld niet gewerkt met vragenlijsten waarop een bepaalde mate van ernst gescoord moet worden. De ouders geven samen met de verwijzer aan dat de problematiek dermate ernstig is, dat het gezin in aanmerking komt voor MST. Of de problematiek inderdaad binnen de inclusiecriteria van MST valt, wordt getoetst aan het klinisch oordeel van de supervisor van het MST-team. De verwijzer neemt contact op met de supervisor, die aan de hand van de aanmeldcriteria en een klinische inschatting van de ernst van de problematiek bepaalt of een gezin in aanmerking komt voor MST. Vervolgens wordt veelal in een gesprek bij het gezin thuis, waarbij naast het gezin (in ieder geval de opvoeders) ook de verwijzer, de MST-supervisor en eventuele steunfiguren aanwezig zijn, uitgelegd wat MST is. In dit gesprek kunnen onduidelijkheden die nog bestaan ten aanzien van de aanmeldcriteria opgehelderd worden. Op basis van dit gesprek wordt vanuit MST aangegeven of het gezin al dan niet in aanmerking komt voor MST. Wanneer de opvoeder vervolgens aangeeft gebruik te willen maken van MST, wordt zo snel mogelijk gestart.

Omdat MST vaak een laatste redmiddel is voor de gezinnen, die al veel hulpverlening hebben gehad, kan gedurende de behandeling sprake zijn van motivatieproblematiek. Motivatieproblematiek wordt op dezelfde manier onderkend en aangepakt als factoren die het verwijsgedrag van de jongere veroorzaken of in stand houden. Deze aanpak wordt nader toegelicht in paragraaf 2.3 (Inhoud van de interventie).

Of een gezin in aanmerking komt voor MST wordt, zoals beschreven, bepaald door het klinisch oordeel van de MST-supervisor. Pas als een gezin geïndiceerd is voor de behandeling worden vragenlijsten afgenomen om de problematiek nader in kaart te brengen. De vragenlijsten betreffen sociaal-demografische gegevens (SDI; Praktikon/MST-NL, 2012), aard en ernst van de gedragsproblematiek (Child Behavior Checklist; Achenbach & Rescorla, 2001) en belasting van de ouders (Opvoedingsbelastingvragenlijst; Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen, & Veerman, 2012). De resultaten helpen om een goed beeld te krijgen van de aard en ernst van de problemen en om met de ouders in gesprek te gaan over de aanmeldproblematiek. Aan het einde van de behandeling worden de vragenlijsten opnieuw ingevuld, waardoor het behandelresultaat zichtbaar wordt. Door de aanvangsproblematiek te vergelijken met de rapportage aan het einde van de behandeling, wordt het behandelresultaat zichtbaar gemaakt en met het gezin besproken.

Behalve voor de individuele behandeling worden de vragenlijsten gebruikt om de doelgroep en de behandelresultaten landelijk te monitoren. Om de behandelresultaten ook op langere termijn te volgen, worden de gezinnen halfjaarlijks, tot anderhalf jaar na de behandeling, gebeld. Zo bewaakt MST-Nederland de kwaliteit van alle behandelingen en controleert onder andere of de bereikte doelgroep overeenkomt met de beoogde doelgroep.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van MST is het terugdringen van de ernstige gedragsproblemen waarmee de jongere is aangemeld en zorgen dat het gezin en zijn omgeving in staat zijn eventuele toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden.

Subdoelen

De maatstaven die voor het behalen van het hoofddoel gebruikt worden, zijn de 'ultieme en instrumentele uitkomsten' van MST. De ultieme uitkomsten zijn: de jongere kan thuis blijven wonen, heeft een zinvolle dagbesteding en er is geen sprake meer van antisociaal/delinquent gedrag. De instrumentele uitkomsten zijn:

- . De opvoedingsvaardigheden van de primaire verzorger zijn zodanig verbeterd dat hij/zij toekomstige problemen kan hanteren (de ouder hanteert voldoende toezicht, biedt de jongere voldoende grenzen in de vorm van regels/dagstructuur, etc.).
- . De gezinsrelaties zijn verbeterd, met name op de domeinen die ten grondslag lagen aan het probleemgedrag (zoals meer positieve interacties tussen de gezinsleden en minder conflicten).
- . Het netwerk voor informele sociale ondersteuning is verbeterd en voldoende om (informele en formele) ondersteuning te regelen indien nodig.
- . De jongere heeft een adequate dagbesteding (heeft 20 uur of meer per week school/werk, zonder verzuim).
- . De jongere heeft prosociale vrienden en activiteiten en heeft nauwelijks contact met probleemjongeren (is bijvoorbeeld lid van een sportclub of heeft een bijbaantje).
- . De veranderingen in het gedrag van de jongere en in de systemen die bijdroegen aan het probleemgedrag (zie verderop: zoals voortkomend uit de fit-analyses) houden al 3-4 weken stand.

Of een doel bereikt is, wordt aan de hand van vaste criteria geëvalueerd. Daarnaast worden aan het begin en aan het einde van de behandeling vragenlijsten afgenomen die het probleemgedrag van de jongere (GAF-score, Child Behavior Checklist en Youth Self-Report) en de opvoedingsvaardigheden van de ouders/verzorgers (Opvoedingsbelastingvragenlijst) in kaart brengen.

Naast de algemene doelen, die bij afsluiting van iedere MST-behandeling worden geëvalueerd, zijn er in iedere MST-behandeling behandeldoelen die zijn opgesteld in samenspraak met alle belangrijke betrokkenen, op basis van de specifieke verwijsgedragingen waarmee de jongere is aangemeld. Deze doelen worden geformuleerd in de vorm van het niet langer zichtbaar zijn van de verwijsgedragingen, waarbij tevens aangegeven wordt vanuit welke perspectieven (opvoeder, jongere, steunfiguren, school, politie, etc.) de doelen zullen worden geëvalueerd en op basis van welke observeerbare feiten. Deze doelen worden gedurende de behandeling wekelijks geëvalueerd, evenals bij afronding van de behandeling (zie ook paragraaf 2.3 Inhoud van de interventie).

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Voor iedere MST-behandeling worden bij aanvang van de behandeling meetbare behandeldoelen geformuleerd die voortkomen uit de gewenste uitkomsten van alle belangrijke betrokkenen (ouders, andere gezins- en/of familielieden, verwijzer, school, etc.). Deze individuele behandeldoelen hebben altijd betrekking op het hoofddoel: terugdringen van de ernstige gedragsproblemen waarmee de jongere is aangemeld en zorgen dat het gezin eventuele toekomstige problemen weer zelfstandig het hoofd kan bieden.

MST is een op maat gesneden behandeling die ingaat op de verschillende determinanten van antisociaal gedrag in de natuurlijke omgeving van de jongere (Henggeler, Cunningham, Pickrel, Schoenwald, & Brondino, 1996). Er wordt dan ook nauw samengewerkt met de omgeving van het gezin, zoals onderwijsinstellingen, politie, buurtwerk, sportvoorzieningen, etc. Bij MST staat het gezin centraal en het gezin heeft dan ook 24 uur per dag, 7 dagen per week een therapeut ter beschikking. De therapeut bezoekt het gezin altijd thuis op tijden die gunstig zijn voor de gezinsleden. Gemiddeld neemt de hulpverlening drie tot vijf maanden in beslag. De hulp wordt afgestemd op de criminogene behoeften van elk gezin/systeem en kan dus in de concrete uitvoering verschillen. De aanpak moet voldoen aan de negen behandelprincipes van MST (zie ook 'Inhoud van de interventie'). Die maken deel uit van het MST procesprotocol waardoor flexibel, op maat en in de juiste volgorde kan worden ingespeeld op de verschillende behoeften in de gezinnen. Ook de gemiddelde contactfrequentie wordt bepaald door de criminogene behoefte en door het actuele risico op terugval in ernstig grensoverschrijdend gedrag en kan daarom sterk variëren gedurende het verloop van de behandeling. Het is gebruikelijk dat een therapeut meerdere keren per week contact heeft met het gezin en/of het systeem. De duur van het contact varieert van 15 tot 90 minuten. Daarnaast is er telefonisch en e-mail contact.

Bij aanvang van de behandeling wordt een vaste MST-therapeut aan het gezin toegewezen, die de gehele behandeling voor zijn/haar rekening neemt. De therapeut bezoekt het gezin meerdere keren per week thuis en heeft meerdere keren per week telefonisch contact met gezinsleden. Daarnaast gaat de therapeut mee naar gesprekken op school, bij sportclubs, met de politie, etc. De therapeut verricht zelf ook observaties in de verschillende systemen waarin de jongere zich begeeft. De therapeut investeert intensief in goede motivatie en betrokkenheid van de belangrijke personen binnen alle systemen (jongere, gezin/familie, school, vrije tijd/ buurt, formele steun). Waar nodig kan gedurende de behandeling ondersteuning gevraagd worden van een psychiater, in de vorm van advies, diagnostiek en ondersteuning met medicatie.

Locatie en uitvoerders

MST wordt uitgevoerd in de eigen leefomgeving van de jongere (thuis, op school, in de buurt, op alle plekken waar de jongere komt) door een therapeut die samen met alle sleutelfiguren een intensieve en geïntegreerde behandeling vorm geeft. De therapeut is onderdeel van een behandelteam van vier therapeuten en een supervisor die zijn aangesloten bij een erkend MST-programma.

Inhoud van de interventie

MST kent een analytisch proces, ook wel behandelstappencyclus of do-loop genoemd. Samengevat bestaat het analytisch proces uit de volgende stappen:

- De therapeut formuleert samen met het gezin de overkoepelende doelen, die samenhangen met het gedrag waarvoor naar MST is verwezen. Deze doelen worden specifiek, concreet en meetbaar gedefinieerd en hebben doorgaans betrekking op zaken als het voorkomen van politiecontacten, drugsgebruik, omgang met verkeerde vrienden, de schoolgang of het houden aan regels thuis.
- De therapeut onderzoekt samen met het gezin hoe het verwijsgedrag past in de omgeving van de jongere.
- De therapeut en het gezin benoemen de in stand houdende factoren van de geïdentificeerde problemen en bedenken strategieën/methoden om deze aan te pakken. Er worden tussendoelen geformuleerd, die binnen dagen of weken behaald moeten zijn.
- De gekozen methoden/strategieën worden toegepast en barrières voor succes worden geïdentificeerd.
- De therapeut evalueert in de wekelijkse supervisie de resultaten vanuit meerdere invalshoeken, om te bepalen of de gewenste effecten zijn behaald. Als dit niet het geval is, worden nieuwe tussendoelen geformuleerd voor de volgende week en start de cyclus opnieuw. Er worden nieuwe hypothesen ontwikkeld en de ingezette methoden worden hierop aangepast.
- Zodra de therapeut en het gezin menen dat de overkoepelende doelen zijn behaald, kan de behandeling worden beëindigd.

De therapeut doorloopt systematisch alle stappen en bespreekt de voortgang wekelijks met het team, de team supervisor en de onafhankelijke expert van MST-Nederland die toeziet op de kwaliteit van alle behandelingen binnen het team.

De behandeling start met het zorgvuldig in kaart brengen van de antisociale gedragingen van de jongere. Hierbij is van belang dat helder is hoe het specifieke gedrag eruit ziet, hoe vaak het voorkomt en hoe lang het al bestaat. Vervolgens worden de gewenste uitkomsten van de jongere, de ouders, andere gezins- en familieleden, de verwijzer, de school, etc. verzameld. Wanneer de verwijsgedragingen en de gewenste uitkomsten helder zijn, worden de overkoepelende behandeldoelen vastgesteld. Deze behandeldoelen hebben altijd betrekking op het gedrag van de jongere. Er wordt in beschreven wat het gewenste gedrag is (hoe ziet het eruit als het doel behaald is) en hoe dit gemeten wordt (op welke manier wordt vanuit welk perspectief vastgesteld of het doel behaald is). Een voorbeeld van een overkoepelend behandeldoel kan zijn: 'De jongere volgt op school alle lessen volgens het lesrooster, zoals naar voren komt uit de verzuimregistratie in Magister, de observaties thuis door moeder en de wekelijkse communicatie per e-mail en per telefoon tussen moeder en de mentor.' Gedurende de behandeling wordt wekelijks bijgehouden of en in welke mate de behandeldoelen behaald zijn.

Vervolgens worden samen met het gezin een genogram en een sociogram ontwikkeld. Beide geven informatie over belangrijke life events, belangrijke betrokkenen, de kwaliteit van de relaties tussen gezinsleden onderling en met belangrijke betrokkenen, en bronnen van steun in de eigen ecologie van het gezin. Daarnaast worden met het gezin de sterke kanten (beschermende factoren) en zwaktes (risicofactoren) per systeem (jongere, gezin/familie, school, vrienden, buurt) in kaart gebracht. Deze informatie wordt gedurende de gehele behandeling gebruikt bij zowel de analyses die gemaakt worden als bij het kiezen van in te zetten behandeltechnieken/strategieën.

Gedurende de gehele behandeling wordt procesdiagnostiek uitgevoerd. In de startfase houdt dit in, dat met de verschillende betrokkenen wordt nagegaan welke factoren in de verschillende systemen rond het gezin en de jongere op welke manier bijdragen aan het probleemgedrag. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van zogenaamde "fit-cirkels". Op papier worden rond het probleemgedrag van de jongere in tekstballonnen de factoren geschreven die het meest waarschijnlijk bijdragen aan het probleemgedrag. Het kan om factoren uit elk van de systemen rond de jongere gaan. Lijnen tussen de factoren geven de

invloed van factoren op elkaar aan. De "fit" die zo ontstaat, is de probleemanalyse op basis waarvan toetsbare hypotheses en doelen worden geformuleerd. Voor ieder verwijsgedrag wordt een aparte fit ontwikkeld.

Ook wanneer de behandeling niet volgens plan verloopt (het lukt de therapeut bijvoorbeeld niet genoeg afspraken met het gezin te plannen, ouders willen stoppen met MST, de overeengekomen gedragsveranderingstechnieken worden niet toegepast door het gezin), wordt een fit-cirkel gemaakt. Eén van de factoren die een rol kunnen spelen bij het moeizame verloop van een behandeling is een gebrek aan motivatie bij de ouders. Samen met de ouders wordt dan besproken wat de onderliggende redenen zijn. Ouders kunnen bijvoorbeeld het vertrouwen in de hulpverlening kwijt zijn of volkomen uitgeput zijn. Ook komt het voor dat niet aan alle basisvoorwaarden voor een gezin is voldaan (huisvesting, eten, gas/water/licht). Dergelijke zaken kunnen een belangrijke reden zijn voor gebrek aan motivatie. Als de belangrijkste reden voor de motivatieproblematiek bekend is, wordt daar een plan op gemaakt en worden de benodigde hulp of passende therapeutische technieken ingezet. De therapeut kan bijvoorbeeld een eenvoudig gedragsexperiment opzetten, waarmee de ouders snel resultaat boeken. Zo'n succeservaring kan ouders motiveren toch door te gaan. Meer strategieën die therapeuten kunnen gebruiken om gezinnen te motiveren staan beschreven in het MST handboek (Henggeler e.a., 2010).

Nadat de therapeut de probleemanalyses in supervisie en consultatie besproken heeft, prioriteren de therapeut en het gezin de factoren die aangepakt moeten worden. Aan de hand van de gemaakte prioritering worden hypotheses vastgesteld en tussendoelen ontwikkeld. Wanneer vanuit de evaluatie van de tussendoelen naar voren komt dat een bepaalde aanpak niet werkt, wordt hiervan een nieuwe fit-cirkel gemaakt.

Zodra een overkoepelend doel behaald is, wordt hiervan een positieve fit-cirkel ontwikkeld. Hierin wordt vanuit alle systemen en perspectieven zichtbaar, welke factoren hebben bijgedragen aan het terugdringen van het oorspronkelijke probleemgedrag. In de laatste fase van de behandeling wordt een terugvalpreventieplan ontwikkeld, waarin aan de hand van de positieve fit-cirkels helder wordt welke acties voortgezet moeten worden. Tevens wordt in dit plan, mede aan de hand van de oorspronkelijke fit-cirkels en de fit-cirkels van de barrières die gedurende de behandeling zichtbaar werden, geanticipeerd op mogelijke lastige situaties in de toekomst. Samen met het gezin wordt in dit plan uitgewerkt hoe het gezin met deze mogelijke lastige situaties om zal gaan, zodat de positieve resultaten ook op de langere termijn stand houden. In de laatste weken van de behandeling werkt het gezin zoveel mogelijk zelfstandig met dit terugvalpreventieplan, ondersteund door belangrijke personen uit hun eigen omgeving. De therapeut bezoekt het gezin in deze fase veel minder, of onderhoudt alleen telefonisch contact. Wanneer geen nieuwe barrières naar voren komen, kan de behandeling worden afgerond. Wanneer nog wel nieuwe barrières naar voren komen, helpt de therapeut het gezin deze op te lossen.

MST is primair een model/proces, waarbinnen de concrete acties en ingezette therapeutische technieken sterk afhangen van het gezin/de situatie. Op basis van de informatie en prioritering uit de fit-cirkels wordt bepaald welke methodieken/strategieën ingezet moeten worden om de gewenste doelen te bereiken. De behandeltechnieken die ingezet worden, moeten voldoen aan de negen behandelprincipes van MST:

1. De fit zoeken (hoe past het probleem in de omgeving):

Het hoofddoel van de analyse is begrijpen waar de samenhang zit tussen het probleemgedrag van de jongere en de omringende systemen.

2. Positief en gericht op sterke kanten:

De therapeut moet positief zijn en de sterke kanten van de systemen gebruiken voor verandering.

3. Verantwoordelijk gedrag vergroten:

Gebruikte technieken moeten gericht zijn op het stimuleren van en aanzetten tot verantwoordelijk gedrag en het verminderen van onverantwoordelijk gedrag van de gezinsleden.

4. Gericht op het hier en nu en op actie, duidelijk geformuleerd:

Methoden/technieken moeten op het heden zijn afgestemd, gericht op actie en duidelijk gedefinieerde problemen aanpakken.

5. Gedragsreeksen (sequenties) zoeken:

Een methode moet gericht zijn op gedragsreeksen binnen en tussen meerdere systemen die de geïdentificeerde problemen in stand houden.

6. Aangepast aan het ontwikkelingsniveau:

Ingezette technieken moeten bij de ontwikkeling en behoeften van de jongere en de ouders passen.

7. Voortdurende inzet van gezinsleden:

Ingezette technieken moeten een dagelijkse of wekelijkse inspanning van de gezinsleden vragen.

8. Evaluatie en verantwoordelijkheid afleggen:

De effectiviteit van een ingezette behandeltechniek wordt voortdurend vanuit verschillende perspectieven geëvalueerd, waarbij de therapeuten verantwoordelijk zijn voor het wegnemen van barrières die goede resultaten in de weg staan.

9. Generalisatie:

Ingezette technieken moeten zoveel mogelijk generalisatie van de behandeling nastreven en inzetten op een langdurig behoud

van de therapeutische verandering, door ouders in staat te stellen gehoor te geven aan de behoeften van gezinsleden via meerdere systemen.

Bij voorkeur worden evidencebased therapeutische technieken ingezet vanuit de (cognitieve) gedragstherapie, tweede generatie pragmatische gezinstherapieën (structureel, strategisch), Community Reinforcement Approach (bij middelenmisbruik van jongere of ouders) en farmacotherapie (bijvoorbeeld voor ADHD). De behandeltechnieken richten zich vooral op de ouders en op sleutelfiguren uit de omgeving van de jongere en zijn per gezin op maat gemaakt. Een veel voorkomend behandeldoel is het veranderen van opvoedingsstrategieën. De therapeut geeft de ouders dan drie taken: duidelijke regels stellen, consequenties formuleren die onvoorwaardelijk aan de regels verbonden zijn (belonen en straffen) en effectief toezicht houden op het nakomen van de regels door hun kind, ook als het niet bij hen in de buurt is. De therapeut ondersteunt de ouders bij het opstellen en toepassen van de regels, bereidt de ouders voor op conflicten en zoekt samen met de ouders naar ondersteuning in hun sociale netwerk. Beïnvloeden, begeleiden, onderwijzen, maar niet uitvoeren is de stelregel. Het is van belang dat de gezinsleden leren zelf hun problemen op te lossen en om te gaan met anderen en instanties.

Naast het op de voorgrond aanwezige, vaak openlijke antisociale gedrag, kan bij de jongere sprake zijn van heimelijk antisociaal gedrag, zoals liegen en bedriegen. Liegen en bedriegen zijn op zichzelf geen redenen voor verwijzing naar MST, maar zijn vaak onderdeel van het hele palet aan antisociaal gedrag dat een jongere vertoont. Omdat over liegen en bedriegen moeilijk controleerbare afspraken te maken zijn (want hoe weten ouders/therapeut of een jongere liegt?), richt MST zich niet op het liegen/bedriegen zelf, maar op de zaken waarover gelogen wordt en de manier waarop volwassenen toezicht op de jongere houden. Een jongere kan bijvoorbeeld liegen over waar hij was en met wie. In MST worden dan afspraken vastgelegd over waar de jongere mag zijn en met wie hij mag omgaan. Op die manier is te controleren of een jongere zich aan de afspraken houdt en heeft liegen geen zin meer. Daarnaast kan de jongere in sociale situaties liegen. Dit zou een gevolg kunnen zijn van een gebrek aan sociale vaardigheden. In dat geval wordt het liegen aangepakt door samen met de ouders de jongere te trainen op het gebied van sociale vaardigheden. Verder zou het kunnen dat ouders zo weinig contact met de jongere hebben, dat er veel ruimte is voor liegen/bedriegen. Herstel van de gezinsrelaties en het creëren van meer contactmomenten kan dan onderdeel van de behandeling zijn. Kortom, zoals bij elk gedrag binnen MST hangt de aanpak af van de onderliggende factoren/redenen voor het gedrag.

Naast antisociaal gedrag kan binnen MST sprake zijn van comorbide internaliserende problematiek. Als gedurende MST blijkt dat internaliserende problematiek een belangrijke rol speelt bij de totstandkoming van het (externaliserende) verwijsgedrag, zoals blijkt uit de gemaakte fit-cirkels, dan wordt ook de internaliserende problematiek tijdens MST aangepakt. Aan agressief gedrag kunnen bijvoorbeeld depressieve klachten ten grondslag liggen. In samenspraak met de kinder- en jeugdpsychiater worden dan interventies ingezet gericht op de depressie, zoals cognitieve gedragstherapie of medicatie. In de praktijk blijkt dat door de factoren aan te pakken die leiden tot het antisociale gedrag ook comorbide internaliserende problemen (deels) kunnen verdwijnen. Als een jongere thuis bijvoorbeeld steeds uitgescholden wordt, niet meer naar school gaat en geen aansluiting vindt bij leeftijdgenoten kan dat, naast antisociaal gedrag, leiden tot internaliserende problemen. Als de onderliggende factoren aangepakt worden binnen MST (opvoedvaardigheden van ouders verbeteren, jongere gaat weer naar school en heeft contact met prosociale leeftijdgenoten), kan de internaliserende problematiek gelijktijdig afnemen.

Voor een uitgebreide beschrijving en voorbeelden van therapeutische technieken gericht op de jongere, het gezin, leeftijdgenoten, school/werk, het sociale netwerk en middelenmisbruik, zie het MST handboek (Henggeler e.a., 2010).

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

MST is eind jaren zeventig ontwikkeld in de Verenigde Staten aan de psychologische faculteit van de universiteit van Memphis, specifiek voor jongeren in achterstandsbuurten uit gezinnen die met meerdere elkaar versterkende problemen te maken hebben. Of de doelgroep betrokken is geweest bij de ontwikkeling van de interventie is niet bekend. Wel is de doelgroep van meet af aan betrokken geweest bij onderzoek naar de effectiviteit van MST (Henggeler, 2011).

Buitenlandse interventie

MST (Multisystemic Therapy) is in de Verenigde Staten ontwikkeld. Omdat de gedragsveranderingstechnieken die binnen MST gebruikt worden, voortkomen uit wetenschappelijk onderbouwde inzichten op internationaal niveau en altijd per gezin op maat ontwikkeld worden, hoefde MST an sich niet veranderd te worden voor de Nederlandse situatie. MST heeft per definitie aandacht voor cultuur: alle analyses/technieken worden gezamenlijk met de betrokkenen ontwikkeld, waarbij culturele invloeden (met name protectieve factoren) worden meegenomen.

Specifiek voor de Nederlandse situatie zijn het handboek, de handleiding voor programmamanagers en diverse formulieren en documenten voor therapeuten vertaald door erkende vertalers. De vertaling van het handboek is begeleid door een medewerker van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en een commissie van MST-Nederland. MST-Nederland is verantwoordelijk voor de kwaliteitscontrole van MST in Nederland. Doel van MST-Nederland is andere instellingen te ondersteunen in het succesvol implementeren en uitvoeren van het MST programma. MST-Nederland verzorgt daartoe opleidingen en trainingen, superviseert alle MST-casuïstiek middels wekelijkse consultaties en coördineert landelijke ontwikkelingen rond dit behandelprogramma. Doordat deze werkzaamheden door MST-Nederland worden verzorgd en niet (meer) door MST Services (de Amerikaanse licentiehouders), kan de inhoud van de trainingen en consultaties waar nodig zoveel mogelijk op de Nederlandse situatie afgestemd worden. MST-Nederland heeft een eigen monitoringsysteem (BergOp), van waaruit informatie automatisch geüpload wordt naar de Amerikaanse database. Hierdoor kunnen behandelaars formulieren in hun eigen taal invullen en inzien, maar kan MST Services toch zicht houden op de Nederlandse resultaten en daarmee op de benodigde randvoorwaarden en kwaliteitskenmerken.

In overleg met MST Services wordt gezocht naar oplossingen voor praktijkgestuurde vragen, zoals het gewenste werkverband van therapeuten. In tegenstelling tot in de VS wordt in Nederland veel meer met parttimers gewerkt. Ook hebben Nederlanders meer vrije dagen, wat een lagere maximale caseload met zich meebrengt. Momenteel loopt een validatieonderzoek naar de Nederlandse equivalent van de Amerikaanse maat voor behandelintegriteit (Therapist Adherence Measure Revised: TAM-R), omdat uit eerder onderzoek (Manders, Dekovic, Asscher, Van der Laan, & Prins, 2011) en uit de praktijk de vraag rees of de TAM-R ook buiten de Amerikaanse context een valide maat is om behandelintegriteit te meten. Zo wordt MST dus voortdurend verder aangepast aan de Nederlandse context.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Als vergelijkbare interventie wordt vaak Functionele gezinstherapie (FFT) genoemd.

Deze interventie is erkend door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie en opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Overeenkomsten en verschillen

De overeenkomst tussen MST en FFT betreft de doelgroep: jongeren tussen 11 en 18 jaar met ernstige gedragsproblemen (waaronder crimineel gedrag).

Verschillen MST-FFT:

- Problematiek: FFT richt zich op 'medium-high risk' criminaliteit, MST 'high risk' crimineel gedrag.
- Aanpak: FFT richt zich met name op verbetering van de communicatie en onderlinge verhoudingen binnen het gezin. MST is breder en richt zich op alle systemen rondom de jongere die te maken hebben met het probleemgedrag.
- MST vindt plaats in de thuissituatie, terwijl gezinnen voor FFT veelal naar de aanbiedende instelling toe komen.
- MST is in de regel intensiever dan FFT.
- FFT vereist motivatie en inzet van de jongere, MST kan ook uitgevoerd worden zonder dat de jongere wil meewerken.

Voor het onderscheid tussen MST/FFT is een behulpzaam indicatie-instrument ontwikkeld door het NJI (Oudhof, Ten Berge, & Berger, 2009). In dit document staan ook de overeenkomsten en verschillen tussen de drie behandelingen uitvoerig beschreven.

Toegevoegde waarde

Hoewel de doelgroepen van MST en FFT veel op elkaar lijken, zit het onderscheid met name in de ernst en vaak ook de combinatie van problemen. MST richt zich uitdrukkelijk op jongeren bij wie sprake is van dermate ernstig antisociaal en/of delinquent gedrag, dat uithuisplaatsing dreigt. Vergeleken met FFT is de problematiek van de doelgroep van MST ernstiger en complexer van aard: er is sprake van een hoog recidiverisico, de problemen doen zich voor op meerdere levensgebieden en de jongeren zijn veelal afkomstig uit multiprobleemgezinnen. Dit wordt onderschreven door een recent artikel, waarin de doelgroepen van MST en FFT met elkaar vergeleken worden (Hendriks, Lange, Boonstoppel-Boender, & Van der Rijken, 2014).

Naast de complexiteit van de doelgroep, onderscheidt MST zich van FFT door het uitgebreide kwaliteitsbewakingssysteem, waarin niet alleen de behandelintegriteit van alle betrokken medewerkers (therapeut, supervisor en expert) nauwgezet gevolgd

wordt, maar ook het behalen van de behandeldoelen en het voldoen aan de programmavooraarden.

De resultaten worden halfjaarlijks teruggekoppeld aan de betrokken medewerkers en organisaties. Daarnaast worden middels Routine Outcome Monitoring gegevens verzameld en teruggekoppeld in de individuele behandelingen en wordt het opgebouwde databestand gebruikt voor (praktijkgestuurd) wetenschappelijk onderzoek. Tevens vindt binnen MST follow-up onderzoek plaats tot anderhalf jaar na afsluiting van de behandeling.

Dankzij het uitgebreide kwaliteitsbewakingssysteem is geborgd dat MST altijd wordt uitgevoerd zoals bedoeld, waardoor optimale resultaten worden behaald.

3. Onderbouwing

3.1 Oorzaken

Aan MST ligt de theorie van verandering ten grondslag, die hoofdzakelijk gebaseerd is op 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). Naarmate kinderen ouder worden, groeit het aantal systemen waar de jongere deel van uitmaakt en daarmee het aantal risicofactoren voor antisociaal gedrag waarmee hij/zij in aanraking kan komen. Naast het gezin worden de vriendengroep, de school, de buurt en de media factoren van invloed op het gedrag van de jongere. Onderzoek toont aan dat ernstig antisociaal gedrag door deze verschillende factoren bepaald wordt (Henggeler e.a., 1996). Er vindt wederzijdse beïnvloeding plaats van kenmerken van de jongere zelf en de systemen waar de jongere deel van uit maakt.

Op individueel niveau kunnen risicofactoren zichtbaar zijn als zwakke verbale vaardigheden, positieve houding t.o.v. antisociaal gedrag, psychiatrische problematiek, geneigd zijn aan anderen vijandige intenties toe te schrijven en geen schuldgevoel bij grensoverschrijdend gedrag. Voorbeelden van protectieve factoren zijn een hoge intelligentie, eerstgeborene zijn, gemakkelijk temperament, conventionele houding en probleemoplossingsvaardigheden.

Op het niveau van het gezin/de familie kunnen risicofactoren zichtbaar zijn als gebrek aan monitoring, ineffectieve regelstelling, harde en inconsistente regelstelling, weinig affectie tussen de gezinsleden onderling, veel conflicten binnen het gezin, specifieke problemen bij de ouders (psychiatrische problematiek; middelenmisbruik; crimineel gedrag). Voorbeelden van protectieve factoren zijn de gehechtheid aan de ouders, een steunend gezinsklimaat en een positieve partnerrelatie tussen de ouders.

Op het niveau van de leeftijdgenoten kunnen risicofactoren zichtbaar zijn als omgang met deviante leeftijdgenoten, gebrek aan sociale vaardigheden en weinig omgang met prosociale leeftijdgenoten. Een voorbeeld van een protectieve factor is het hebben van positieve relaties met prosociale leeftijdgenoten.

Op het niveau van school kunnen risicofactoren zichtbaar zijn als slechte prestaties, leerproblemen, schooluitval, weinig betrokkenheid bij onderwijs vanuit het gezin, schoolfactoren (zwakke structuur, chaotische omgeving). Een voorbeeld van een protectieve factor is grote betrokkenheid bij onderwijs/scholing van het gezin.

Op het niveau van de wijk en de lokale gemeenschap kunnen risicofactoren zichtbaar zijn zoals hoge mobiliteit, weinig sociale steun (buren, kerk, moskee), lage organisatiegraad, criminele subcultuur, beschikbaarheid van wapens en drugs, spanningen in de omgeving en psychologische stress (bv. geweld). Voorbeelden van protectieve factoren zijn betrokkenheid bij activiteiten in de buurt en een sterk informeel netwerk (Biglan, Brennan, Foster, & Holder, 2004; Hoge, Guerra, & Boxer, 2008; Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber, & Van Kammen, 1998).

3.2 Aan te pakken factoren

MST pakt in alle levensgebieden van de jongere die risicofactoren aan die bijdragen aan het probleemgedrag (multimodale aanpak). Zoals eerder beschreven, maakt de therapeut voor elk gezin een unieke analyse van de factoren die het probleemgedrag veroorzaken of in stand houden en zet technieken in om deze factoren te veranderen en daarmee het probleemgedrag te verminderen.

Vanuit de MST-theorie van verandering kan de link tussen de doelen van MST, en de aan te pakken risicofactoren om deze doelen te bereiken, als volgt weergegeven worden:

MST is allereerst gericht op het verbeteren van het gezinsfunctioneren (zie hieronder doel a en b). Vanuit dit verbeterde gezinsfunctioneren helpt de MST-therapeut vervolgens de betrokkenen om de doelen op het domein van leeftijdgenoten (zie hieronder doel e), van school (zie hieronder doel d) en in de gemeenschap (zie hieronder doel c) te behalen. Wanneer de doelen op alle domeinen behaald zijn, is het antisociale gedrag van de jongere verminderd, het functioneren verbeterd en zijn de individuele behandeldoelen ook behaald (zie hieronder doel 1, 2, 3). Door de trapsgewijze manier van werken en doordat de betrokkenen zelf de verbeteringen doorvoeren in een steeds steviger groeiend steunend netwerk naar zowel de jongere als de rest van het gezin, wordt het generalisatiedoel (veranderingen zijn gedurende langere tijd zichtbaar) ook behaald (zie hieronder doel f).

Hieronder worden de ultieme uitkomsten (1, 2, 3) en de instrumentele uitkomsten (a-f) zoals altijd gescoord bij afronding van

MST opgesomd:

1. de jongere kan thuis blijven wonen
 2. de jongere heeft minimaal 20 uur per week een dagbesteding
 3. de jongere vertoont niet langer antisociaal/delinquent gedrag
- a. de opvoedingsvaardigheden van de primaire verzorger zijn zodanig verbeterd dat hij/zij toekomstige problemen kan hanteren (waarbij de risico- en protectieve factoren zoals genoemd onder 'gezin/familie' aan de orde komen).
 - b. de gezinsrelaties zijn verbeterd, met name op de domeinen die ten grondslag lagen aan het probleemgedrag (idem).
 - c. het netwerk voor informele sociale ondersteuning is verbeterd en voldoende om (informele en formele) ondersteuning te regelen indien nodig (waarbij de risico- en protectieve factoren zoals genoemd onder 'wijk en lokale gemeenschap' aan de orde komen).
 - d. de jongere blijkt te slagen in opleiding of werk (waarbij de risico- en protectieve factoren zoals genoemd onder 'school' aan de orde komen).
 - e. de jongere heeft prosociale vrienden en activiteiten en heeft nauwelijks contact met probleemjongeren (waarbij de risico- en protectieve factoren zoals genoemd onder 'leeftijdgenoten' aan de orde komen).
 - f. de veranderingen in het gedrag van de jongere en in de systemen die bijdroegen aan het probleemgedrag houden al 3-4 weken stand.

Welke factoren precies aangepakt moeten worden om deze doelen te bereiken, en de manier waarop dit moet gebeuren, hangt zoals aangegeven af van de fit-analyses die gemaakt worden. Zo zou vanuit analyses van het feit dat de jongere zich niet houdt aan de thuishoortijden zoals vastgesteld door ouders, naar voren kunnen komen dat de manier van instructie geven niet aansluit bij de verbale vermogens van de jongere. In dat geval zullen ouders andere manieren van instructie geven aanleren, die beter aansluiten bij de verbale vermogens van de jongere. Tevens zullen zij de volwassenen uit andere systemen (verdere familie, school, sportclub, etc.) leren welke manier het beste aansluit bij het kind. Dit is een voorbeeld waarbij het functioneren van de jongere wordt verbeterd door het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de primaire verzorgers (a), waardoor de ouders beter in staat gesteld worden invloed uit te oefenen op het functioneren van de jongere t.a.v. leeftijdgenoten en op school (e, d).

In het algemeen kan gesteld worden dat sommige risicofactoren aangepakt worden door de factor zelf te veranderen/beïnvloeden, terwijl bij de aanpak van andere risicofactoren geldt dat de invloed van de risicofactor zoveel mogelijk beperkt wordt door het versterken van protectieve factoren.

Door ouders en jongeren te versterken in het vermogen problemen op deelgebieden stapsgewijs aan te pakken, wordt het probleemoplossingsvermogen van het gehele gezin versterkt.

3.3 Verantwoording

Vele factoren spelen een rol bij het ontstaan, de instandhouding en/of het beïnvloeden van antisociale gedragsproblemen (Van Yperen, 2001). Interventies die ingrijpen op verschillende domeinen tegelijk, met behulp van verschillende technieken, lijken effectief, evenals interventies die gericht zijn op personen of factoren die in een bepaalde ontwikkelingsfase het meest belangrijk zijn (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).

Zoals beschreven is MST een interventie voor jongeren met zeer ernstig antisociaal gedrag, met een groot risico op (recidive van) delinquent gedrag. Om gedragsverandering te bewerkstelligen en daarmee de kans op recidive en delinquent gedrag te verminderen, is het van belang dat interventies aansluiten bij de risicofactoren en kenmerken van de jongeren: het Risk-Needs-Responsivity (RNR) model (Andrews, Bonta & Wormith, 2006; Andrews & Bonta, 2010; Van der Laan e.a., 2010). Het RNR model vindt zijn oorsprong in de sociale leertheorie en de sociale cognitietheorie en gaat er vanuit dat crimineel gedrag wordt aangeleerd in de sociale context (Andrews e.a., 2006; Andrews & Bonta, 2010). Het 'risico beginsel' houdt in dat de intensiteit van de behandeling moet worden afgestemd op het recidiverisico: hoe groter de kans op recidive/delinquent gedrag, hoe intensiever de behandeling moet zijn. Het 'behoefte beginsel' beschrijft waarop effectieve interventies zich dienen te richten: het reduceren van de invloed van criminogene factoren. Met name de aanpak van dynamische (veranderbare) criminogene factoren is van belang om het recidiverisico te verminderen. Deze factoren kunnen zich voordoen op kindniveau (zoals gedragsproblemen), gezinsniveau (bijvoorbeeld ouderlijke stress) en omgevingsniveau (bijvoorbeeld het ontbreken van een 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 sociaaleconomische 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 gedragalternatieven aangeboden krijgen, zodat ze leren hoe ze zich op een niet deviante manier kunnen handhaven in de samenleving (Van der Laan e.a., 2010, Stams, 2011). De Richtlijn Ernstige Gedragsproblemen beveelt bij jongeren vanaf twaalf jaar multisysteembehandeling en cognitieve gedragstherapie aan. Daarnaast dient actief aandacht besteed te worden aan de motivatie van ouders en jongeren en aan modeltrouw van de therapeut (De Lange e.a., 2014).

MST is een op maat gesneden behandeling, die aan bovengenoemde eisen voor een effectieve interventie voldoet. Doordat MST via het analytisch proces (o.a. fit-cirkels) steeds hypothesen toetst over de risico- en beschermende factoren die op dat moment een rol spelen in het probleemgedrag, sluit de behandeling optimaal aan bij de risico's, behoeften en mogelijkheden van de jongere en zijn omgeving. 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 het gezien wordt binnen deze systemen en in de natuurlijke context. Vanuit deze 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 technieken die binnen MST worden gebruikt zijn altijd bewezen effectief voor de factoren die ermee beïnvloed moeten worden.

MST ziet de ouders als de belangrijkste motor voor verandering. De behandeling valt of staat met de betrokkenheid en motivatie van de belangrijkste gezinsleden. 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.
- Een beperkte caseload zorgt ervoor dat therapeuten tijd hebben om moeilijk bereikbare gezinnen te motiveren en bij de behandeling te betrekken.
- De behandelprincipes benadrukken de sterke kanten van het gezin en het belang van de culturele omgeving van het gezin, waardoor het gezin zich begrepen en gewaardeerd voelt.
- De behandeldoelen en de aard van de ingezette therapeutische technieken worden samen met het gezin bepaald, waardoor er meer draagvlak is.
- Binnen het MST-kwaliteitssysteem wordt de effectiviteit van de ingezette technieken voortdurend vanuit meerdere perspectieven getoetst. Dit geeft de therapeuten niet alleen veel structuur en houvast, maar ook een sterke motivatie om de gewenste resultaten te bereiken.

De MST-theorie van verandering gaat ervan uit dat door de opvoedvaardigheden en het sociale netwerk van de ouders te versterken, het gezin beter in staat is problemen zelf op te lossen. Het uiteindelijke doel is de jongere te omringen met een omgeving die aanzet tot prosociaal gedrag en een sociaal vangnet te creëren om te zorgen dat bereikte veranderingen ook na afloop van de behandeling in stand blijven en uithuisplaatsing voorkomen kan worden (Henggeler e.a., 2010).

De MST-theorie van verandering wordt op een aantal manieren ondersteund:

1. State-of-the-art gezinstherapieën:

De meest belangrijke nieuwe gezinstherapieën, waaronder MST, hebben een aantal overeenkomstige 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 engagement met alle betrokkenen en de verantwoordelijkheid van de therapeut hierin).
- . Interventiestrategieën toespitsen op beschikbare kennis over specifieke problemen (voorbeeld MST: methoden/technieken zijn gericht op empirisch onderbouwde risicofactoren).
- . Multisystemische focus behouden (voorbeeld MST: alle systemen van de jongere worden betrokken bij de behandeling).
- . 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 zijn een integraal onderdeel van het MST-kwaliteitsbewakings- en verbeteringssysteem).
- . Aandacht voor cultuur (voorbeeld MST: alle analyses/gebruikte methoden worden gezamenlijk met de betrokkenen ontwikkeld, waarbij culturele invloeden (met name protectieve factoren) worden meegenomen).

Onderzoek heeft aangetoond dat gezinstherapieën effectiever zijn voor de behandeling van antisociaal gedrag dan andere behandelvormen: de behandelresultaten van jongeren bij wie gezinstherapie werd ingezet waren in 76 procent van de gevallen beter dan van jongeren die geen behandeling kregen en in 58 procent beter dan de resultaten van alternatieve behandelingen (Carr, 2014). De meest effectieve behandelingen richten zich op de jongere, ouders en factoren buiten het gezin, zoals omgang met deviante leeftijdgenoten en het sociale netwerk (Murrihy, Kidman, & Ollendick, 2010).

2. Onderzoek naar determinanten van antisociaal gedrag:

In tegenstelling tot vroegere behandelingen voor delinquent gedrag bij jongeren, die gericht waren op een beperkt aantal variabelen waarvan bekend was dat ze verband hielden met delinquent gedrag van jongeren, richt MST zich op alle variabelen uit alle systemen. Dit is in overeenstemming met hetgeen uit meerdere longitudinale onderzoeken naar voren komt: antisociaal gedrag wordt 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).

3. Empirische toetsing van de MST-theorie van verandering (zie ook Hoofdstuk 6):

. Resultaten van MST-effectonderzoeken: uit veel van deze onderzoeken kwam niet alleen naar voren dat MST effectief is in het terugdringen van antisociaal gedrag bij jongeren, maar ook dat MST effectief verandering bracht in belangrijke variabelen die samenhangen met antisociaal gedrag van jongeren, zoals omgang met verkeerde vrienden (Henggeler, 2011; Van der Stouwe e.a., 2014). Uit Nederlands onderzoek bleek dat MST effectiever was dan de controleconditie in het verminderen van zelfgerapporteerde delinquent en externaliserend gedrag van de jongere, cognities en opvoedgedrag van de ouders en omgang met prosociale vrienden (Asscher e.a., 2013).

. Toetsing van de MST-veranderingsmechanismen: Het maken van fit-cirkels is onderdeel van het analytisch proces en helpt therapeuten zich aan de behandelprincipes te houden. Met de fit-cirkels worden samen met het gezin behandeldoelen vastgesteld. Daarnaast dienen de fit-cirkels om te begrijpen hoe verschillende systemen bijdragen aan het probleemgedrag (MST principe 1) en om doelen voor de inzet van therapeutische technieken te formuleren (MST principe 4). Het werken met fit-cirkels is dus onderdeel van het modeltrouw werken (behandelintegriteit) van de therapeuten. Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat de behandelintegriteit van de therapeut (dus de mate waarin de therapeut MST uitvoert volgens het analytisch proces en de negen behandelprincipes) samenhangt met verbeteringen in de verhoudingen tussen gezinsleden en verminderde omgang met deviante leeftijdgenoten: Hoe hoger de behandelintegriteit van de therapeut (gemeten met de TAM), hoe beter de lange termijnresultaten met betrekking tot delictgedrag en uithuisplaatsing en hoe meer verbetering in het gezinsfunctioneren (Schoenwald, Sheidow, & Letourneau, 2004).

Meer bewijs voor de theorie van verandering is recent geleverd door een Nederlandse RCT, waarin is aangetoond dat doordat ouders zich competentier voelen, hun opvoedvaardigheden verbeteren en dat daardoor het probleemgedrag van de jongere vermindert (Dekovic e.a., 2012).

De werkzaamheid van de MST methodiek is dus aangetoond en wetenschappelijk onderbouwd.

3.4 Werkzame elementen

- grote investering in cliënt-therapeut relatie (2, 3, 4)
- lage caseload (3, 4)
- 24 uren bereikbaarheid van therapeuten (2, 4)
- één hulpverlener die op alle domeinen geïntegreerde hulp biedt (2, 3, 4)
- thuisbehandeling (2, 3, 4)
- motiveren van gezinnen voor behandeling (2, 3, 4)
- modeltrouw wordt continu gemonitord in uitgebreid kwaliteitsbewakingssysteem (2, 3, 4, 5)
- vast analytisch proces (2, 3)
- inzet van bewezen effectieve therapeutische technieken (2, 3)
- vergroten probleemoplossende/opvoedkundige vaardigheden van ouders om een effectieve controle op het gedrag van de jeugdige uit te oefenen (2, 3, 6)
- verbeteren gezinsrelaties (2, 3, 6)
- verbeteren netwerk voor sociale ondersteuning (2, 3, 6)
- realiseren van een zinvolle dagbesteding (2, 3, 6)
- contact met prosociale leeftijdgenoten in plaats van probleemjongeren (2, 3, 6)
- gericht op alle systemen rondom de jongere (2, 3, 6)
- hoge professionaliteit personeel (4)
- goede werkomstandigheden personeel (4)

Betekenis cijfers:

2. Aanpak
3. Onderbouwing
4. Uitvoering
5. Praktijkervaring
6. Effectonderzoek

4. Uitvoering

4.1 Materialen

Voor therapeuten en supervisors is een Nederlands handboek beschikbaar dat bij de basistraining wordt uitgereikt. Het handboek is ook verkrijgbaar in de boekhandel: Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2010). Multisysteem therapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Voor de supervisors is een handleiding beschikbaar, met daarin de verantwoordelijkheidsgebieden van de supervisors binnen MST en hun specifieke rol hierin. Daarnaast is er een handleiding voor de experts die zorgen voor de kwaliteitsbewaking van alle behandelingen, met daarbij een uitgebreide beschrijving van het kwaliteitssysteem en bijbehorende evaluatie-instrumenten (MST-Services, 2003, 2004) en een handleiding voor de programma-managers die zorgen voor de organisatorische inbedding, met daarbij onder andere ondersteunende informatie voor de werving en selectie van personeel (MST-Nederland, 2013). Ook is er online veel aanvullend materiaal beschikbaar in zowel het Engels als het Nederlands ter ondersteuning van de behandelaren. Dit betreft onder andere werkformulieren, achtergronden en richtlijnen over specifieke onderwerpen. De beschikbare materialen worden door MST-Nederland verstrekt bij de implementatie van MST binnen een instelling en bij de trainingen/boostersessies.

4.2 Type organisatie

De meeste aanbieders zijn GGZ-instellingen, maar vanwege de intensieve kwaliteitscontrole wordt het programma met vergelijkbaar succes ook uitgevoerd door enkele voorheen provinciaal gefinancierde jeugdzorg instellingen. Een randvoorwaarde is ook bij deze instellingen dat er een kinder- & jeugdpsychiater beschikbaar is voor consultatie.

4.3 Opleidingen en competenties

MST wordt uitgevoerd door een team van hoogopgeleide en ervaren therapeuten. Het zijn behandelaars met een gerichte post-HBO opleiding, bijvoorbeeld tot gezinstherapeut, of met een academische opleiding tot (GZ-) psycholoog. Het team wordt intensief begeleid door een supervisor: een GZ-psycholoog of HBO opgeleide met passende post HBO scholing met gedegen scholing en ervaring op het gebied van gedragsmatige/systemische hulpverlening (Berger & Boendermaker, 2003). Het MST-team wordt wekelijks begeleid door een expert van MST-Nederland.

Er bestaan geen standaard MST-therapeuten, maar niet iedereen kan of wil een 'therapeut aan de keukentafel' zijn met bijvoorbeeld plotseling binnenkomende buurvrouwen en blaffende honden onder de tafel (Van Arum, 2008). De therapeut moet ook in die situaties leiding kunnen geven zonder autoritair te zijn en steun kunnen geven zonder te vriendschappelijk te zijn. Op zich gewone therapeutische vaardigheden, maar ze moeten ingezet kunnen worden in bijzondere omstandigheden. Er zijn dan ook formats ontwikkeld om de organisatie die MST aanbiedt te ondersteunen bij het selecteren van MST therapeuten. Hierbij worden de 'whatever it takes' attitude en de gedragsgerichte vaardigheden getoetst onder andere in een rollenspel als onderdeel van de sollicitatieprocedure.

Voorafgaand aan hun werk krijgen MST-therapeuten en supervisors een verplichte training van een week. Deze training bevat een introductie in de werkwijze van MST. De therapeuten nemen wekelijks deel aan klinische supervisie met de supervisor.

Zowel de MST introductietraining als de MST supervisie zijn door de Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (NVRG) erkend als equivalent onderdeel van de reguliere route naar het volledig lidmaatschap (registratie systeemtherapeut) van deze vereniging.

De supervisor volgt een extra supervisorentraining van twee dagen en wordt individueel begeleid door een expert van MST-Nederland.

Therapeuten en supervisors nemen gezamenlijk vier keer per jaar verplicht deel aan boostersessies (herhalings- en verdiepingsbijeenkomsten), die worden gegeven door de MST-expert die aan het team is toegewezen. Tijdens deze bijeenkomsten worden aanvullende onderwerpen besproken en geoefend en wordt aan verdieping van de methodiek gewerkt.

De onderwerpen worden bepaald naar behoefte van de teams.

Naast deze gezamenlijke boostersessies, nemen de supervisoren vier keer per jaar deel aan speciale supervisorboosters, die eveneens naar behoefte worden ingericht.

4.4 Kwaliteitsbewaking

Om de kwaliteit van alle MST-behandelingen te kunnen garanderen en ervoor te zorgen dat de behandeling door alle therapeuten wereldwijd wordt uitgevoerd zoals bedoeld, heeft de Amerikaanse licentiegever (MST Services) een uitgebreid kwaliteitsbewakingssysteem ontwikkeld, waardoor de interventie overal, ook buiten de Verenigde Staten, uitgevoerd kan worden zoals bedoeld. MST-Nederland treedt op als netwerkpartner van MST Services en is verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking van alle Nederlandse (en Belgische) MST-behandelingen en verstrekt/verlengt licenties alleen aan instellingen die aan alle kwaliteitseisen voldoen. Om vergelijkbare resultaten te behalen, de ontwikkelingen te kunnen volgen en de hoge kwaliteit van MST te kunnen bieden, wordt zeer intensief met MST Services samengewerkt.

MST-Nederland biedt zorgaanbieders ondersteuning bij de invoering van het programma en draagt zorg voor de organisatie van training/opleiding en consultatie (door MST-experts aan alle teams). Zij faciliteert organisaties bij het aanbieden van adaptaties van het MST-programma voor andere doelgroepen (MST-PSB, MST-CAN, MST-LVB). Daarnaast bewaakt MST-Nederland de kwaliteit en zorgt voor kennisontwikkeling en verspreiding: MST-Nederland ziet erop toe dat het programma overal op een vergelijkbare manier met goede resultaten wordt uitgevoerd. Hiertoe wordt onder andere de behandelintegriteit (trouw aan het behandelmodel) op alle niveaus (therapeut, supervisor, expert) structureel gemeten. MST heeft een aantal meetinstrumenten om de mate waarin MST wordt uitgevoerd zoals bedoeld te meten: de TAM (therapist adherence measure), SAM (supervisor adherence measure) en CAM (consultant adherence measure). De vragen in deze vragenlijsten hebben grotendeels betrekking op de negen behandelprincipes zoals eerder beschreven. Uit onderzoek (Schoenwald, Sheidow, & Letourneau, 2004) naar het verband tussen de behandelintegriteit enerzijds en de lange termijn resultaten van de gezinnen anderzijds, kwamen een aantal belangrijke bevindingen naar voren:

- Hoe hoger de behandelintegriteit van de therapeut (gemeten met de TAM), hoe beter de lange termijnresultaten met betrekking tot delictgedrag en uithuisplaatsing en hoe meer verbetering in het gezinsfunctioneren.
- De behandelintegriteit van de supervisor (gemeten met de SAM) is een voorspeller voor behandelintegriteit van de therapeut.
- Hogere behandelintegriteit van de supervisor is gerelateerd aan een afname van gedragsproblemen van de jongere tot een jaar na de behandeling, en een afname in het aantal justitiële vervolgingen op de lange termijn.
- De mate van competentie en alliantie van de expert met de therapeut (gemeten met de CAM), zijn voorspeller voor een hogere behandelintegriteit van de therapeut.
- Hogere scores op de CAM hangen samen met verbeteringen in het gedrag van de jongere na de behandeling.

Ook het behalen van de behandeldoelen en voldoen aan de programmavooraarden wordt nauwgezet gevolgd en halfjaarlijks wordt over al deze zaken gerapporteerd aan de instellingen. Deze rapportages zijn de basis voor eventuele verbeterplannen en bijscholing van therapeuten en supervisoren.

Onderdeel van het Nederlandse kwaliteitssysteem is Routine Outcome Monitoring (ROM). Bij de implementatie van MST in een organisatie wordt benadrukt dat het belangrijk is de resultaten zoveel mogelijk objectief te meten en vast te leggen, zodat daarover intern en extern verantwoording afgelegd kan worden. Daarom wordt aan het begin en einde van elke behandeling een aantal vragenlijsten afgenomen om de behandel-effecten in kaart te brengen. De resultaten worden door de therapeut met het gezin besproken, zodat de vragenlijsten ook van nut zijn voor de individuele behandeling. Na afloop van de behandeling wordt bij de gezinnen halfjaarlijks een telefonisch interview afgenomen om ook de lange termijn resultaten (tot anderhalf jaar na de behandeling) vast te leggen.

Alle gegevens worden ingevoerd dan wel geüpload in een (internationale) database en zijn voor alle betrokkenen eenvoudig in te zien: over elke gewenste periode wordt over een of meerdere teams inzicht gegeven in de bereikte resultaten. De verzamelde gegevens worden ook gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek.

4.5 Randvoorwaarden

MST hanteert strikte programmavooraarden. Bij de implementatie van het programma wordt verwacht en daarom in de voorafgaande begeleiding van de instelling door MST-Nederland getoetst dat deze ook inderdaad gerealiseerd worden. Daarnaast worden deze elke zes maanden geëvalueerd.

- MST-therapeuten werken in teams van minimaal twee en maximaal vier therapeuten.
- De duur van een MST-behandeling is in het algemeen 3-5 maanden. De caseload is idealiter vier en maximaal zes gezinnen

per therapeut.

- Een belangrijke voorwaarde, die in directe relatie staat tot positieve behandelresultaten, is dat therapeuten flexibel beschikbaar moeten zijn om aan de behoeften van de gezinnen te kunnen voldoen.
- Het MST-team heeft een 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaarheidssysteem voor de gezinnen. De supervisor is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor de therapeuten.
- Een belangrijke voorwaarde bij MST is dat de behandelintegriteit via rapportages van de ouders/primaire opvoeders wordt gemonitord (Therapist Adherence Measure). Uit diverse onderzoeken blijkt dat een hoge mate van behandelintegriteit samenhangt met positieve resultaten op de lange termijn (Henggeler, 2011).
- MST-therapeuten houden wekelijks de voortgang en resultaten voor elk gezin bij door formulieren in te vullen, door gesprekken met de supervisor en door consultatie van een expert.
- Kwaliteitsmonitoring en begeleiding van MST-teams bestaat uit wekelijkse supervisie in teamverband door de supervisor (uitgevoerd zoals beschreven in het MST handboek, Henggeler e.a., 2010) en wekelijkse consultatie van de toegewezen expert van MST-Nederland. Individuele supervisie wordt tot een minimum beperkt en is vooral bedoeld voor crisissituaties en voor individuele professionele ontwikkeling van de therapeut.
- MST-supervisors zijn verbonden aan MST voor een minimum van 50% van de tijd per MST-team. Een supervisor die fulltime werkt, kan twee MST-teams superviseren.
- MST-supervisors hebben primair de klinische verantwoordelijkheid over de therapeuten die zij superviseren. Daarnaast hebben zij een belangrijke stem in de werving en selectie van MST-therapeuten.
- Werkevaluaties van MST-therapeuten en -supervisors bevatten zowel informatie over de behandelintegriteit als informatie over resultaten van de behandeling.

Verwijzingen naar niet met MST verenigbare interventies (elke vorm van groepsbehandeling en dagbehandeling) worden niet gedaan zolang jongeren in behandeling zijn bij MST, zeker niet standaard of routinematig.

- Wanneer een therapeut gedurende de behandeling ziek wordt of met vakantie gaat, wordt de behandeling op dezelfde manier voortgezet door een andere therapeut uit hetzelfde team, totdat de eigen therapeut weer aanwezig is. Dit is mogelijk, door de wekelijkse groepssupervisies en consultaties waarbij met het team alle gezinnen besproken worden.
- De supervisor is betrokken bij de intakefase (o.a. screeningsgesprekken) en kan ook gedurende de behandeling aansluiten bij sessies met de gezinnen. Het doel hiervan kan zijn ofwel het zelf uitvoeren van bepaalde onderdelen van de behandeling, ofwel het observeren/ondersteunen van de therapeut in het uitvoeren van bepaalde technieken.

Op organisatorisch niveau:

- De instelling verbindt zich eraan MST volledig te implementeren in de organisatie. Het is niet toegestaan MST gedeeltelijk in te zetten of een MST-'light' variant te ontwikkelen. Het is bij MST 'alles of niets' om positieve lange termijn resultaten te sorteren bij jongeren met antisociaal en crimineel gedrag.
- Het management van de instelling heeft een goed begrip van MST om beleid en procedures te ontwikkelen die de behandelintegriteit bevorderen.
- De juiste doelgroep wordt benaderd en er worden duidelijke in- en exclusiecriteria gehanteerd.
- MST-therapeuten zijn gemotiveerde professionals, die voldoen aan de opleidingseisen.
- MST-supervisors hebben een gedegen klinische achtergrond (in structurele, strategische en functionele gezinstherapie en cognitieve gedragstechnieken), goede leiderschapskwaliteiten en een academisch niveau.

Tussen betrokken organisaties:

- Er is lokaal voldoende financiering om het programma te onderhouden.
- MST-therapeuten hebben de mogelijkheid om op behandelniveau het voortouw te nemen bij besluitvorming in iedere casus, ook al hebben professionals in andere organisaties hiertoe de bevoegdheid of het mandaat.

4.6 Implementatie

Het implementatieproces van MST is onderverdeeld in zes fasen. Hieronder volgt een korte beschrijving van deze fasen en de rol van de programmamanager daarin.

Fase 1. Eerste oriëntatie

De programmamanager neemt voor een eerste oriëntatie telefonisch contact op met MST-Nederland. In dit gesprek geeft de directeur/programma-ontwikkelaar van MST-Nederland informatie over MST en overlegt samen met de programmamanager of MST het juiste programma is voor deze instelling/locatie.

Fase 2. De haalbaarheid onderzoeken en besluit nemen

Op basis van het eerste gesprek gaat de programmamanager specifiek uitzoeken wat er nodig is om MST uit te voeren. Aan het eind van deze fase is er het 'go-no-go' keuzemoment. Van belang is dat MST alle programma-eisen beschreven heeft die nodig zijn om het programma succesvol uit te voeren. Deze vereisten worden contractueel vastgelegd en

tijdens de uitvoering tweemaal per jaar gecheckt.

Fase 3. Planning en inbedding

Als voor 'go' is gekozen, kan de programmamanager beginnen met de organisatorische uitwerking van MST. In deze fase worden de belangrijkste zaken voor MST geregeld en gepland.

Fase 4. Werven en plannen eerste training personeel

In deze fase gaat de programmamanager verder met de werving van personeel. Voor al het personeel wordt de vijfdaagse MST oriëntatietraining gepland.

Fase 5. Opstarten

In de opstartfase regelt de programmamanager nog een aantal praktische en inhoudelijke zaken voordat het team de oriëntatietraining heeft gevolgd en aan de slag kan.

Fase 6. 'Klaar voor de start'-bijeenkomst organiseren

Als in de loop van fase 5 de meeste benodigde inhoudelijke en praktische voorwaarden zijn geregeld, organiseert de programmamanager een 'klaar voor de start'-bijeenkomst. Alle betrokkenen komen samen en MST-Nederland beoordeelt in deze bijeenkomst of de instelling/locatie zover is om te starten. Zodra het personeel hierna de geplande oriëntatietraining heeft gevolgd, wordt gestart met de uitvoering van MST.

4.7 Kosten

MST wordt sinds januari 2015 gefinancierd door gemeenten. De gemeenten financieren behandelingen bij de instellingen die door hen gecontracteerd zijn. Behandelingen die plaatsvinden in het kader van het Jeugdstrafrecht, worden op basis van het landelijke arrangement door de gemeenten vergoed.

De kosten van één MST behandeling verschillen enigszins per aanbieder. De managers van de verschillende instellingen die MST uitvoeren hebben gezamenlijk de kosten voor MST onderzocht. In 2011 bleken alle kosten voor één team van vier therapeuten op jaarbasis gemiddeld € 543700,- te bedragen. Aangezien het programma overal op vergelijkbare wijze wordt uitgevoerd, zijn de kosten ook vergelijkbaar. Per instelling en per team zijn er beperkte verschillen in uren van de aanstellingen, inschalingen en overhead. Heel bepalend voor de prijs van één behandeling is het aantal behandelingen dat een team per jaar uitvoert. Indien een team jaarlijks 35 casussen behandelt, hetgeen een reëel aantal is, is de gemiddelde prijs per casus daarmee € 15534,-. Hiervan is 63% personeelskosten (42% voor de therapeut, 8% voor de supervisor, 3% overige personeelskosten, 10% indirecte kosten/management), 27% overhead, 4% reiskosten en 5% voor het kwaliteitssysteem van MST.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Er zijn in Nederland meerdere onderzoeken gedaan naar de praktijkervaringen met MST. Onderstaand worden drie recent gepubliceerde onderzoeken beschreven:

A. W.A. Manders, M. Dekovic, J.J. Asscher, P.H. van der Laan, en P.J.M. Prins (2011).

B. Onderzoek naar de kwaliteit van de implementatie van MST in Nederland. Er werd gebruik gemaakt van verschillende vragenlijsten, die bij zowel ouders als jongeren werden afgenomen aan het begin en einde van de behandeling. Ook werden telefonische interviews en observaties gebruikt. De deelnemers waren 147 jongeren (12-18 jaar) die wegens hun ernstig antisociale gedrag verwezen waren naar MST (en hun ouders).

C. Uit dit onderzoek blijkt dat MST de beoogde doelgroep bereikt, namelijk jongeren met ernstige problematiek, van verschillende etnische achtergronden en veelal uit multiprobleemgezinnen. De behandelresultaten hangen niet samen met geslacht, etniciteit en sociaaleconomische status. De behandelintegriteit van Nederlandse therapeuten is vergelijkbaar met die van Amerikaanse therapeuten. Op basis van de resultaten concluderen de onderzoekers dat de implementatie van MST in Nederland als succesvol kan worden beschouwd.

Een kanttekening werd gemaakt bij het ontbreken van een relatie tussen behandelintegriteit en behandelresultaten. Mogelijk functioneert het instrument voor behandelintegriteit in de Nederlandse context anders dan in de Amerikaanse. Hiernaar loopt vervolgonderzoek.

A. J. Wilpert, J. van Horn en R. van der Rijken (2013).

B. Praktijkgestuurd onderzoek naar het gebruik van tolken binnen MST. In Nederland wordt meer met tolken gewerkt dan in de Verenigde Staten, maar de Amerikaanse richtlijn schrijft een restrictie voor van maximaal 10 procent van de caseload per team. Daarom werd een onderzoek opgezet naar het effect van het inzetten van tolken gedurende MST. Retrospectief werd een

speciaal ontwikkelde tolkenvragenlijst ingevuld door 25 MST-therapeuten. De gegevens uit deze vragenlijst werden gekoppeld aan de gegevens van 392 gezinnen uit het bestaande MST-databestand (sociaal-demografische gegevens en informatie over de duur en het verloop van de behandeling). Bij het Justitiële Documentatiecentrum werden recidivecijfers opgevraagd.

C. Het inzetten van een tolk bleek niet te leiden tot meer recidive: de recidivepercentages van allochtone jongeren bij wie een tolk was ingezet verschilden niet van de percentages van allochtone jongeren zonder tolk en van autochtone jongeren. Het inzetten van tolken binnen MST lijkt dan ook geen negatief effect te hebben op recidive. Deze bevinding is besproken met het Amerikaanse MST Services en zal mogelijk leiden tot aanpassingen in de richtlijn voor het werken met tolken.

A. M.E.D. Hendriks, A.M.C. Lange, M. Boonstoppel-Boender, R.E.A. van der Rijken (2014).

B. MST en FFT bedienen een vergelijkbare doelgroep, maar het is in Nederland onduidelijk of jongeren naar de voor hen meest passende behandeling worden verwezen. Volgens het Risk-Need-Responsivity (RNR) model moet de behandelintensiteit namelijk afgestemd zijn op het recidiverisico om een optimaal behandelresultaat te behalen. In dit onderzoek werden de doelgroepen van FFT en MST met elkaar vergeleken op basis van ROM gegevens van 409 gezinnen die FFT kregen en 689 gezinnen die MST kregen. De gemeten risicofactoren waren: demografische kenmerken, gedragsproblemen, ouderlijke stress en vrijetijdsbesteding.

C. Bij gezinnen die behandeld werden met MST bleek sprake van ongunstiger demografische kenmerken. Er waren meer risicofactoren aanwezig op kindniveau (meer jongens, een lager opleidingsniveau, allochtone afkomst en een geschiedenis van eerdere politiecontacten), op gezinsniveau (lager opgeleide ouders en een lagere sociaaleconomische status), en op omgevingsniveau (minder activiteiten in de vrije tijd). De ouders van de jongeren in de MST en de FFT groep rapporteerden evenveel gedragsproblematiek en ouderlijke stress, maar jongeren die FFT kregen, rapporteerden zelf meer gedragsproblematiek dan jongeren bij MST. Hoewel de ervaren gedragsproblematiek bij FFT jongeren groter is, komen in hun gezin en in hun vrijetijdsbesteding minder risicofactoren voor. De meest intensieve behandeling (MST) wordt dus ingezet voor de doelgroep met de meeste risicofactoren, hetgeen overeenkomt met het RNR model.

6. Onderzoek naar effectiviteit

6.1 Onderzoek in Nederland

Er zijn in Nederland twee onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van MST. Over het eerste onderzoek zijn meerdere publicaties verschenen, die gezamenlijk besproken worden:

A. - M. Dekovic, J.J. Asscher, W.A. Manders, P.J.M. Prins en P.H. van der Laan (2012).

- J.J. Asscher, M. Dekovic, W.A. Manders, P.H. van der Laan, P.J.M. Prins en Dutch MST cost-effectiveness study group (2013).

- W.A. Manders, M. Dekovic, J.J. Asscher, P.H. van der Laan en P.J.M. Prins (2013).

- J.J. Asscher, M. Dekovic, W. Manders, P.H. van der Laan, P.J.M. Prins, S. van Arum en Dutch MST cost-effectiveness study group (2014).

B. In deze gerandomiseerde studie (RCT) werden aan het begin, einde en zes maanden na afloop van de behandeling gegevens verzameld bij gezinnen die MST kregen en gezinnen die andere, reeds bestaande behandelingen kregen (TAU: Treatment As Usual). Op de drie meetmomenten werden verschillende vragenlijsten afgenomen bij zowel de ouders als de jongeren. Daarnaast werd gebruik gemaakt van observaties en werd maandelijks de behandelintegriteit van de therapeut gemeten middels telefonische interviews bij de ouders. Officiële recidivecijfers (gemiddeld ruim drie jaar na afloop van de behandeling) werden opgevraagd bij het Justitiële Documentatiesysteem.

C. In het onderzoek werden 256 gezinnen meegenomen (MST n=147; TAU n=109). MST leidde tot een verhoogd competentiegevoel en positieve disciplineren bij de ouders, een betere ouder-kind relatie en een grotere afname van het externaliserende probleemgedrag ten opzichte van TAU (effectsizes tussen 0.34 en 0.55). Wat betreft negatieve disciplineren werd geen significant verschil gevonden (effectsize -0.12). Doordat ouders zich competentier voelen, verbeteren hun opvoedvaardigheden, waardoor het probleemgedrag van de jongere vermindert.

MST is ook effectiever dan de controleconditie in het verminderen van Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis (ODD), Gedragsstoornis (Conduct Disorder - CD) en betrokkenheid bij vermogensdelicten (effectsizes tussen 0.25 en 0.36), maar niet effectiever in het verminderen van geweldsdelicten (effectsize 0.03). MST is effectiever in het veranderen van de omgang met prosociale leeftijdgenoten (effectsize 0.41), maar niet effectiever in het verminderen van contacten met deviante leeftijdgenoten (effectsize 0.05). Naast deze resultaten werden verschillende moderatoren van behandelresultaten onderzocht (leeftijd, geslacht, etniciteit en psychopathie), waarbij met name geslacht en psychopathie factoren zijn waarmee rekening gehouden moet worden in de behandeling.

De positieve effecten van MST houden volgens de ouderrapportages en zelfrapportages ook op lange termijn stand: de effecten waren zelfs groter zes maanden na behandeling dan direct na de behandeling. Gebaseerd op de gegevens van de gezinnen kan dus gesteld worden dat MST bewezen effectief is in Nederland.

De officiële recidivecijfers laten echter geen verschil zien tussen MST en TAU op lange termijn. Dit kan het gevolg zijn van een te kleine steekproef om kleine effecten te kunnen ontdekken. Zelfs de meest effectieve interventies bewerkstelligen slechts een bescheiden verschil met een controleconditie in geregistreerde recidive (5 tot 10%). Als er verschillen zijn tussen interventies, zullen deze dus klein zijn. Om een verschil van 10% in recidive betrouwbaar te kunnen meten, wordt een steekproefgrootte van 252 per groep geadviseerd (Wartna, 2005). Vervolgonderzoek hiernaar is dus gewenst.

A. C. Boonstra, C. Jonkman, D. Soeteman en J. van Busschbach (2009).

B. Door middel van dossieronderzoek en telefonische interviews werden begin 2008 gegevens verzameld bij gezinnen die MST hadden gehad bij de Viersprong tussen 2006 en 2008. Sociaaldemografische kenmerken en informatie over recidive, leefsituatie en dagbesteding werden in kaart gebracht.

C. 243 gezinnen werden benaderd, waarvan met een respons van 80% 194 gezinnen meegenomen konden worden in het onderzoek. Survivalanalyses van het begin van de behandeling tot twee jaar na afloop van de behandeling lieten zien dat de verwachte kans op recidive verminderde van 82% tot 49%. De verwachte kans op uithuisplaatsing verminderde van 83% tot 46% en de verwachte kans op schoolverzuim verminderde van 76% tot 24%. De onderzoekers concluderen dat MST een positief effect heeft op recidive, uithuisplaatsing en schoolverzuim en dat het effect stand lijkt te houden op de lange termijn.

6.2 Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Internationaal is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van MST. In een artikel van Henggeler (2011) wordt de ontwikkeling van MST beschreven van de beginfase tot nu, met daarbij een overzicht van de verschillende implementatie- en effectiviteitsstudies. De effectiviteit van MST is bewezen in zowel RCT's als quasi-experimentele onderzoeken: de gedragsproblematiek van de jongeren vermindert, het functioneren van de gezinnen verbetert, er is meer contact met prosociale leeftijdgenoten, recidive van ernstige delicten vermindert en het aantal uithuisplaatsingen neemt af. Deze positieve resultaten blijven ook op de lange termijn zichtbaar (tot zelfs 21 jaar na behandeling: Sawyer & Borduin, 2011).

In 2004 verscheen een meta-analyse van de tot dan toe gedane effectiviteitsstudies:

A. N. M. Curtis, K. R. Ronan en C. M. Borduin (2004).

B. In deze meta-analyse werden onderzoeken meegenomen waarin jongeren met antisociaal gedrag en/of psychiatrische symptomen random werden toegewezen aan MST of een controleconditie. Elf Amerikaanse studies werden geïnccludeerd.

C. De gemiddelde effectsize over alle uitkomstmaten en studies was 0.55; jongeren en gezinnen die MST hadden gehad, functioneerden beter dan 70% van de jongeren en gezinnen die een andere behandeling hadden gekregen. MST was effectiever in het verminderen van emotionele- en gedragsproblemen, verbeteren van gezinsrelaties, verminderen van agressie en omgang met negatieve leeftijdgenoten en afname in crimineel gedrag. Deze positieve resultaten bleven tot 4 jaar na de behandeling bestaan. Het behandeldeffect was het grootst voor gezinsrelaties (effectsize 0.76), hetgeen overeenkomt met de in hoofdstuk 3 beschreven theorie van verandering.

De effectiviteit van MST is in Amerikaans onderzoek dus herhaaldelijk aangetoond. In 2005 echter was naar aanleiding van een nieuw review-artikel internationaal kritiek op het effectiviteitsonderzoek naar MST, onder andere omdat de ontwikkelaars zelf teveel bij de gedane onderzoeken betrokken zouden zijn geweest. Ook werden onder meer vraagtekens gezet bij de gebruikte randomisatieprocedures. Hieronder worden de resultaten van deze studie weergegeven:

A. J. H. Littell, M. Campbell, S. Green en B. Toews (2005).

B. In deze review werden onderzoeken opgenomen naar jongeren (10-17 jaar) die vanwege sociale, emotionele en/of gedragsproblemen gerandomiseerd waren naar MST of een controlebehandeling. Van de 35 studies werden er 8 geïnccludeerd uit verschillende landen: Verenigde Staten, Canada en Noorwegen.

C. Hoewel er een trend was naar positievere resultaten bij MST, werden geen significante verschillen gevonden tussen MST en de controleconditie wat betreft recidive en uithuisplaatsingen. Vanwege de inconsistente resultaten van de verschillende studies, kan volgens de onderzoekers niet met zekerheid gesteld worden dat MST beter werkt dan andere behandelingen voor deze doelgroep. Ze geven echter ook aan dat het ontbreken van significante verschillen veroorzaakt kan zijn door een powerprobleem en te grote verschillen tussen de geïnccludeerde studies uit de verschillende landen.

Hoewel de Amerikaanse evidentie zeer sterk is, zijn de resultaten in andere landen minder consistent. Hieruit blijkt dat onafhankelijk onderzoek naar de effectiviteit van MST van groot belang is. Na de review van Littell en collega's zijn meerdere geheel onafhankelijke onderzoeken uitgevoerd met hoge bewijskracht, waaronder de eerder beschreven Nederlandse RCT en een RCT in Engeland. We rapporteren de Engelse studie, omdat dit de enige is (niet geïnccludeerd in de eerdere reviews) met een lange termijn follow-up:

A. S. Butler, G. Baruch, N. Hickey en P. Fonagy (2011).

B. In deze gerandomiseerde studie werden gezinnen toegewezen aan MST of een controlebehandeling speciaal gericht op

jeugdige delinquenten. Aan het begin en einde van de behandeling werden bij de jongere en de ouders vragenlijsten afgenomen over antisociaal gedrag, cognities, persoonlijkheidsfunctioneren en opvoedingsvaardigheden. Daarnaast werden elke zes maanden, tot achttien maanden na de behandeling, politiegegevens opgevraagd over delinquent gedrag. C. Aan het onderzoek namen 108 gezinnen deel (MST n=56; controle n = 52). MST was succesvoller dan de controlebehandeling in het terugdringen van delinquent gedrag, zowel volgens de politiegegevens als volgens de jongeren en de ouders zelf. Ook was er in de MST-groep een grotere verbetering in het persoonlijkheidsfunctioneren van de jongeren en de opvoedvaardigheden van de ouders.

De officiële recidive achttien maanden na de behandeling was 8% bij de jongeren in de MST-groep versus 34% in de controlegroep. Ook op lange termijn werd dus een significant positief effect gevonden van MST op recidive.

In 2014 is een nieuwe meta-analyse verschenen over de effectiviteit van MST, waarin alle effectiviteitsstudies tot en met 2012 zijn meegenomen:

A. T. van der Stouwe, J. J. Asscher, G. J. J. M. Stams, M. Dekovic en P. H. van der Laan (2014).

B. In deze meta-analyse werden alle onderzoeken meegenomen waarin jongeren met antisociaal en/of delinquent gedrag werden toegewezen aan MST of een controlegroep. Dit resulteerde in 22 onafhankelijke steekproeven in de periode 1985-2012.

C. In totaal werden 1890 jongeren die MST kregen, vergeleken met 1835 jongeren die een andere behandeling kregen. MST liet, vergeleken met de controlebehandelingen, kleine maar significante effecten zien in het verminderen van recidive, uithuisplaatsing, ernstige gedragsproblemen, gezinsproblematiek, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden (effectsizes tussen 0.14 en 0.29).

Verskillende factoren bleken de behandeluitkomsten te beïnvloeden: MST is met name effectief in het verminderen van recidive bij jongeren onder de 15 jaar 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 ouders na de behandeling meer verbetering laten zien in hun opvoedvaardigheden.

Deze meta-analyse stelt de resultaten van de meta-analyse van Littell (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, hangt samen met de gevonden behandel-effecten. Ook de gebruikte vergelijkingsgroep is van invloed op de resultaten: Het effect is groter wanneer de controlebehandeling 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.

7. Overige informatie

7.1 Ontwikkeld door

MST-Nederland
Zuidhaven 9-11
4761 CR Zevenbergen
info@mst-nederland.nl
www.mst-nederland.nl

Contactpersoon: Ingrid Roelvink (directeur MST-Nederland)
e-mail: info@mst-nederland.nl
telefoon: 076 2100 112

7.2 Websites

www.multisysteemtherapie.nl

8. Aangehaalde literatuur

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

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., Dekovic, 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., Dekovic, 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*, published online. DOI 10.1007/s11292-013-9198-8.
- Bartelink, C., Ten Berge, I., & Van Vianen, R. (2015). *Richtlijn Uithuisplaatsing*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, 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.
- Berger, M., & Boendermaker, L. (2003). *Multisysteembehandeling in Nederland - Voorstel voor de introductie van MST*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- 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.
- Boonstra, C., Jonkman, C., Soeteman, D. I., & Van Busschbach J. J. (2009). Multi Systeem Therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren: twee jaar follow-up studie. *Systeemtherapie*, 21, 94-105.
- 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, 440-452.
- Butler, S., Baruch, G., Hickey, N., & Fonagy, P. (2011). A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 1220-1235.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 107-157.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). *Jaarrapport 2013. Landelijke jeugdmonitor*. Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R., & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic Treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.
- Dekovic, 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.
- De Lange, M., Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2014). *Richtlijn ernstige gedragsproblemen*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Diamantopoulou, S., Verhulst, F. C., & Van der Ende, J. (2010). Testing developmental pathways to antisocial personality problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 91-103.
- Elliott, D. S. (1994). Serious violent offenders: Onset, developmental course, and termination. *Criminology*, 32, 1-21.
- Goei, L.S. & Kleijnen, R. (2009). *Literatuurstudie Onderwijsraad 'Omgang met zorgleerlingen met gedragsproblemen'*. Zwolle: Windesheim.
- Hendriks, M. E. D., Lange, A. M. C., Boonstoppel-Boender, M., & Van der Rijken, R. E. A. (2014). Functional Family Therapy en Multi Systeem Therapie: Een vergelijking van doelgroepen. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 53, 355-366.
- 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). *Multisysteem therapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hoge, R. D., Guerra, N. G., & Boxer, P. (Red). (2008). *Treating the juvenile offender*. New York: Guilford Press.
- Kretschmer, T., Hickman, M., Doerner, R., Emond, A., Lewis, G., Macleod, J., Maughan, B., Munafo, M.R., & Heron, J. (2013). Outcomes of childhood conduct problem trajectories in early adulthood: Findings from the ALSPAC study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, DOI:10.1007/s00787-013-0488-5.
- 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*, Issue 4, Art. No.: CD004797. DOI: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.
- Loeber, R., 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: Erlbaum.

Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W. B., & Maughan, B. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development & Psychopathology*, 5, 103-133.

Manders, W. A., Dekovic, M., Asscher, J. J., Van der Laan, P. H., & Prins, P. J. M. (2011). De implementatie van Multisysteem Therapie in Nederland: de invloed van behandelintegriteit en nonspecifieke factoren op behandeluitkomsten. *Gedragstherapie*, 44, 327-340.

Manders, W. A., Dekovic, M., Asscher, J. J., Van der Laan, P. H., & Prins, P. J. M. (2013). Psychopathy as predictor and moderator of Multisystemic Therapy outcomes among adolescents treated for antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 1121-1132.

Meij, H., & Boendermaker, L. (2008). Oorzaken en achtergronden van een problematische ontwikkeling. Nederlands Jeugdinstituut.

MST-Nederland. (2013). Handleiding programma-managers.

MST-Services. (2003). Making the paperwork work for you: A step-by-step guide to completing the documentation used in MST supervision and consultation. MST-Services, Intern document.

MST-Services. (2004). Multisystemic Therapy: An introductory training. MST-Services, Intern document.

Murrihy, R., Kidman, A., & Ollendick, T. (2010). *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*. New York: Springer.

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). Gedragsstoornissen. Verkregen op 12 februari 2014 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/gedragsstoornissen/>.

Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving & Vrije Universiteit Amsterdam. (2013). Vallen en opstaan. Verkregen op 12 februari 2015 via <http://www.nscr.nl/index.php/nl/nieuws-nscr/1549-vaak-problemen-na-verblijf-in-justitie-jeugdinstelling>.

Oudhof, M., Ten Berge, I., & Berger, M. (2009). Checklist MST/FFT. Een indicatie-instrument voor MST en FFT in de vorm van een checklist. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut.

Peeters, J. (2003). Antisociale jongeren. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Piquero, A. E., Farrington, D. P., Nagin, D. S., & Moffitt, T. E. (2010). Trajectories of offending and their relation to life failure in late middle age: Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47, 151-173.

Praktikon/MST-NL. (2012). Sociaal Demografische Informatie. Ongepubliceerde vragenlijst.

Sawyer, A. M., & Borduin, C. M. (2011). Effects of Multisystemic Therapy 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.

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.

Sams, G. J. (2011). Het recht van de zwakste: De forensische jeugdzorg in orthopedagogisch perspectief. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50, 243-257.

Thornberry, T. P., & Krohn, M. D. (Eds.). (2003). *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies*. New York: Kluwer/Plenum.

Van Arum, S. (2008). Multisystemic therapie - Doen wat nodig is. In: C. J. A. Roosen, A. Savenije, A. Kolman, & R. Beunderman. *Adolescenten en Respect*. Assen: Van Gorcum.

Van der Laan, A., Slotboom, A-M. & Sams, G. J. (2010). Wat werkt? Bijdrage aan het terugdringen van recidive. In P. J. van Koppen, H. Merckelbach, M. Jellicic & J. W. Keijser (Red.), *Reizen met mijn rechter*. Psychologie van het recht (pp. 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 Ploeg, J. D. (2003). *Knelpunten in de jeugdzorg*. Nieuwegein: Hentenaar Boek BV.

Van der Veldt, M. C. A. E., & Van Leeuwen, E. (2004). Inzicht in OTS, uitzicht op MST. Civielrechtelijke geplaatste jongeren als mogelijke doelgroep voor MultiSysteem Therapie. Een verkennend onderzoek. Utrecht: NIZW/PI-research.

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

Van Yperen, T. A. (2001). Antisociaal gedrag en jeugddelinquentie: valt er wat te keren? *Kind en Adolescent*, 22, 213-222.

Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J. W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL)*. Handleiding. Nijmegen: Praktikon.

Wagner, D. V., Borduin, C. M., Sawyer, A. M., & Dopp, A. R. (2014). Long-term prevention of criminality in siblings of serious and violent juvenile offenders: A 25-year follow-up to a randomized clinical trial of Multisystemic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 492-499.

Wartna, B. S. J. (2005). Evaluatie van daderprogramma's. Een wegwijzer voor onderzoek naar de effecten van strafrechtelijke interventies speciaal gericht op het terugdringen van recidive. Den Haag: WODC.

Washington State Institute for Public Policy. (2014). Benefit-cost results. Verkregen op 12 februari 2015 via <http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost?topicId=1>.

Wilpert, J., Van Horn, J., & Van der Rijken, R. (2013). Tolken bij Multi Systeem Therapie (MST): barrière of brug? *Kind en Adolescent*, 34, 208-220.

WODC (2011). Jeugdcriminaliteit in de periode 1996-2010.

Deze informatie is op 16 augustus 2018 gedownload van www.nji.nl.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

