

De implementatie van MDFT bij Spirit in Amsterdam

procesevaluatie over de periode 2010-2011

Author(s)

Boendermaker, Leonieke; Boomkens, Cynthia; Goense, Pauline; Steffens, Harriët

Publication date

2012

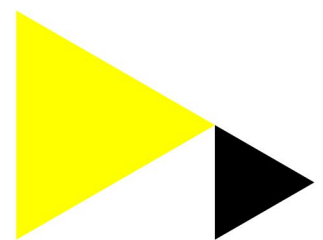
Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Boendermaker, L., Boomkens, C., Goense, P., & Steffens, H. (2012).
*De implementatie van MDFT bij Spirit in Amsterdam: procesevaluatie
over de periode 2010-2011.*

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please contact the library: <https://www.amsterdamuas.com/library/contact>, or send a letter to: University Library (Library of the University of Amsterdam and Amsterdam University of Applied Sciences), Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

DE IMPLEMENTATIE VAN MDFT BIJ SPIRIT IN AMSTERDAM

PROCESEVALUATIE OVER DE PERIODE 2010-2011

KENNISCENTRUM MAATSCHAPPIJ EN RECHT

LECTORAAT IMPLEMENTATIE IN DE JEUGDZORG

CREATING TOMORROW

Leonieke Boendermaker
Cynthia Boomkens
Pauline Goense
Harriët Steffens



COLOFON

Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met Spirit, Amsterdam.

Het lectoraat Implementatie in de Jeugdzorg ontwikkelt en onderzoekt in samenwerking met jeugdzorginstellingen manieren om interventies te implementeren en de uitvoering ervan op de werkvloer te ondersteunen.

Auteurs

Leonieke Boendermaker
Cynthia Boomkens
Pauline Goense
Harriët Steffens

© Hogeschool van Amsterdam
Juni 2012

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Lectoraat Implementatie in de Jeugdzorg

Kenniscentrum Maatschappij en Recht
Wibautstraat 80-86
Postbus 1025
1000 BA Amsterdam
T 020 548 82 91
www.hva.nl/jeugdzorg

SAMENVATTING

Spirit heeft begin 2010 een nieuwe interventie aan het zorgaanbod toegevoegd: multidimensional family therapy (MDFT). MDFT is een intensieve gezinsinterventie voor jongeren met verslavingsproblemen en andere externaliserende en internaliserende problematiek en hun ouders/gezinnen. Dit rapport bevat informatie over de proces-evaluatie van de invoering en de uitvoering van MDFT. De onderzoeksvragen hebben betrekking op het implementatieproces (invoeringsstrategieën), de bereikte doelgroep, de uitvoering van MDFT, de ervaringen met de ondersteuning van de MDFT-therapeuten (borgingsstrategieën) en de beoordeling van de hulp door cliënten (cliënttevredenheid).

Het implementatieproces

Spirit werkt samen met de jeugd-ggz instelling Arkin om MDFT aan te kunnen bieden.

De keuze om met MDFT te starten is gemaakt op basis van een grondige voorbereidingsfase waarin kenmerken van de interventie, de vereisten voor personeel, de organisatie en de financiën in kaart zijn gebracht (determinanten-analyse). Op basis daarvan zijn strategieën gekozen om informatie over MDFT te verspreiden, medewerkers de nieuwe werkwijze te doen adopteren, de interventie in te voeren en te borgen.

De gegevensverzameling voor dit onderzoek is eind 2011 afgerond. Per 1 januari 2012 kent Spirit een nieuwe organisatiestructuur met wijk- en streekteams waarin jeugdmaatschappelijk werkers werken, die specialistische hulp kunnen inzetten. MDFT is een voorbeeld van een specialistische interventie. Ook in de 'oude' situatie was MDFT één van de specialistische interventies, waar vanuit de verschillende regio's die Spirit kende, een beroep op gedaan kon worden. In de 'oude' situatie bleek MDFT voldoende ingebed. Met de vorming van de nieuwe wijk- en streekteams is het zaak MDFT opnieuw en blijvend onder de aandacht te blijven brengen om die inbedding te kunnen laten bestaan.

Bereikte doelgroep

In 2010 en 2011 zijn er 80 jongeren bij MDFT aangemeld, 49 jongeren zijn gestart met MDFT, 21 cases zijn afgewezen en 10 kwamen op de wachtlijst. De behandelduur van cliënten waarbij MDFT in 2010 of 2011 is afgesloten ligt gemiddeld op 37 weken en is daarmee langer dan de verwachte duur van vier tot zes maanden (16 tot 24 weken).

MDFT is ontwikkeld en ook op effectiviteit onderzocht voor cliënten met problemen met middelengebruik (voornamelijk cannabis). De Nederlandse variant van MDFT stelt in de doelgroep beschrijving het middelengebruik minder centraal. De doelgroep in Nederland wijkt daardoor af van die waar de interventie voor ontwikkeld en onderzocht is. Als er wordt uitgegaan van de Nederlandse indicatie-criteria voldoen alle cliënten die door Spirit bij MDFT zijn opgenomen aan de indicatie-eisen. Bij iets meer dan de helft (52%) van de jongeren die binnen Spirit het MDFT-traject heeft gevolgd is sprake (geweest) van problemen op dit gebied. Dit is een hoger percentage dan binnen andere onderdelen van Spirit het geval is (gemiddeld 21%).

Uitvoering van MDFT

MDFT is een multisysteem interventie waarin gewerkt wordt met drie fasen, elk met min of meer eigen technieken. MDFT maakt gebruik van planningsformulieren als instrument om therapeuten te helpen de MDFT-sessies gericht uit te voeren en zich op meerdere domeinen te richten. Op dit moment worden de formulieren niet standaard gebruikt. Therapeuten grijpen op moeilijke momenten naar de formulieren om hun gedachten te ordenen en sessies te sturen. Het uitgangspunt de formulieren altijd te gebruiken, zodat het een weinig tijdrovende routine wordt die veel informatie oplevert en supervisie en teambesprekingen vergemakkelijkt is nog geen gemeengoed.

Op basis van de formulieren die wél zijn ingevuld kan geconcludeerd worden dat er vooral met ouders (moeders) en jongeren zelf gewerkt wordt. De uitvoering lijkt nog onvoldoende gericht op de systemen buiten de jongere en zijn/haar ouder(s).

Het feit dat de planningsformulieren niet standaard gebruikt worden doet afbreuk aan de voorgeschreven aanpak van MDFT. De verschillende feedbackmomenten voor medewerkers kunnen daardoor minder goed gebruikt worden. Het is mogelijk dat dit mede ertoe bijdraagt dat de behandelduur langer is dan gebruikelijk.

Ondersteuning van de uitvoering

De belangrijkste vorm van ondersteuning, de individuele supervisie, wordt toegepast. De frequentie is door tijdgebrek lager dan in de handleiding wordt voorgeschreven en de verschillende vormen (live supervisie, dvd supervisie) worden veel minder vaak toegepast dan de bedoeling is. Teamvergaderingen, intervisie en casuïstiekbesprekingen worden georganiseerd, maar ook in een wat lagere frequentie dan in de handleidingen wordt aangeraden.

Of hier een direct verband is met de gemiddeld langere duur van MDFT is niet direct vast te stellen, maar het is een feit dat de ondersteuningsstructuur van MDFT nog niet optimaal wordt gebruikt.

Het werken met supervisie, die gericht is op de kwaliteit van de uitvoering is nieuw in de jeugdzorg en wordt tot nu toe alleen gebruikt bij *evidence based* interventies die elders zijn ontwikkeld en hier geïmplementeerd worden. Het is voor therapeuten dan ook wennen, voor de één meer dan voor de ander. Over het geheel genomen zijn de therapeuten echter tevreden met de supervisie en waarderen het feit dat zij zo steeds bezig zijn met professionalisering. Zij krijgen zo handvatten om hun werk nog beter te doen.

Voor wat betreft de ondersteuning door de MDFT-academie is men inhoudelijk gesproken heel positief, maar over de daadwerkelijke beschikbaarheid van de ondersteuning en de organisatie als geheel is men minder positief. Het lijkt erop dat zowel de MDFT-academie als de teamleden zelf veel moeten doen in relatief weinig tijd, waardoor de afgesproken frequentie van ondersteuningsactiviteiten in de praktijk niet haalbaar is.

Uitkomsten

Er zijn geen gegevens over de uitkomsten van MDFT beschikbaar. Door allerlei omstandigheden zijn therapeuten er niet toe gekomen om als onderdeel van de eerste en laatste fase van MDFT, vragenlijsten

(NOSI, YSR en CRAFFT) in te vullen met cliënten. Systematische bespreking van de uitkomsten met cliënten en teamleden is nu niet mogelijk en wel gewenst.

In 2010 en 2011 ontvingen 49 cliënten hulp van MDFT en werden 32 cases afgesloten. Van de helft van deze cases (16) is informatie uit de exit-vragenlijst beschikbaar en jongeren en ouders zijn geïnterviewd rond 14 cases. Er is daarmee *van een deel van de cliënten* bekend hoe zij MDFT beoordelen. Dit deel van de cliënten is tevreden over de hulp die zij hebben ontvangen. Er is geen verschil in tevredenheid gevonden tussen ouders en jongeren. Dit komt overeen met de uitkomsten in ander onderzoek. Ook demografische kenmerken van cliënten blijken niet samen te hangen met cliënttevredenheid.

De cliënten van MDFT bij Spirit hebben een goede werkrelatie met hun therapeut bij de afsluiting van MDFT en zijn tevreden over hun therapeut. Cliënten duiden hun therapeut aan als vriendelijk, betrokken, goed luisterend en betrouwbaar. De meeste cliënten vinden dat hun therapeut over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om hen goed te kunnen helpen.

Zij stellen ook dat de door hen gestelde doelen (gedragsverandering bij de jongere, verbeteren opvoedingsvaardigheden van ouders en verbeteren van de gezinsrelaties) grotendeels behaald zijn.

INHOUD

1	INLEIDING	9
1.1	Spirit en MDFT	9
1.2	Implementatie	11
1.4	Opbouw van het rapport	14
2	OPZET VAN HET ONDERZOEK	16
2.1	Onderzoeksvragen	16
2.2	Aanpak van het onderzoek	17
3	MDFT	21
3.1	De doelgroep van MDFT	21
3.2	De theoretische achtergrond van MDFT	21
3.3	Aanpak binnen MDFT	22
3.4	De effectiviteit van MDFT	23
3.5	Ondersteuning bij de uitvoering van MDFT	24
4	HET IMPLEMENTATIEPROCES	26
4.1	Vorbereiding van de invoering van MDFT	26
4.2	Positionering en inbedding van MDFT	28
4.2	De vorming van het team	29
4.3	Toeleiding en/of selectie en instroom van cliënten	29
4.4	Gehanteerde implementatiestrategieën	30
4.5	Tot slot	32
5	DE CLIËNTEN VAN MDFT	34
5.1	Achtergrondkenmerken	34
5.2	Problemen van de jongeren	35
5.3	Problemen in opvoeding en ouderschap	37
5.4	Problemen in het gezin en het sociaal-maatschappelijk functioneren	39
5.5	Tot slot	40
6	DE UITVOERING VAN MDFT	41
6.2	Het plannen van de behandeling	42
6.3	Gebruik van MDFT technieken	44
6.4	Ingevulde planningsformulieren	46

6.5	Tot slot	53
7	INVOERING EN BORGING VAN MDFT	55
7.1	Training in MDFT	55
7.2	Therapie-assistent	57
7.3	Individuele supervisie	57
7.4	Zelfsupervisie	59
7.5	Intervisie en casuïstiek.....	60
7.6	Thema's in de supervisie	60
7.7	Eisen aan de supervisor	61
7.8	Ondersteuning door de MDFT-academie	62
7.9	Tot slot	62
8	TEVREDENHEID VAN CLIËNTEN VAN MDFT	64
8.1	Interviews met jongeren en ouders	64
8.2	Exit-vragenlijsten	70
8.3	Tot slot	72
9	CONCLUSIES EN DISCUSSIE.....	75
	LITERATUUR	81
BIJLAGE 1	TABELLEN	85
BIJLAGE 2	MDFT-INTERVENTIES	87

VOORWOORD

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de implementatie van Multidimensional Family Therapy (MDFT) bij Spirit jeugd en opvoedhulp in de regio Amsterdam. In 2010 is bij Spirit een nieuwe interventie aan het zorgaanbod toegevoegd: MDFT. In dit rapport komt de eerste twee jaar van de uitvoering van deze nieuwe interventie aan de orde.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de inzet en medewerking van de teamleden van het MDFT-team bij Spirit: heel erg bedankt voor jullie bereidheid tijd vrij te maken voor uitleg en interviews! Ook zijn we dank verschuldigd aan 29 ouders en jongeren die bereid waren te vertellen over hun ervaringen met MDFT. Zonder hen had een belangrijk deel van het onderzoek niet plaats kunnen vinden.

Dit onderzoek is uitgevoerd door medewerkers van het Lectoraat implementatie in de jeugdzorg van de Hogeschool van Amsterdam. Buiten de auteurs van dit rapport hebben ook verschillende studenten voor korte of langere tijd aan het onderzoek meegewerkt. Philip Koole versterkte het onderzoeksteam in het studiejaar 2011-2012 in het kader van de derdejaars-stage Toegepaste Psychologie. Angela Badloe, Esra Gokcelik en Samantha Bastiaens werkten in het studiejaar 2011-2012 mee aan het onderzoek in het kader van de externe opdracht binnen de Minor Jeugdzorg.

Amsterdam, juni 2012,
Het onderzoeksteam

1 INLEIDING

In dit rapport doen we verslag van een onderzoek naar de implementatie van MDFT bij Spirit, een organisatie voor jeugd en opvoedhulp in de regio Amsterdam. Spirit is in februari 2010 van start gegaan met het aanbieden van deze interventie en wilde de implementatie van de nieuwe interventie graag volgen met onderzoek. In diezelfde tijd ging het Lectoraat implementatie in de jeugdzorg bij de Hogeschool van Amsterdam van start.

Spirit heeft contact gezocht om gezamenlijk aan de slag te gaan met een onderzoek naar de implementatie van MDFT. In dit inleidende hoofdstuk schetsen we de aanleiding en het theoretisch kader van het onderzoek. Eerst komen de organisatie Spirit en de interventie MDFT (kort) aan de orde. Daarna besteden we aandacht aan het thema implementatie: waarom is dit binnen de jeugdzorg van belang en wat wordt eronder verstaan? Tot slot gaan we in op de opbouw van dit rapport.

1.1 Spirit en MDFT

Spirit is een organisatie voor jeugd en opvoedhulp met de hele Stadsregio Amsterdam als werkgebied.¹ De organisatie biedt hulp aan jeugdigen van 0 tot 23 jaar en hun gezinnen.

De hulpverlening is gericht op het stimuleren van zelfstandigheid van de cliënten. De voorkeur gaat uit naar het bieden van hulp in de leefomgeving van de cliënt, mits de veiligheid van de jeugdige gewaarborgd is.²

Het zorgaanbod van Spirit wordt sinds 1-1-2012 door de hele regio aangeboden door wijkteams (stad Amsterdam) en streekteams (buiten de stad Amsterdam). De jeugdmaatschappelijk werkers uit de wijk- en streekteams bieden hulp op scholen en in gezinnen. Indien nodig kunnen zij gespecialiseerde zorg inschakelen. MDFT is een interventie die als gespecialiseerde zorg in gezinnen kan worden ingezet. Daarnaast biedt Spirit hulp in (residentiële) behandelcentra. In de onderzoeksperiode was het zorgaanbod van Spirit georganiseerd in negen regio's. Ook toen was het MDFT-team niet verbonden aan een bepaalde regio, maar kon als gespecialiseerd aanbod ingezet worden op alle locaties.

Spirit is per 1 februari 2010 met de uitvoering van MDFT begonnen. Er is met MDFT gestart nadat uit de interne evaluaties die de organisatie uitvoert (de zgn. methoden-evaluaties), bleek dat het beschikbare hulpaanbod onvoldoende mogelijkheden bood om jongeren met een combinatie van ernstig gedragsproblemen en verslavingsproblematiek te helpen (Den Dolder, 2010).

¹ Spirit is werkzaam in de Stadsregio Amsterdam. Hieronder vallen de gemeenten Aalsmeer, Amstelveen, Amsterdam, Beemster, Diemen, Edam-Volendam, Haarlemmermeer, Landsmeer, Oostzaan, Ouder-Amstel, Purmerend, Uithoorn, Waterland, Wormerland, Zaanstad en Zeevang.

² www.spirit.nl

MDFT

MDFT is een van oorsprong Amerikaanse, *evidence based* interventie voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar met ernstige gedragsproblemen (antisociaal en delinquent gedrag), persoonlijke en ontwikkelingsproblemen, gecombineerd met riskant alcohol- en drugsgebruik (Liddle, 2002). Ernstige gedragsproblemen in combinatie met alcohol- en druggebruik kunnen ontstaan én blijven voortbestaan door een scala aan factoren. Dit zijn zowel factoren in de jeugdige zelf, bij de ouders en in het gezin, als in de verdere omgeving (vrienden, school, werk, vrije tijd). MDFT richt zich daarom niet alleen op de jeugdige en de ouders, maar ook op de andere systemen rond de jeugdige. Het biedt daarmee een multisysteem aanpak (Hogue, Dauber, Stambaugh, Cecero, & Liddle, 2006; Rigter et al., 2010). De MDFT-therapeut brengt de risico- en beschermende factoren in kaart die bij de jeugdige, de ouders, binnen het gezin en/of in de omgeving een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van de problemen. Aan de hand daarvan wordt met de gezinsleden bepaald waar de hulp zich op richt. Daarnaast heeft de hulpverlener contact met personen en instanties uit de omgeving van de jeugdige en het gezin, zoals de school, de schuldhulpverlening en familieleden (Hogue et al., 2006). De hulpverleners van MDFT maken gebruik van uiteenlopende instrumenten en technieken waaronder motiveringstechnieken en gesprekken of oefeningen en rollenspel gericht op het trainen van jongeren en/of ouders in agressieregulatie, probleemoplossende en communicatieve vaardigheden. De organisatie van MDFT kan per instelling verschillen. Zo kan de duur en intensiteit van een MDFT-traject verschillen, de organisatie kan anders zijn (binnen een residentiële instelling of ambulante hulp), de therapeutische middelen kunnen verschillen (het al dan niet gebruiken van drugstesten) en het aantal en type hulpverleners (naast de therapeuten kan er bijvoorbeeld ook gewerkt worden met therapie-assistenten) (Liddle, 2002).

Eind 2011 bestaat het MDFT-team van Spirit uit vijf MDFT-therapeuten, een supervisor en een coördinator. Bij de start bestond het team uit vier therapeuten. De opleiding van MDFT-therapeuten vindt, na een korte training, vooral *'on the job'* plaats. In het eerste jaar (februari 2010 – februari 2011) zijn teamleden in opleiding. Er wordt dan niet alleen supervisie gegeven door de eigen supervisor, maar ook door de opleiders van de MDFT-academie. Daarna volgt een basis-certificering met het 'A certificaat' van de MDFT opleiding. Na drie jaar kan het team het 'B-certificaat' halen en is er sprake van volledige certificering.

Een MDFT-therapeut die vier dagen per week werkt, kan vijf tot zes gezinnen gelijktijdig in behandeling hebben. Met een team van vier therapeuten kan Spirit zo'n 48 gezinnen per jaar behandelen. In het eerste (opleidings) jaar behandelt een team ongeveer de helft van dit aantal cases.

Spirit werkt in de uitvoering van MDFT samen met Arkin, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Amsterdam. Bij Arkin is ook een team MDFT-therapeuten werkzaam. Vanwege de bekostiging vanuit de AWBZ, wordt MDFT doorgaans aangeboden in instellingen voor jeugd-GGZ. Er zijn enkele teams in justitiële jeugdinrichtingen en andere residentiële instellingen voor jongeren met gedragsstoornissen. Met de start van een eigen MDFT-team – in samenwerking met Arkin - wil Spirit dit type gespecialiseerde zorg beter toegankelijk maken voor jeugdzorgcliënten. De verwachting is dat er bij

Spirit vooral cliënten instromen waarbij de gedragsproblematiek op de voorgrond staat. Bij Arkin is de verwachting dat het gaat om cliënten waar de verslavingsproblemen de boventoon voeren.

1.2 Implementatie

Spirit wilde de implementatie van MDFT graag vanaf het begin volgen. Men was nieuwsgierig naar de instroom van cliënten, de uitvoering, de ervaringen van de MDFT-therapeuten en de resultaten van de hulp.

De vraag van Spirit om onderzoek naar de implementatie van MDFT past binnen de ontwikkelingen in de jeugdzorg. In de afgelopen tien jaar is binnen de jeugdzorg sprake van een toenemende aandacht voor de kwaliteit en effectiviteit van de zorg. De aandacht richtte zich eerst vooral op het in kaart brengen van de effectiviteit van interventies (Yperen, 2010). De laatste paar jaar is daar de aandacht voor een goede implementatie en uitvoering van interventies bijgekomen. Onderzoekers op het terrein van de behandeling van gedetineerden wezen ruim tien jaar geleden al op het feit dat implementatie een *forgotten issue* is en veel meer aandacht behoeft (Gendreau, Goggin, & Smith, 1999).

Wetenschappelijke publicaties over de effecten van interventies besteden weinig aandacht aan de mate van implementatie van interventies (Perepletchikova, 2007). In de dagelijkse praktijk is er vooral binnen de goed onderzochte (veelal uit het buitenland afkomstige) *evidence based* interventies aandacht voor implementatie en de uitvoering op de werkvloer.

Een goede uitvoering van een interventies wordt in de wetenschappelijke literatuur aangeduid met de term *treatment fidelity* (getrouwheid) of *treatment integrity* (integriteit). In beide gevallen gaat het om het uitvoeren van een interventie met de inhoud, duur, frequentie én het bereik (de doelgroep) zoals deze is ontwikkeld en (bij *evidence based* interventies) op effectiviteit onderzocht (Carroll et al., 2007).

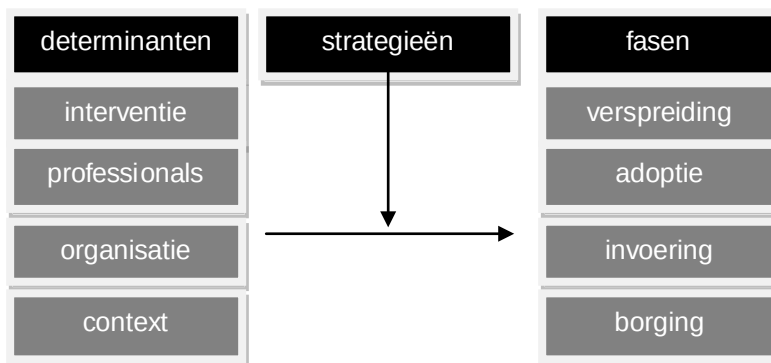
Verschillende onderzoekers richten zich op de vraag óf hogere behandeltrouw leidt tot betere uitkomsten. Dat is onderzocht en het geval bij MST (Schoenwald, Chapman, Sheidow, & Carter, 2009), bij cognitieve gedragstherapie én bij MDFT (Hogue et al., 2008).

Het proces van implementatie

Of een interventie met voldoende behandeltrouw en behandelintegriteit wordt uitgevoerd blijkt van veel factoren afhankelijk (Stals, Yperen, Reith, & Stams, 2008). Er zijn de afgelopen jaren verschillende overzichtsstudies verschenen over implementatieprocessen in de jeugdzorg (Bijl, Eenshuistra, & Campbell, 2011; Mikolajczak, Stals, Fleuren, Wilde, & Paulussen, 2009; Stals et al., 2008; Vosters & Vogelvang, 2010). Daarbij is onder meer gebruik gemaakt van modellen in de gezondheidszorg (Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2004; Greenhalgh et al., 2005; Grol & Wensing, 2010). Hoewel er verschillende termen gebruikt worden, zijn de factoren die onderscheiden worden in alle modellen min of meer gelijk. Een overzichtelijk en bruikbaar model voor de invoering van interventies is het model van (Fleuren et al., 2004). Dit model (figuur 1) is gebaseerd op literatuuronderzoek en onderzoek onder professionals en is in uiteenlopende implementatieprocessen (vooral in de jeugdgezondheidszorg) behulpzaam gebleken. In dit

model worden er vier fasen onderscheiden in een implementatieproces. Het gaat om de fase van verspreiding, adoptie, invoering en borging. Beroepskrachten die met een interventie gaan werken moeten kennis nemen van de interventie (verspreiding), bereid zijn ermee te gaan werken (adoptie) en er daadwerkelijk mee aan de slag gaan (invoering). Daarnaast moeten de uitvoering en het onderhoud van de interventie verankerd worden in de organisatie (borging). Onderzoek naar implementatieprocessen laat overigens zien dat deze fasen lang niet altijd na elkaar doorlopen worden (Fleuren et al., 2004; Fleuren & Jong, 2006; Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2010; Stals et al., 2008).

Figuur 1: Model voor de invoering van interventies.



Allerlei factoren beïnvloeden het verloop van deze fasen. Een gedegen planning van het proces om deze fasen te doorlopen is dan ook van belang, evenals het vooraf bedenken van strategieën om dat gedaan te krijgen (Bartholomew et al., 2006; Fleuren et al., 2004; Grol & Wensing, 2010). Er zijn verschillende typen factoren die het proces beïnvloeden, namelijk kenmerken van 1) de interventie, 2) van de professionals die de interventie gaan uitvoeren, 3) van de organisatie waarbinnen de interventie uitgevoerd wordt en 4) de context waarbinnen een organisatie functioneert. In de implementatieliteratuur worden dit determinanten genoemd. Wil men iets implementeren in een organisatie, dan is een analyse van die determinanten vooraf noodzakelijk. Het niet uitvoeren van een dergelijke analyse is de belangrijkste valkuil in veel implementatieprocessen (Durlak & DuPre, 2008; Fleuren et al., 2004; Fleuren et al., 2010). Fleuren et al. (2004, 2010) hebben op basis van de beschikbare literatuur en Delphi-onderzoek onder implementatiedeskundigen een checklist van 50 verschillende determinanten opgesteld, waarmee organisaties een implementatieproces kunnen voorbereiden. De mate waarin deze determinanten aan de orde zijn, maakt of de implementatie moeilijker of makkelijker zal verlopen. Voorbeelden van enkele determinanten uit deze lijst zijn ter illustratie opgenomen in tabel 1.

Tabel 1

Voorbeelden van enkele determinanten op basis van Fleuren et al. (2004 & 2010)

Soort determinant	Voorbeelden van determinanten
Kenmerken van de interventie	De mate waarin de interventie bestaat uit heldere procedures en stappen De mate waarin de interventie aansluit bij de bestaande werkwijze De mate waarin het mogelijk is om de interventie – zonder dat de effectiviteit verloren gaat – aan de eigen situatie aan te passen De mate waarin de interventie een relatief voordeel heeft voor de gebruikers (bijvoorbeeld gemak, tijdwinst of meer werkplezier) De mate waarin de interventie daadwerkelijk kan worden toegepast.
Kenmerken van de professionals	De mate waarin medewerkers de kennis en vaardigheden bezitten die nodig zijn om de interventies uit te voeren, De eigen-effectiviteitsverwachting (de mate waarin een medewerker zich in staat voelt om de interventies uit te voeren) De mate van overbelasting van medewerkers De mate waarin de interventie past bij de taakopvatting van de medewerker
Kenmerken van de organisatie	De omvang van de organisatie De besluitvormingsstructuur De samenwerking tussen afdelingen die bij de interventie betrokken zijn De personeelsbezetting De logistieke procedures
Kenmerken van de omgeving	De hoeveelheid tijd en geld die beschikbaar zijn voor de interventie De financiële middelen voor de sector, De mate waarin de interventie past binnen de bestaande wettelijke kaders Twijfel van cliënten aan de deskundigheid van de medewerkers

Strategieën voor implementatie

Na analyse van de verschillende determinanten is de keuze van implementatiestrategieën aan de orde. Die strategieën richten zich bijvoorbeeld op het verspreiden van informatie over de interventie, het 'meekrijgen' van mensen voor de invoering van de interventie, de aanpak van de training en opleiding, en de inrichting van het *support system* om de uitvoering te ondersteunen. Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat interactieve strategieën mensen eerder aanzetten tot verandering dan passieve strategieën. En een combinatie van strategieën leidt doorgaans sneller tot implementatie, dan een enkelvoudige strategie. (Fleuren et al., 2004; Grol & Wensing, 2010) Er zijn echter geen duidelijke aanwijzingen voor het bestaan van één 'beste' aanpak of strategie. Elke situatie is anders, en er zijn veel voorbeelden van strategieën beschreven, maar weinig zijn er (goed) onderzocht (Bartholomew et al., 2006; Fleuren et al., 2004; Grol & Wensing, 2010). In tabel 2 zijn enkele voorbeelden van mogelijke implementatiestrategieën opgenomen.

Tabel 2

Voorbeelden van enkele strategieën per fase van het implementatieproces (Grol & Wensing, 2010)

Fase in het implementatieproces	Mogelijke strategieën
Verspreiding	Via allerlei kanalen beknopte boodschappen verspreiden, benaderen van sleutelfiguren en netwerken Wervende brochure, persoonlijke benadering en uitleg, confrontatie met eigen handelen Bevorderen van concurrentie als prikkel tot bewustzijn Goede instructiematerialen, kernachtige boodschappen, informatie gebaseerd op problemen uit praktijk, regelmatige herhaling Eenvoudige methoden van zelftoetsing of onderlinge toetsing, feedback
Adoptie	Aanpassing innovatie aan wensen doelgroep, lokale discussie en consensus, weerstanden bespreken, goede wetenschappelijke argumentatie, inschakelen sleutelpersonen en opinieleiders Demonstratie van uitvoerbaarheid door collega's, inventariseren knelpunten en oplossingen zoeken, veranderplannen met haalbare doelen
Invoering	Reductie van (financiële) risico's van veranderen Extra middelen, ondersteuning, training van medewerkers, hulp bij herontwerp van zorgprocessen, inzet hulpkrachten of consultants Informatiematerialen voor patiënten/cliënten Invoeringsplan met haalbare doelen
Borging	Monitoring-, feedback- en remindersystemen, integratie in zorgplannen, -protocollen en -ketens Coaching van medewerkers, aansluiten bij omstandigheden en niveau van de gebruiker/medewerker Uitwisselen van ervaringen met de vernieuwing en mogelijkheden om van elkaars ervaringen te leren Voldoende middelen, steun van (top)management, organisatorische maatregelen, beloning, vergoeding voor bepaalde taken Inbouwen in contractuele afspraken

Implementatie van MDFT bij Spirit

De beschikbare kennis over implementatie maakt duidelijk dat er vier stappen onderscheiden kunnen worden in een implementatieproces (Grol & Wensing, 2010; Mikolajczak et al., 2009; Stals, Yperen, Reith, & Stams, 2009). Deze vier stappen zijn:

1. Bepalen van de beoogde resultaten van de ingevoerde vernieuwing;
2. Uitvoeren van een determinantenanalyse;
3. Selecteren van implementatie-strategieën;
4. Monitoren, evalueren en bijstellen van de implementatie.

Het uitvoeren van onderzoek naar de implementatie van MDFT bij Spirit vormt de vierde stap in het implementatieproces van MDFT: monitoren van de stand van de implementatie.

1.4 Opbouw van het rapport

In dit hoofdstuk is de context van het onderzoek geschetst. In hoofdstuk 2 wordt de opzet van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 3 beschrijven we MDFT meer in detail: de inhoud van de interventie, onderzoek naar de effectiviteit en de vereisten rond training en ondersteuning bij de uitvoering komen aan de orde. Vanaf hoofdstuk 4 rapporteren we onderzoeksuitkomsten. In hoofdstuk 4 komt het implementatieproces aan de orde: hoe is MDFT 'neergezet' binnen de organisatie? Hoofdstuk 5 gaat in op de cliënten die in 2010 en 2011 door MDFT behandeld zijn. In hoofdstuk 6 komt de uitvoering van

MDFT aan de orde. Hoofdstuk 7 besteedt aandacht aan de invoering en borging van MDFT en in hoofdstuk 8 wordt verslag gedaan van het cliënttevredenheidsonderzoek dat onder oud-cliënten van MDFT is verricht. De slotbeschouwing vormt het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 9).

2 OPZET VAN HET ONDERZOEK

In dit hoofdstuk komen de opzet en uitvoering van het onderzoek aan de orde.

2.1 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen zijn gericht op vier thema's: het implementatieproces, de uitvoering van MDFT, de ondersteuning van medewerkers bij de uitvoering en de uitkomsten van MDFT.

Implementatieproces

1. Welke keuzes zijn er door Spirit gemaakt om MDFT binnen de organisatie uit te kunnen voeren op het gebied van:
 - a. de positionering en inbedding in de organisatie,
 - b. de vorming van het team,
 - c. de scholing en training van de teamleden,
 - d. de toeleiding en/of selectie en instroom van cliënten?
2. Wat zijn de ervaringen van de teamleden van MDFT bij Spirit met de keuzes op bovenstaande punten?

Uitvoering

3. Komen de kenmerken van cliënten van het MDFT-team van Spirit overeen met die van de doelgroep zoals aangeduid door de ontwikkelaars van MDFT?
4. Op welke wijze komt het behandelplan voor cliënten tot stand?
5. Wat voor technieken en interventies zetten de MDFT-therapeuten in om de in het behandelplan gestelde doelen te bereiken?
6. Wat is de duur en de intensiteit van de behandeling door het MDFT-team?
7. Hoeveel cliënten / gezinnen stromen er jaarlijks in bij MDFT, hoeveel van deze gezinnen maken de behandeling al dan niet af en wat zijn de redenen daarvoor?

Ondersteuning van de uitvoering

8. Op welke manier vindt ondersteuning van de MDFT-therapeuten bij de uitvoering van hun werk plaats en hoe beoordelen de leden van het MDFT-team deze ondersteuning?
9. Op welke punten vergt het werk als MDFT-therapeut (naar de mening en ervaring van de leden van het MDFT-team) andere kennis, vaardigheden en een andere houding dan het werk in andere functies in de jeugdzorg in het algemeen en bij Spirit in het bijzonder?
10. Onder welke (organisatorische) randvoorwaarden vindt de uitvoering van MDFT bij Spirit plaats en hoe beoordelen de leden van het MDFT-team de randvoorwaarden?

Uitkomsten

11. Wat zijn de uitkomsten bij afsluiting van de hulp?
12. Hoe beoordelen cliënten (jongeren en ouders) de hulp die zij van MDFT ontvangen?

2.2 Aanpak van het onderzoek

Implementatieproces: onderzoeksvraag 1 en 2.

Om de vraag naar de door Spirit gehanteerde implementatie-strategieën, de vorming van het team en de scholing en training te beantwoorden is er op drie manieren informatie verzameld.

Ten eerste zijn de voorbereidingen voor de invoering van MDFT in kaart gebracht op basis van documentenanalyse. Aanvullende informatie is verkregen bij de beleidscoördinator effectieve jeugdzorg. Daarnaast zijn de coördinator en de supervisor van het MDFT-team geïnterviewd en zijn er vragen over de gehanteerde implementatie-strategieën opgenomen in de interviews aan MDFT-therapeuten (zie ook hieronder bij *uitvoering*).

Tot slot is er binnen de organisatie een vragenlijst gestuurd aan degenen die keuze maken cliënten al dan niet te verwijzen naar MDFT: de gedragswetenschappers. De lijst is verzonden aan de leden van de zgn. 'vakgroep gedragswetenschappers' (de 'vakgroep' is een overleg van gedragswetenschappers binnen Spirit). Omdat onduidelijk was, vanuit welke onderdelen van Spirit jongeren verwezen worden naar MDFT, is de lijst gestuurd aan alle 85 leden van de 'vakgroep' (inclusief beleidsmedewerkers). Gevraagd is de lijst in te vullen en te retourneren als men op één of andere manier met MDFT te maken had. Zeventien gedragswetenschappers hebben de vragenlijst ingevuld. Deze onderzoeksvragen komen in hoofdstuk 4 aan de orde.

Uitvoering van MDFT: onderzoeksvraag 3 (cliënten)

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag naar de kenmerken van cliënten van MDFT en de mate van overeenkomst met beoogde doelgroep, is gebruik gemaakt van informatie uit de dossiers van cliënten die in 2010 en 2011 bij MDFT zijn ingestroomd. De basis voor de dataverzameling wordt gevormd door de vragenlijst 'methode-evaluatie' van Spirit. Dit is een vragenlijst die de organisatie gebruikt om periodiek informatie over de doelgroep en de uitgevoerde zorg, te verzamelen en terug te koppelen in de teams. De MDFT-therapeuten hebben deze lijsten ingevuld voor cliënten die instroomden in 2010 (19). Een medewerker van het lectoraat heeft met dezelfde lijst gegevens verzameld voor de 27 ingestroomde cliënten in 2011.

Daarbij is gebruik gemaakt van informatie uit de dossiers van cliënten (gebruikt zijn: de casus-conceptualisatie, het verwijzingsformulier, casusanalyse, insluitingscriterialijst, indicatiebesluit en verslagen van psychologisch onderzoek). Omdat de dossierinformatie lang niet altijd volledig was, is voor de ontbrekende gegevens navraag gedaan bij de MDFT-therapeuten.

Deze gegevensverzameling is in het najaar van 2011 afgesloten. Er is informatie verzameld over 46 cliënten. Daarna zijn nog enkele nieuwe zaken van start gegaan. Op basis van de in- en uitstroominformatie van de coördinator van MDFT blijkt dat het in 2010 en 2011 in totaal ging om 49 cliënten.

Spirit heeft de 'methode-evaluaties' in 2010 en 2011 bij vrijwel alle interventies afgenomen. In totaal is er daarmee binnen Spirit informatie beschikbaar over 1029 cliënten. Dit biedt de mogelijkheid om de doelgroep van MDFT te vergelijken met de Spirit-doelgroep in het algemeen.

Naast de dossierinformatie was het de bedoeling gebruik te maken van de informatie uit drie vragenlijsten die de MDFT-therapeuten vanaf begin 2011 samen met ouders en jongeren invullen. Het gaat om de volgende instrumenten: de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI), die informatie bieden over de stress die ouders ervaren door problemen in de opvoeding (De Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992); de Child Behavior Checklist (CBCL), een vragenlijst voor ouders over gedrags- en emotionele problemen bij hun kinderen; de Youth Self Report (YSR), de versie van de CBCL voor jongeren zelf (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996, 1997) en de CRAFFT, een korte vragenlijst om middelengebruik van adolescenten in kaart te brengen (Knight, Sherritt, Shrier, Harris & Chang, 2002). Om allerlei redenen zijn deze lijsten niet door de MDFT-therapeuten met cliënten ingevuld waardoor geen gebruik gemaakt kan worden van deze informatie. Over de kenmerken van 46 cliënten uit 2010 en 2011 wordt gerapporteerd in hoofdstuk 5.

Uitvoering van MDFT: onderzoeksvraag 4 t/m 7 (uitvoering hulp)

Om de vragen naar het behandelplan, de uitvoering van de hulp, de duur en intensiteit van de hulp en eventuele redenen van uitval te beantwoorden zijn drie soorten gegevens verzameld.

Er is gebruik gemaakt van registratiegegevens van de coördinator van MDFT over instroom, afsluiting en de redenen voor uitsluiting van cases. Ook zijn de zgn. planningsformulieren die therapeuten ter voorbereiding van hun sessies met cliënten invullen gecodeerd en geanalyseerd. De vijf MDFT-therapeuten zijn in de tweede helft van 2011 geïnterviewd over de uitvoering van de hulp (en de vorming van het team, zie de onderzoeksvragen over implementatie hierboven). Er is gebruik gemaakt van een gestructureerd interview, waarbij de MDFT-manual voor therapeuten als basis is genomen voor de interviewleidraad. In het interview kwamen de volgende onderwerpen aan de orde: algemene vragen, start van het MDFT-traject, feitelijke uitvoering van MDFT en het gebruik van de planningsformulieren. Er is gebruikt gemaakt van *een deel* van de informatie uit de planningsformulieren. De formulieren zijn onderdeel van de werkwijze van MDFT en dienen als hulpmiddel in de voorbereiding van sessies met cliënten (zie verder hoofdstuk 3). De planningsformulieren worden niet voor alle cliënten, niet bij alle contacten en niet volledig ingevuld. Ook is men in 2011 overgestapt van formulieren per sessies, naar weekformulieren. Derhalve is alleen info gecodeerd die op beide type formulieren was ingevuld. Het gaat om informatie uit 449 formulieren over de duur van de sessie, de vraag op wie de sessie zich richt, de aanwezigheid en de locatie van de sessie. Informatie over de gestelde doelen en de mate van doelrealisatie ontbreekt. Over deze onderzoeksvragen wordt gerapporteerd in hoofdstuk 6.

Ondersteuning van de uitvoering: onderzoeksvraag 8 t/m 10.

Voor het beantwoorden van de vraag op welke manier de therapeuten ondersteund worden en hoe dit binnen het team ervaren wordt, of het werk als MDFT-therapeut andere competenties vereist dan ander werk binnen Spirit en wat de randvoorwaarden voor goede uitvoering zijn, zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen aan de MDFT-therapeuten en de supervisor. Deze interviews vonden plaats in het najaar van 2011 en stonden los van de interviews over de uitvoering van de hulp. De interviewleidraad was gekoppeld aan de onderwerpen die in de MDFT supervisie manual zijn beschreven, als onderdelen en onderwerpen voor de supervisie.

Deze onderwerpen waren: de opleiding tot MDFT therapeut, supervisie vanuit Spirit en de begeleiding door de MDFT-academie. Deze informatie komt aan de orde in hoofdstuk 7.

Uitkomsten: onderzoeksvraag 11.

Het was de bedoeling de vraag naar de uitkomsten bij afsluiting van de hulp, te beantwoorden op basis van 1) de drie vragenlijsten die hierboven al genoemd zijn bij onderzoeksvraag 3 en 2) de gegevens uit de planningsformulieren omtrent doelrealisatie. Beide soorten informatie waren niet of maar deels beschikbaar. De vraag naar de uitkomsten van de hulp kan daardoor niet beantwoord worden.

Cliënttevredenheid: onderzoeksvraag 12.

Om de laatste onderzoeksvraag (hoe beoordelen de cliënten de hulp) te beantwoorden, is gebruik gemaakt van twee soorten gegevens, namelijk: 1) informatie uit de zgn. Exit-vragenlijst die door ouders op verzoek van de MDFT-therapeuten bij afsluiting van de hulp wordt ingevuld én 2) informatie uit interviews onder jongeren en ouders die de hulp bij MDFT hebben afgesloten.

De *Exit-Vragenlijst* (Jurrius, Havinga & Stams, 2008) bestaat uit tien stellingen waarbij respondenten op een 4-punts Likert-schaal hun mening over de stelling geven, van 'helemaal niet mee eens' waren (score = 1) tot 'helemaal mee eens' (score = 4). Spirit heeft drie eigen stellingen aan lijst toegevoegd; 'Ik heb mij op mijn gemak gevoeld bij MDFT', 'Ik heb hier gevoeld dat behandeling kan helpen' en 'Dit is het juiste moment om MDFT af te sluiten'. De stellingen behandelen twee onderwerpen: de tevredenheid over het verloop van de hulp ('verloop') en de tevredenheid over het resultaat en de toekomst ('resultaat en toekomst'). De subcategorie 'verloop' bestaat uit zes items zoals 'ik heb hier gevoeld dat behandeling kan werken.' De subcategorie 'resultaat en toekomst' bestaat uit zeven items zoals 'er is voldoende bereikt door MDFT'. Daarnaast geven jongeren en ouders een rapportcijfer voor MDFT. Tot slot worden er drie open vragen gesteld waarin wordt gevraagd wat cliënten goed vinden aan de hulp, minder goed vinden aan de hulp en er is nog ruimte over voor de cliënt om een mening te geven over andere zaken over de hulp. De interne betrouwbaarheid van de exit-vragenlijst in deze studie was goed voor zowel de hele schaal (Cronbach's $\alpha = .935$) als voor de beide subschalen (verloop: $\alpha = .809$, resultaat en toekomst: $\alpha = .935$).

In de interviews onder jongeren en ouders is een *interviewleidraad* gehanteerd, die gebaseerd is op een literatuurverkenning naar cliënttevredenheidsonderzoek en de daarbij gebruikte instrumenten (Boomkens, 2012). De interviewleidraad voor jongeren en ouders omvat de volgende onderwerpen: hulpverleningsdoelen, de hulpverlener, de door MDFT geleverde 'service', de werkrelatie tussen de hulpverlener en de cliënt, resultaten en kenmerken van de interventie. Daarnaast zijn de leeftijd, het geslacht en de gezinssamenstelling van de respondenten genoteerd. De interviewleiden voor ouders en jongeren kunnen worden opgevraagd bij het lectoraat.

Als onderdeel van de vragen naar de werkrelatie tussen hulpverlener en cliënt is gebruik gemaakt van de *Working Alliance Inventory, Short form Revised* (WAI-SR). De WAI is oorspronkelijk ontwikkeld door Horvath en Greenberg (1989) en bestaat uit drie schalen: doelen, taken en relatie. Hatcher en Gillapsy (2006) hebben op basis daarvan een verkorte versie ontwikkeld: de *Working Alliance Inventory – Short*

form Revised (WAI-SR). Deze schaal bestaat uit 12 items die verdeeld zijn over de schalen 'taken' ('Ik geloof dat de manier waarop wij werkten met mijn probleem de juiste was'), 'doelen' ('We waren het eens over de dingen die belangrijk zijn voor mij om aan te werken') en 'relatie' ('Mijn therapeut en ik respecteerden elkaar'). Items worden gescoord op een 7-punts Likert-schaal waarbij 1 het laagst is en 7 het hoogst. De interne betrouwbaarheid voor de totale WAI-SR is in dit onderzoek hoog (Cronbach's $\alpha = .890$). Voor de subcategorie 'doelen' is de interne betrouwbaarheid voldoende ($\alpha = .611$). Bij de subcategorie 'taken' is de interne betrouwbaarheid hoog ($\alpha = .963$). De interne betrouwbaarheid van de schaal 'relatie' is hoog ($\alpha = .855$).

Respondenten

In 2010 en 2011 was er sprake van 32 afgesloten cases. Van de helft daarvan (16 cases) zijn exitlijsten beschikbaar. In totaal gaat het om 30 ingevulde lijsten: 14 ingevuld door jongeren, 14 door een ouder en twee door een grootouder (als ouderfiguur voor de jongere).

De interviews zijn afgenomen bij 9 jongeren en 16 ouders (totaal 25 interviews). Lang niet altijd wilden zowel de jongere als de ouders deelnemen aan een interview. Er is interviewinformatie beschikbaar over 14 cases. De cliënten hebben via de MDFT-therapeuten kort informatie gekregen over het cliënttevredenheidsonderzoek. De therapeuten vroegen vervolgens om toestemming om het telefoonnummer van de ouders en/of jongere door te geven aan de onderzoekers. Als ouders hiermee instemden is door één van de medewerkers van het lectoraat contact opgenomen om een afspraak te maken voor het interview. De interviews zijn in 2011 afgenomen. Bij cliënten die in 2010 met MDFT waren begonnen vond het interview vier tot zes maanden na afsluiting van MDFT plaats. Bij cliënten uit 2011 ging er minder tijd overheen, doorgaans twee maanden. Lang niet alle cliënten wilden meedoen aan het interview. De voornaamste redenen om niet mee te doen waren: 'MDFT is te lang geleden' of 'geen zin'. De informatie uit de interviews en de exit-vragenlijst komt aan de orde in hoofdstuk 9.

3 MDFT

MDFT is in de Verenigde Staten ontwikkeld binnen de verslavingszorg. Daar werd duidelijk dat problematisch gebruik van middelen en daaraan gerelateerde externaliserende en internaliserende gedragsproblemen bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar, lastig te verhelpen waren zonder betrokkenheid van de ouders en andere personen uit de omgeving van een jongere (Liddle, 2002). In dit hoofdstuk gaan we in op de doelgroep van MDFT (paragraaf 3.1), de fasering, centrale principes en werkwijze binnen MDFT (paragraaf 3.2). In paragraaf 3.3. komt de theoretische onderbouwing van MDFT aan de orde. Paragraaf 3.4. gaat in op het *support system*, zoals dat door MDFT is ontworpen en wordt toegepast.

3.1 De doelgroep van MDFT

MDFT is ontwikkeld en op effectiviteit onderzocht voor jongens en meisjes tussen de 12 en 18 jaar met verslavingsproblematiek (gebruik én afhankelijkheid van middelen) met daaraan gerelateerde externaliserende (antisociaal en delinquent gedrag) en internaliserende gedragsproblemen (o.a. angst en stemmingsproblemen) (Liddle, 2002).

Het gaat daarbij vooral om het gebruik (problematisch gebruik, 'abuse') en afhankelijk zijn van cannabis en/of alcohol. In de *Randomized Control Trials* (RCT's) die naar MDFT zijn uitgevoerd is een minderheid van de cliënten afhankelijk van andere drugs (zie bijvoorbeeld (Dennis et al., 2004; Henderson, Dakof, Greenbaum, & Liddle, 2010)).

3.2 De theoretische achtergrond van MDFT

MDFT gaat uit van een ecologische opvatting over het ontstaan van druggebruik en daaraan gerelateerde problemen. Druggebruik ontstaat en kan voortbestaan door invloeden vanuit de verschillende sociale systemen rond een jongere, zoals de ouders, de andere gezinsleden, familieleden, vrienden, leerkrachten op school en andere hulpverlenende instanties. Deze systemen worden bij MDFT aangeduid als 'domeinen' (Brook, Whiteman, Nomura, Gordon, & Cohen, 1988; Bukstein, 1995). Verandering van de situatie kan alleen plaatsvinden door op al deze domeinen aan de slag te gaan. Daarbij maakt MDFT gebruik van de kennis over de normale en de verstoorde ontwikkeling van adolescenten en gezinnen (ontwikkelingspsychopathologie), en de kennis over de risico- en beschermende factoren die van invloed zijn op het ontstaan en voortbestaan van druggebruik en daaraan gerelateerde externaliserende en internaliserende problemen (Liddle, 2002). Risico- en beschermende factoren beïnvloeden elkaar en vooral een stapeling van risicofactoren bepaalt de ernst van de situatie. Gebrekkige opvoedvaardigheden van ouders, kunnen bijvoorbeeld samenhangen met psychopathologie van ouders. Ook factoren als werkloosheid of schulden zijn van invloed op de beschikbaarheid en sensitiviteit van ouders voor hun

kinderen. Opvoedingsproblemen zorgen vaak voor gebrekkige ondersteuning van en betrokkenheid bij jeugdigen. Dit draagt bij aan frustraties voor zowel ouders als kinderen. In de aanpak van de problemen is MDFT vanaf het begin gericht op de gewenste uitkomsten. Dit dwingt de MDFT-therapeuten tot het bepalen van doelen voor de lange, middellange en korte termijn en tot keuzes over de stappen die gezet dienen te worden (Liddle, 2010; Newcomb, 1995).

3.3 Aanpak binnen MDFT

MDFT start met het zorgvuldig in kaart brengen van de risico- en protectieve factoren op elk 'domein' (jongere, ouders, gezin, sociale systeem). Aan de hand daarvan worden samen met de jongere en ouders, doelen voor elk domein opgesteld. De hulpverleners van MDFT maken gebruik van kennis en vaardigheden afkomstig uit de gezinstherapie, gedragstherapie en de drugshulpverlening. Zij gebruiken onder andere: motiveringstechnieken, drugscontroles, individuele gesprekken met betrokkenen, oefeningen in agressieregulatie en cognitieve gedragstherapie, het trainen van opvoedingsvaardigheden en het trainen van probleemoplossende- en communicatievaardigheden.

Vanwege de complexiteit en multidimensionaliteit van de problematiek kent MDFT geen vast draaiboek of protocol. In de interventie staan tien principes centraal die het handelen van de MDFT-therapeuten sturen. Deze principes zijn:

1. Drugsgebruik door adolescenten is een multidimensioneel fenomeen.
2. Probleemsituaties bieden informatie en kansen voor verandering.
3. Verandering wordt bepaald door verschillende oorzaken.
4. Motivatie is te ontwikkelen.
5. De werkrelatie is de kritische factor.
6. Interventies worden afgestemd op de individuele casus.
7. Planmatig werken en flexibiliteit zijn de twee zijden van de therapeutische medaille.
8. De behandeling is gefaseerd en continuïteit is belangrijk.
9. De therapeut is nadrukkelijk verantwoordelijk.
10. De houding van de therapeut ligt ten grondslag aan succes.

Fasering

MDFT is opgebouwd uit drie fases. Fase 1 kent drie doelen: het motiveren van de gezinsleden om aan de slag te gaan, een gedetailleerd beeld krijgen van de aard van de risico- en beschermende factoren op alle domeinen en het opstellen van de te bereiken doelen, samen met de gezinsleden. Het analyseren en begrijpen van de onderlinge samenhang van problemen is een belangrijke stap in fase 1. Pas dan is het mogelijk om – samen met de gezinsleden – te bepalen op welke punten verandering nodig is.

Fase 2 heeft als doel verandering en vooruitgang te bewerkstelligen op de in het behandelplan genoemde onderwerpen. Fase 3 is de afsluitingsfase en heeft tot doel hetgeen dat er geleerd is in fase twee door te zetten en de hulp af te bouwen (Liddle, 2002).

In totaal beslaat MDFT gemiddeld een periode van vier tot zes maanden, waarin zestien tot vijftientwintig sessies plaats vinden (een of twee sessies per week). Dit zijn zowel sessies met individuele gezinsleden, sessies met het hele gezin en sessies met anderen dan de gezinsleden. De sessies kunnen overal

plaatsvinden: thuis, bij de instelling, met gezinsleden en de officier van justitie, op school of andere relevante plaatsen in de buurt of stad.

Technieken

Om het werken vanuit de centrale principes van MDFT mogelijk te maken, stelt MDFT een verzameling van hulpverleningstechnieken centraal in de aanpak. Het gaat om uiteenlopende technieken, die door MDFT-therapeuten gehanteerd kunnen worden om bij cliënten verandering te bewerkstelligen. Hoe dat het beste kan, is bij elke cliënt anders en daarom gaat het om uiteenlopende technieken (zie tabel 1, bijlage 2).³

3.4 De effectiviteit van MDFT

Sinds de ontwikkeling van MDFT zijn er verschillende onderzoeken gedaan. De uitkomsten van vier RCT-studies laten zien dat MDFT het middelengebruik van jongeren blijvend verminderd (Liddle, Dakof, Turner, Henderson, & Greenbaum, 2008; Austin, Macgowan, & Wagner, 2005; Liddle et al., 2001; Liddle, Rowe, Dakof, Henderson, & Greenbaum, 2009). In deze studies is het middelengebruik van cliënten van MDFT (deels indirect) vergeleken met dat van cliënten van andere interventies zoals *Multi Systeem Therapy* (MST), *Functional Family Therapy* (FFT), *Individual Cognitive Behavioral Therapy* (CBT), *Adolescent Group Therapy* (AGT) en *Multifamily Educational Intervention* (MEI). Hieruit komt naar voren dat alle programma's middelengebruik verminderen. Op de lange termijn is het effect bij MDFT het grootst, het neemt in de loop der jaren toe (Austin et al., 2005; Liddle et al., 2008; Liddle et al., 2009). Liddle et al. (2001) hebben dit toenemende effect ook gevonden op het verbeteren van prosociaal functioneren op school en in het gezin. Daarnaast laat de behandeling van MDFT bij een *follow-up* van 12 maanden een vermindering zien in delinquentie en internaliserende problematiek en verminderde MDFT risico's in de domeinen familie, vrienden en school (Hogue et al., 2006; Liddle et al., 2009). In verschillende studies met een niet-experimentele opzet zijn de veranderingsmechanismen onderzocht. Daarbij blijkt dat goede relaties tussen verschillende systemen voorspellers zijn van de betere behandeluitkomsten (Hogue et al., 2006; Robbins et al., 2006; Shelef, Diamond, Diamond, & Liddle, 2005). Middelengebruik van adolescenten neemt bijvoorbeeld af naarmate de relatie met hun ouders verbeterd (Shelef et al., 2005). Ook zorgt een gezinsgerichte aanpak voor vermindering van zowel internaliserende als externaliserende problematiek en vermindert het de conflicten in het gezin (Hogue et al., 2006).

³ In de MDFT-terminologie worden de technieken aangeduid als 'interventions'. Wij reserveren in navolging van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) de term interventie, voor een aanpak die gericht is op: de vermindering, de compensatie of het dragelijk maken van een risico of een probleem in de ontwikkeling van een jeugdige, die bestemd is voor een specifieke doelgroep, gericht is op de jeugdige zelf, zijn opvoeders en/of de opvoedingsomgeving, die geleid worden door een weloordachte, doelgerichte en systematische werkwijze en die een nader omschreven tijdsduur en frequentie kent. MDFT is een interventie. De manieren van omgaan met cliënten, de wijze van contact leggen, de manieren van gespreksvoering (bijvoorbeeld oplossingsgericht of aan de hand van motiverende gespreksvoering) zijn technieken of vaardigheden waarmee MDFT wordt uitgevoerd.

Effectiviteit in Nederland.

MDFT is in 2006 in Nederland geïntroduceerd door de Erasmus Universiteit Rotterdam. De afgelopen jaren hebben enkele MDFT-teams geparticipeerd in een Europese studie waaraan in totaal 450 gezinnen in Nederland, Duitsland, Frankrijk, België en Zwitserland mee hebben gedaan. Het betreft het INCANT onderzoek (*INternational CAnnabis Need for Treatment*). INCANT is een *Randomized Control Trial* (RCT) waarin MDFT vergeleken worden met de gebruikelijke behandeling die de deelnemende landen bieden aan jongeren met verslavingsproblematiek. De eerste uitkomsten van dit onderzoek zijn inmiddels bekend. De belangrijke uitkomsten zijn (Rigter et al., 2011):

- Deelnemers aan MDFT maken de behandeling vaker af dan deelnemers aan de reguliere behandelingen.
- Zowel MDFT als de reguliere behandeling blijken effectief op vele maten. Het aantal drugsvrije dagen na de behandeling was onder deelnemers aan MDFT hoger dan onder deelnemers aan de reguliere behandeling, maar dit verschil was niet in alle deelnemende landen statistisch significant. Als adolescenten werden ingedeeld in een groep met een laag en een hoog risico op herhaling van de problemen, dan zijn de effecten van MDFT in de hoog-risico groep beter dan bij de gebruikelijke behandeling. Bij de laag-risico groep zijn de resultaten vergelijkbaar.
- Bij deelname aan MDFT namen de psychosociale problemen die samenhangen met druggebruik meer af dan bij deelname aan de reguliere behandeling.
- Evenzo nam het aantal externaliserende problemen (gemeten met de *Youth Self Report*) bij MDFT deelnemers meer af dan bij de deelnemers aan de reguliere behandeling.

3.5 Ondersteuning bij de uitvoering van MDFT

De MDFT-academie leidt op voor drie MDFT-functies: therapeut, supervisor en opleider. Om als MDFT-therapeut of -supervisor te kunnen worden opgeleid, moet de hulpverlener lid zijn van een MDFT-team. De zorginstelling meldt voor de opleiding een heel team aan. De MDFT Academie leidt geen individuele hulpverleners op, behalve als er in een bestaand team een vacature ontstaat of het team moet worden uitgebreid. Aan het werken met MDFT zijn verschillende vormen van kwaliteitsbewaking verbonden. Het gaat om:

- Aanwijzingen voor het analyseren en begrijpen van de onderlinge samenhang van problemen (casus conceptualisatie),
- formuleren voor planning van sessies (daily's & weekly's),
- individuele supervisie (aan de hand van planningsformulieren, opnames en 'live' supervisie),
- evaluatie van integriteit uitvoering MDFT,
- voortgangsverslagen teams,
- consultatie van 'live' supervisie door opleider,
- zelfsupervisie door therapeuten, intervisie en casuïstiekbesprekingen binnen het team,
- doorlopende begeleiding, workshops, lidmaatschap beroepsvereniging.

Veel van deze zaken worden vastgelegd in een contract dat de MDFT-academie sluit met instellingen die een MDFT-team willen laten opleiden. Dit contract regelt de onderlinge verplichtingen voor een periode van drie jaar. Het eerste jaar omvat de opleiding tot certificatie niveau A. Het tweede en derde jaar de opleiding tot certificatie niveau B in de vorm van een boostertraining, workshops en doorlopende kwaliteitsbewaking.

Er zijn verschillende manieren van kwaliteitscontrole. De opleider, en later de supervisor, gaan doorlopend na hoe de MDFT-therapeuten de sessies uitvoeren. De MDFT-academie beoordeelt op vast momenten de therapietrouw aan de hand van opnames (dvd, video of audio) van behandelsessies. De beoordeling vindt plaats met de gevalideerde MDFT Treatment Adherence Scale. De therapeuten krijgen in de opleiding uitleg over de dimensies van deze schaal. Terugkoppeling vindt plaats aan de supervisor van het MDFT-team en is gericht op begeleiding en kwaliteitsverbetering.

Ten behoeve van de kwaliteitsbewaking verplicht een team zich in de eerste negen maanden van de opleiding tot het aanleveren van 1) opnames van drie sessies van elke MDFT-therapeut (opgenomen ná de eerste vier maanden), 2) opnames van vier sessies individuele supervisie door de supervisor en 3) bijgewerkte contactformulieren van elke in behandeling zijnde casus (maandelijks). In jaar twee en drie leveren de therapeuten en de supervisor jaarlijks een opname in van één sessie (Rigter en Mos, 2008).

4 HET IMPLEMENTATIEPROCES

In dit hoofdstuk komt het implementatieproces van MDFT bij Spirit aan de orde (onderzoeksvraag 1 en 2). Het in hoofdstuk 1 geschetste invoeringsmodel voor vernieuwingen (Fleuren, 2010; Mikolajczak et al., 2009) vormt het kader voor de beschrijving van de implementatie. In 4.1. wordt ingegaan op de voorbereidingen die aan de invoering van MDFT vooraf gingen. Daarna komt de invoering zelf aan de orde. Het gaat daarbij om: de keuzes rond de positionering en inbedding van MDFT binnen de organisatie (4.2), de vorming van het team (4.3) en de toeleiding en/of selectie van cliënten (4.4). Paragraaf 4.5 bevat de uitkomsten van een enquête onder gedragswetenschappers over de gehanteerde implementatiestrategieën. De laatste paragraaf bevat een korte samenvatting van het implementatieproces.

4.1 Voorbereiding van de invoering van MDFT

In 2009 is er binnen Spirit een behoefteanalyse uitgevoerd bij de hulpvorm '16+' (ambulante hulp voor jongeren van 16 jaar en ouder). Uit deze analyse kwam naar voren dat Spirit voor de groep jongeren met ernstige gedragsproblemen onvoldoende zorgaanbod in huis had. Duidelijk werd dat er behoefte was aan een *evidence based* interventie voor jongeren waarbij er naast gedrags- en opvoedingsproblematiek ook alcohol- en drugsproblemen aan de orde zijn. Drie interventies voor jongeren met ernstige gedragsproblematiek zijn vervolgens op hun bruikbaarheid beoordeeld en met elkaar vergeleken: MDFT, Functional Family Therapy (FFT) en MultiSystem Therapy (MST). Een overeenkomst tussen de drie interventies is dat het om intensieve gezinsinterventies gaat die sterk uitgaan van de eigen professionaliteit van medewerkers: zij maken keuzes in de te volgen aanpak en beslissen welke technieken zij toepassen. Zowel MDFT als MST richten zich op het gehele sociale systeem rond een jongere en passen daarmee bij de multisystemische en vindplaatsgerichte visie die Spirit heeft op de hulpverlening. FFT is meer dan de beide andere interventies, gericht op de gezinsrelaties en therapeuten spreken daarom alleen met het hele gezin. Een ander verschil is dat MDFT zich, anders dan de beide andere interventies, ook richt op internaliserende problematiek en riskant alcohol en drugsgebruik (Konijn & Koopman, 2009). De interventies verschillen in de eis die gesteld wordt aan de plek waar een jongere woont. Bij FFT en MST is het uitgangspunt dat een jongere thuis woont of weer gaat wonen. Bij MDFT hoeft het gezin niet samen te wonen, het is voldoende als de gezinsleden aan herstel van de gezinsband willen werken. MDFT past daardoor beter bij de doelgroep van jongeren die bij Spirit in een gesloten residentiële setting verblijven (De Koppeling, jeugdzorgplus). Een laatste factor die de keuze voor MDFT bepaalde, zijn de eisen die de ontwikkelaars stellen. Anders dan MST kent MDFT geen commerciële ondersteuningsorganisatie. Invoering van de interventie kan daardoor tegen lagere kosten. Om een indruk te krijgen van de inhoud van MDFT en een inschatting te kunnen maken van de vereisten voor medewerkers, zijn de technieken die binnen MDFT toegepast worden nader bekeken. Deze inhoud

werd als passend beoordeeld binnen het theoretisch raamwerk van de programma's voor jongeren met ernstige gedragsproblemen binnen Spirit.⁴ Vervolgens is bij enkele specifieke programma's binnen Spirit verkend of men op dat moment jongeren in huis had waarbij MDFT in een behoefte zou voorzien. Deze verkenning vond onder andere plaats bij het hulpaanbod '16+' en bij De Koppeling (gesloten residentiële instelling: jeugdzorgplus). Binnen De Koppeling wordt ook FFT aangeboden. Zowel bij '16+' als bij De Koppeling werd grote behoefte gevoeld aan inzet van MDFT bij specifieke jongeren. Ook is MDFT vergeleken met het meest intensieve Jeugd en Veiligheid programma dat Spirit biedt, Nieuwe Perspectieven (NP). Dit is gedaan om te bepalen of MDFT hierop een aanvulling vormt. Uit die verkenning is naar voren gekomen dat voor een deel van de cliënten MDFT zeer geschikt zou zijn. Op het gebied van de therapeutische aanpak, aanpak van bredere problematiek en gezinscommunicatie biedt MDFT volgens de verkenning een meerwaarde (Konijn & Koopman, 2009). De bevindingen over MDFT zijn opgenomen in een notitie voor het bestuursoverleg en het managementberaad van Spirit. Daar is begin 2009 het besluit genomen om MDFT aan het zorgaanbod van Spirit toe te voegen. Vervolgens is een projectleider aangesteld, zijn omzet en productie van een MDFT-team vastgesteld, is er overleg gevoerd met ketenpartners, zoals Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (BJAA), De Bascule en Mentrum (beiden GGZ) en is er overleg gevoerd met de zorgverzekeraar (Agis) en de gemeente Amsterdam (financiering).

De voorbereidende activiteiten van Spirit overziend kan gesteld worden dat voor de invoering aandacht is besteed aan verschillende determinanten. Kenmerken van de interventie, de professionals en de omgeving zijn geanalyseerd (zie tabel 3). Op basis van die uitkomsten daarvan zijn plannen gemaakt voor de daadwerkelijke invoering. Deze komen in de volgende paragraaf aan de orde.

Tabel 3

Determinanten op basis van (Fleuren et al., 2010) door Spirit geanalyseerd voor MDFT

Soort determinant	Voorbeelden van determinanten
Kenmerken van de interventie	de mate waarin de interventie bestaat uit heldere procedures en stappen de mate waarin de interventie aansluit bij de bestaande werkwijze de mate waarin het mogelijk is om de interventie – zonder dat de effectiviteit verloren gaat – aan de eigen situatie aan te passen de mate waarin de interventie een relatief voordeel heeft voor de gebruikers (bijvoorbeeld gemak, tijdwinst of meer werkplezier) de mate waarin de interventie daadwerkelijk kan worden toegepast
Kenmerken van de professionals	de mate waarin medewerkers de kennis en vaardigheden bezitten die nodig zijn om de interventies uit te voeren
Kenmerken van de organisatie	de samenwerking tussen afdelingen die bij de interventie betrokken zijn de logistieke procedures de hoeveelheid tijd en geld die beschikbaar zijn voor de interventie
Kenmerken van de omgeving	de financiële middelen voor de sector

⁴ Alle programma's waar jeugdigen vanaf 12 jaar met de genoemde problematiek worden geholpen (de Koppeling, JOC, Nieuwe Perspectieven, 16+, meisjeshulpverlening, oudere jeugd van Beter met Thuis, Regionaal Ambulante teams, Pleegzorg)

4.2 Positionering en inbedding van MDFT

Na de voorbereidende activiteiten is een beleidsplan opgesteld voor de daadwerkelijk invoering van MDFT. Er is gekozen voor een 'bovenregionale' inzet van MDFT.

Zoals aangegeven in hoofdstuk 1 is de organisatiestructuur van Spirit per 1-1-2012 gewijzigd. Tot die datum waren de verschillende hulpvormen verspreid over regio's in en om de stad Amsterdam. Elke geografische regio had de beschikking over een basispakket met hetzelfde zorgaanbod. Bijvoorbeeld: ambulante hulp voor jongeren van 16 jaar en ouder ('16+'), een regionaal ambulant team ('RAT') en een residentiële voorziening voor deeltijd opname in combinatie met thuisbehandeling: 'Beter Met Thuis'. Een deel van het zorgaanbod was 'bovenregionaal' georganiseerd, zoals de residentiële zorg in Amsterbaken (justitiële jeugdinrichting) en De Koppeling (instelling voor jeugdzorgplus) of het aanbod van Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer (begeleiding voor jongeren na vrijheidsbeneming). Ook in de nieuwe organisatiestructuur zijn specialistische interventies als MDFT los van de wijk- en streekteams georganiseerd. Hier is voor gekozen omdat op die manier MDFT beschikbaar is voor cliënten die dat nodig hebben, onafhankelijk van waar zij wonen. Bovendien begon MDFT met een klein team dat onmogelijk verdeeld zou kunnen worden over alle regio's.

Werkgroep 16+

Om een goede inbedding van MDFT in het totale zorgaanbod van Spirit te realiseren is ervoor gekozen een werkgroep in te stellen van vertegenwoordigers van het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsproblemen in de organisatie: de 'werkgroep 16+'. De verwachting was dat vooral de '16+' veel cliënten voor MDFT zou aanleveren. Omdat de hulp van MDFT en '16+' deels overlapt, kreeg de werkgroep de taak de afstemming en de samenwerking tussen MDFT en het aanbod '16+' te evalueren en te komen tot aanbevelingen om het hulpaanbod op elkaar af te stemmen.

De werkgroep is uiteindelijk maar eenmaal bij elkaar gekomen. In die bijeenkomst zijn afspraken gemaakt om alles te stroomlijnen en hoe te handelen bij knelpunten. Van afstemmingsproblemen is verder geen sprake geweest. Hoewel de bijeenkomsten van de werkgroep niet meer nodig bleken, is de werkgroep voor bekendheid met MDFT en draagvlak bij de start wel belangrijk geweest. Voor afstemming tussen andere werksoorten en MDFT zijn geen werkgroepen opgericht, hier was geen of veel minder sprake van overlap in het aanbod. Eventuele afstemmingsproblemen worden door de verwijzer en therapeuten zelf doorgenomen.

Stuurgroep

Een andere keuze die door Spirit is gemaakt is het instellen van een stuurgroep van beleidsmedewerkers (2) en management (2) die zich bezig moest gaan houden met de inbedding van MDFT binnen de organisatie. De stuurgroep komt een keer in het kwartaal bij elkaar en bespreekt de voortgang en eventuele knelpunten bij de implementatie en uitvoering van MDFT. Er bleken nauwelijks knelpunten te zijn en de stuurgroep is per 1-1-2012 opgeheven. Het bestaan van de stuurgroep wordt als belangrijk beoordeeld bij de start van nieuwe interventies als MDFT. Het geeft aan dat er vanuit het management van de organisatie daadwerkelijk steun is voor de invoering van de interventie.

4.2 De vorming van het team

Spirit heeft ervoor gekozen het MDFT-team te laten starten met vier MDFT-therapeuten (3,55 fte), een supervisor (0,55 fte) en een coördinator (0,22 fte). Met deze omvang wordt voldaan aan de vereisten voor de omvang van een team die door de ontwikkelaar en de ondersteuningsorganisatie (MDFT-academie) zijn gesteld. De teamleden zijn na interne werving geselecteerd. Per oktober 2011 is er één therapeut aan het team toegevoegd. Verder zijn er wat tijdelijke verschuivingen geweest in de omvang van dienstverbanden, maar er zijn geen blijvende veranderingen doorgevoerd. Het team werkt vanuit de Spirit locatie in Amsterdam-Noord (Den Dolder, 2010).

De functie van coördinator is mede ingesteld vanwege de voor de uitvoering van MDFT noodzakelijke samenwerking met de GGZ-instelling Arkin. Zoals aangegeven in hoofdstuk 1 wordt MDFT gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Geïndiceerde jeugdzorg, zoals Spirit die biedt wordt gefinancierd door de provincies en gemeentes.⁵ GGZ-hulp hoort daar niet bij. Om MDFT aan te kunnen bieden is Spirit een samenwerking aangegaan met de GGZ-instelling Arkin, die in dezelfde regio werkzaam is. Spirit en Arkin hebben gezamenlijk twee MDFT-teams in huis. Een psychiater van Arkin is verantwoordelijk voor de toeleiding naar MDFT. In de praktijk betekent dit dat de psychiater de cliënt moet zien en de diagnose moet stellen of verifiëren alvorens het MDFT-traject gefinancierd kan worden. Beide teams hebben een eigen supervisor en deze kunnen elkaar bij langdurige afwezigheid vervangen. De coördinator van het Spirit-team is verantwoordelijk voor de afstemming met Arkin (o.a. over intake en de financiën). Daarnaast is de coördinator verantwoordelijk voor het functioneren van het team in zijn geheel, aansturen van personeelsleden individueel en eindverantwoordelijk voor de resultaten van de hulpverlening.

Werving van de therapeuten

De interne werving voor de therapeuten is gedaan door de supervisor met een medewerker van de afdeling personeel en organisatie en een medewerker van de MDFT-academie. Na plaatsing van een vacature op intranet zijn er gesprekken gevoerd met de kandidaten. Omdat de functie van MDFT-therapeut heel wat van de mensen vraagt qua capaciteiten en competenties, is er gekozen voor de aanstelling van ervaren hulpverleners. Er is gelet op ervaring met systeemgericht werken, het kunnen hanteren van meervoudige partijdigheid, zelfreflectie en zelfinzicht.

4.3 Toeleiding en/of selectie en instroom van cliënten

Bij de start van MDFT werd afgesproken dat de aanmelding van cliënten voor MDFT via de coördinator zou lopen. Inmiddels is deze taak overgedragen aan de supervisor.

⁵ Op dit moment wordt een stelselwijziging in de jeugdzorg voorbereid, waarbij de verantwoordelijkheid en financiering van de jeugdzorg wordt overgedragen van de provincies en stadsregio's naar de gemeenten. Voor meer informatie: www.samenwerkenvoordejeugd.nl.

Hierboven kwam de intake door de psychiater bij Arkin aan de orde. Met Arkin werd bij de start afgesproken dat de intake bij de psychiater kort kon zijn bij cliënten waarbij al een officiële diagnose gesteld was. In de praktijk blijkt er geen verschil in de intake van cliënten met en zonder diagnose: bij allemaal verloopt de intake hetzelfde en is een afspraak met de psychiater aan de orde.

Vooraf werd verwacht dat de instroom voornamelijk plaats zou vinden vanuit de interventies 'Nieuwe Perspectieven'⁶ en '16+'. In de praktijk blijkt de instroom breder. Uit de enquête onder gedragswetenschappers die cliënten hebben verwezen naar MDFT, blijkt dat zij werken bij: 'spoedhulp' (snelle en intensieve hulp thuis in een crisissituatie), de regionaal ambulante teams (intensieve thuishulp), de pleegzorg (verblijf van jongeren in pleeggezin), specifieke meisjeshulpverlening, kortdurende acute opvang (tijdelijke opvang jongeren in gezinshuis), het eerder genoemde 'Beter met Thuis'(combinatie van hulp thuis en begeleiding van jongere op locatie van Spirit) en Ambulant Jongerenwerk (contact overlastgevende jongeren en hun gezinnen).⁷ De instroom vanuit 'Nieuwe Perspectieven' blijkt incidenteel. Uit de enquête blijkt dat gedragswetenschappers over het algemeen doorverwijzen naar MDFT als zij de hulp die vanuit 'hun' eigen aanbod geboden wordt, ontoereikend vinden. Bij problemen in het systeem of bij verslavingsproblemen wordt er gekozen voor inzet van MDFT. Twee respondenten vullen in dat zij, mede door het gebrek aan informatie over MDFT, niet zo snel aan inzet van MDFT denken. Vrijwel alle gedragswetenschappers zijn bekend met de procedure van verwijzing van een cliënt naar MDFT. Een derde van hen heeft meegemaakt dat ze een cliënt wilde verwijzen naar MDFT, maar dat deze vervolgens niet in aanmerking kwam voor MDFT. Meest voorkomende reden hiervan is dat de cliënt niet voldeed aan de indicatiecriteria.

4.4 Gehanteerde implementatiestrategieën

In hoofdstuk 2 kwamen enkele strategieën aan de orde die het implementatieproces (in algemene zin) kunnen bevorderen (zie tabel 2, pp. 13). In de interviews met de coördinator en supervisor en de enquête onder 17 gedragswetenschappers is nagevraagd welk van deze strategieën Spirit (al dan niet bewust) heeft ingezet. We ordenen de strategieën naar de fasen die in implementatie te onderscheiden zijn: verspreiding, adoptie, invoering en borging.

Verspreiding

Op het gebied van verspreiding zijn de verschillende strategieën gehanteerd. Zo zijn er via allerlei kanalen *beknopte boodschappen* verspreid over MDFT, dit wordt bevestigd door de respondenten op de vragenlijst. Op de vraag of de respondenten een *brochure* hebben ontvangen geeft een meerderheid aan dat hier geen sprake van is geweest, terwijl deze volgens de coördinator en supervisor wel zijn verspreid. Ook zegt de coördinator dat intranet een belangrijk medium is voor het verspreiden van boodschappen, wellicht hebben respondenten daar informatie opgedaan.

⁶ Nieuwe Perspectieven is een ambulante interventie voor jongeren van 12 tot 23 jaar die zijn vastgelopen of dreigen vast te lopen en maatschappelijke overlast veroorzaken, hetgeen zich uit in delinquent gedrag.

⁷ Omdat verschillende gedragswetenschappers bij meer dan één soort hulpaanbod werkzaam blijken te zijn, is de opsomming van de hulpvormen niet één op één gelijk aan de verwijzing van jongeren uit die hulpvormen.

Daarnaast heeft het MDFT-team *presentaties en voorlichting* gegeven en collega's *persoonlijk benaderd*. Deze strategieën worden door iets meer dan de helft van de gedragswetenschappers herkend. Juist de gedragswetenschappers die zeggen niet te zijn benaderd over MDFT, werken bij de hulpvormen die als de grootste toeleverancier werden gezien, namelijk 'Nieuwe Perspectieven' en '16+'. Een laatste strategie die is ingezet is *het geven van informatie over voorbeelden en problemen uit de praktijk*. Zowel de leden van het MDFT-team als het merendeel van de gedragswetenschappers herkennen deze strategie. Men is voldoende verteld over MDFT en zij herkennen dat met MDFT wordt voorzien in een hulpaanbod dat er eerder nog niet was. Ook zegt de helft van de gedragswetenschappers die de enquête hebben ingevuld, dat zij praktijkvoorbeelden hebben ontvangen over cliënten die baat hebben bij MDFT.

Over het algemeen (87%) zijn de gedragswetenschappers tevreden over de manier waarop zij bekend zijn geraakt met MDFT. De meesten schrijven voldoende informatie te hebben gekregen om in te schatten welke cliënten in aanmerking komen voor MDFT. Wel zeggen zij ook zelf informatie te hebben opgezocht en niet perse te hebben gekregen binnen de organisatie. Uit een opmerking van één van de gedragswetenschappers kan worden opgemaakt dat het als de eigen verantwoordelijkheid wordt gezien om te zorgen dat men op de hoogte is. De ingezette strategieën hebben daarmee hun doel (bekendheid van MDFT binnen Spirit) bereikt. Er is echter vooral bij de start van MDFT veel aandacht besteed aan het feit dat MDFT bestaat. Daarna is er geen actie meer ondernomen om MDFT blijvend bekendheid te geven. Een gedragswetenschapper reageert aldus: *'Er is zoveel nieuw aanbod momenteel binnen Spirit, door allerlei pilots, projecten etc. Hierdoor raakt MDFT soms weer een beetje buiten beeld. Ik denk dus dat het goed zou zijn om soms MDFT weer onder de aandacht te brengen, niet alleen bij werkers maar ook bij het middenkader'*. Er moet dus binnen Spirit gezorgd worden voor blijvende informatievoorziening over MDFT.

Adoptie

Strategieën die in de fase van adoptie kunnen worden ingezet zijn het *voeren van discussies/gesprekken*, het *bespreken en wegnemen van weerstanden, bezwaren, knelpunten en (financiële) risico's*. Uit de enquête blijkt dat er eigenlijk geen weerstanden weg te nemen waren of knelpunten bij de gedragswetenschappers lagen. Om daadwerkelijk jongeren te verwijzen zijn wel *reminders* gebruikt. Zoals een respondent schrijft: *'Als er te weinig aanmeldingen binnen kwamen per regio, kregen wij een reminder dat er nog plekken waren'*.

Dit is echter niet vaak voorgekomen: de aanmeldingen waren voldoende. Om een lange wachtlijst te voorkomen is er geen prioriteit gegeven aan extra activiteiten op dit punt.

Invoering

MDFT-therapeuten *worden opgeleid* door de MDFT-academie. Naast deze opleiding hebben er drie extra *trainingen* plaatsgevonden rond (problematisch) middelengebruik. Tijdens de uitvoering van MDFT werd duidelijk dat de teamleden de handvatten die MDFT voor deze problemen biedt ontoereikend vonden (en nog vinden). Dit punt is binnen het team besproken en aangepakt door extra trainingen te organiseren.

Ook is men de inzet van MDFT specifiek voor jongeren met problematisch middelengebruik intern gaan nuanceren. Dit zijn bij uitstek strategieën op het gebied van invoering.

Borging

In hoofdstuk 3 is de ondersteuningsstructuur van MDFT beschreven. De onderdelen daarvan zijn te zien als verschillende strategieën ten behoeve van de borging van de interventie.

De MDFT-therapeuten nemen deel aan supervisie, zowel begeleid door de eigen supervisor, als door de opleider (de MDFT-academie). En MDFT kent verschillende hulpmiddelen die bijdragen aan een kwalitatief goede uitvoering van MDFT. In hoofdstuk 7 wordt uitgebreid op deze ondersteuning ingegaan. Bij de borging van de interventie horen ook *contractuele afspraken*, in dit geval de contractuele afspraken met Arkin. Een belangrijk knelpunt dat naar voren komt zijn de afspraken rond de registratie van gegevens in het registratiesysteem van Arkin. Deze manier van registreren is binnen de GGZ verplicht vanwege de financiering. De eisen aan de registratie vormen een bron van frustratie binnen het MDFT-team. Het betekent dubbel werk en draagt niet bij aan de hulp voor jongeren en hun ouders. Hoewel er volgens de supervisor en coördinator wel over wordt gesproken met het team en andere betrokkenen is het (nog) niet gelukt de problemen op te lossen of te verminderen. De huidige afspraken vormen daarmee een bedreiging voor de borging van MDFT binnen Spirit.

4.5 Tot slot

In dit hoofdstuk is nagegaan op welke manier Spirit de invoering van MDFT binnen de organisatie heeft voorbereid en aangepakt. We gebruiken het in hoofdstuk 1 geschetste invoeringsmodel voor vernieuwingen als referentiekader. In de jeugdzorg is het gebruik van dit model bij de invoering van vernieuwingen nog geen gemeengoed (Stals et al., 2009). In grote lijnen zijn de te onderscheiden stappen: het bepalen van de beoogde resultaten, het uitvoeren van een determinanten analyse, het selecteren van invoeringsstrategieën en monitoren, evalueren en bijstellen. Ook in het invoeringstraject van MDFT bij Spirit zijn deze stappen te herkennen. In de voorbereidingsfase zijn doelen gesteld en er is – op onderdelen – een determinanten analyse uitgevoerd. In het beleidsplan dat daarna is opgesteld zijn invoeringsstrategieën geformuleerd en met dit onderzoek is er sprake van monitoring, evaluatie en bijstelling.

In de voorbereiding zijn de kenmerken van de nieuw in te voeren interventie grondig geanalyseerd. Ook is verkend wat de gedragswetenschappers, werkzaam bij interventies die aangemerkt kunnen worden als ‘verwijzers’ voor MDFT van de interventie vinden. De vereisten voor personeel zijn uitgezocht, evenals die rond financiering van de interventie.

Vervolgens zijn strategieën gekozen voor de invoering van MDFT. Er is een aanmeldings- en intakeprocedure afgesproken en binnen de organisatie is informatie verspreid zodat gedragswetenschappers konden verwijzen naar MDFT. Ook is een werkgroep van ‘verwijzers’ uit de ‘16+’ ingesteld en een stuurgroep voor het draagvlak vanuit het management. Omdat het MDFT-team nieuw werd opgezet waren er geen uitgebreide strategieën nodig voor de adoptie van de vernieuwing. De nieuwe medewerkers kiezen zelf voor de interventie en gedragswetenschappers bleken vrij snel tot

aanmelding over te gaan, zodat daar niet veel meer nodig was dan het verspreiden van informatie om hen tot adoptie van de vernieuwing te bewegen.

Voor de fase van invoering staat bij MDFT de strategie vooraf redelijk vast: MDFT stelt bepaalde eisen ten aanzien van training en boostersessies. Tijdens de invoering bleken therapeuten onvoldoende handvatten te hebben voor het werken met jongeren met verslavingsproblematiek. Daarop is extra training als invoeringsstrategie gekozen.

Voor wat betreft de fase van borging voorziet MDFT in verschillende borgingsstrategieën die in hoofdstuk 8 uitgebreid aan de orde komen. Op organisatorisch vlak valt op dat de afspraken met Arkin over registratie van gegevens ten behoeve van de financiering van MDFT op grote frustraties en daarmee op uitvoeringsproblemen stuit. Voor de borging van de interventie is het oplossen van dit probleem noodzakelijk.

5 DE CLIËNTEN VAN MDFT

In de jaren 2010 en 2011 zijn er 46 cliënten voor korte of langere tijd behandeld door de therapeuten van het MDFT-team. In dit hoofdstuk komen de achtergrondkenmerken en problemen van de cliënten aan de orde (onderzoeksvraag 3). Het gaat om problemen zoals die door therapeuten bij afgesloten cases over 2010, al terugkijkend op de situatie van hun cliënten zijn ingevuld. Voor de cliënten van 2011 gaat het om problemen zoals die vermeld staan in de dossierinformatie en aanvullend bij de therapeuten zijn achterhaald. Er wordt onderscheid gemaakt tussen problemen bij de jeugdige, problemen in de opvoeding en met ouderschap en problemen in het gezin en de maatschappelijke situatie van het gezin.

5.1 Achtergrondkenmerken

Onder de 46 cliënten zijn 19 jongens (41%) en 27 meisjes (59%). In 2011 zijn er twee keer zoveel meisjes dan jongens behandeld met MDFT (zie tabel 4). Dit verschil is niet significant. Het aantal meisjes onder de cliënten is opvallend, omdat er onder de cliënten van Spirit meer jongens dan meisjes zijn. Van 76% van de cliënten is de leeftijd bij instroom in MDFT bekend. De gemiddelde leeftijd is 15.4 jaar ($SD = 1.46$). Ondanks het feit dat er in 2011 meer 13 jarigen instroomden (tabel 5) verschilt de gemiddelde leeftijd in beide jaren niet.

Tabel 4
Percentage jongens en meisjes onder de cliënten van MDFT en bij Spirit als geheel (in %)

Geslacht	MDFT 2010 (N = 19)	MDFT 2011 (N = 27)	MDFT Totaal (N = 46)	Spirit (N = 1029)
Jongen	53	33	41	53
Meisje	47	67	59	47

Tabel 5
Leeftijd van de cliënten van MDFT en bij Spirit als geheel (in %)

Leeftijd	MDFT 2010 (N = 13)	MDFT 2011 (N = 22)	MDFT Totaal (N = 35)
13		14	9
14	23	23	23
15	23	32	29
16	8		3
17	38	32	34
18	8		3

Het overgrote deel van de jongeren bij MDFT is van Nederlandse afkomst (70%) (zie tabel 6). Dit percentage ligt hoger dan binnen Spirit als geheel: daar is de helft van de cliënten van Nederlandse komaf.

Minder dan de helft (41%) van de jongeren bij MDFT woont in een gezin met één (biologische) ouder. Daarop volgt de iets kleinere groep met twee volwassenen: twee biologische ouders (37%) of een biologische ouder met een nieuwe partner (13%). Bij drie jongeren (7%) lag de situatie anders. Zij wonen bij instroom in een residentiële setting (tabel 6).

Bijna de helft van de jongeren neemt vrijwillig deel aan MDFT, bij de andere helft is sprake van een gedwongen kader (tabel 6).

Tabel 6
Culturele achtergrond, gezinssituatie en kader van de hulpverlening bij cliënten van MDFT en (daar waar bekend) voor Spirit als geheel (in %)

	MDFT 2010 (N = 19)	MDFT 2011 (N = 27)	MDFT Totaal (N = 46)	Spirit (N = 873)
<i>Nationaliteit/culturele achtergrond</i>				
Nederlands	63	74	70	50
Anders, Niet Westers	21	5	11	14
Nederlands-Niet Westers		11	7	onbekend
Surinaams	11		4	15
Marokkaans	5	4	4	10
Nederlands-Westers		4	2	onbekend
Onbekend		4	2	6
<i>Gezin van de jeugdige</i>				
Een (biologische) ouder	47	37	41	
Twee biologische ouders*	37	37	37	
Een biologische ouder met nieuwe partner**	5	19	13	
Anders	11	4	7	
Pleeggezin		4	2	
Adoptiegezin				
<i>Kader van de hulpverlening</i>				
Geen maatregel/vrijwillig	42	52	48	
Onder toezichtstelling/gezinsvoogdij	26	37	33	
Strafmaatregel	16	4	9	
Onder toezichtstelling + strafmaatregel		4	2	
Voogdij	5		2	
Anders	5		2	

* met evt. broers en zussen

** met evt. broers en zussen / nieuw samengesteld gezin

5.2 Problemen van de jongeren

Gemiddeld genomen zijn er bij de jongeren die naar MDFT verwezen zijn zes probleemgebieden genoteerd in de methoden-evaluatie of het dossier. Het gemiddelde aantal problemen ligt iets hoger bij de cliënten uit 2011 dan bij cliënten uit 2010, dit verschil is niet significant.

Tabel 7
Aantal en gemiddeld aantal problemen van jongeren bij MDFT

Aantal problemen	2010 (N = 19)	2011 (N = 27)	Totaal (N = 46)
Frequentie (<i>f</i>)	112	173	285
Gemiddelde (<i>M</i>)	5.9	6.4	6.2
Std. Deviatie (<i>SD</i>)	2.79	2.20	2.46

Om wat voor soort problemen gaat het? Bijna alle cliënten hebben te maken met problemen op school, werk of vrije tijd (96%). Daarna komen gedragsproblemen en emotionele problemen het meest voor. Bij ruim de helft komen persoonlijkheids- en identiteitsproblemen voor (57%) en net iets meer dan de helft (52%) maakt gebruik van middelen of heeft te maken met verslaving. Politiecontacten worden bij ruim 40% genoteerd. Conform de indicatie-criteria voor MDFT, zijn er geen jongeren met een licht

verstandelijke beperking onder de cliënten van MDFT (zie verder tabel 8). Er zijn geen verschillen tussen jongens en meisjes in het soort problemen, behalve op het gebied van veiligheid: dat probleem komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Namelijk bij 26% van de jongens (vijf jongens) en 70% van de meisjes (19 meisjes) ($\chi^2 = 8.67$, $p = .003$). Opvallend is dat de cliënten van MDFT gemiddeld meer gedragsproblemen en meer problemen op school, werk en vrije tijd hebben dan de Spirit brede populatie. Ook hebben de cliënten van MDFT meer problemen met middelengebruik en hebben gemiddeld meer cliënten contacten met politie en justitie.

Tabel 8

Percentage jongeren bij MDFT waarbij elk van de in de tabel opgenomen problemen genoemd wordt (in %)

% waarbij elk probleem genoemd wordt	MDFT 2010 (N = 19)	MDFT 2011 (N = 27)	MDFT Totaal (N = 46)	Spirit (N = 967)
Problemen op school, werk, vrije tijd	95	96	96	58
Gedragsproblemen	79	89	85	57
Emotionele problemen	63	67	65	57
Persoonlijke- en identiteitsproblemen	47	63	57	46
Problemen in contacten/relaties met leeftijdgenoten	42	67	57	40
Gebruik van middelen/verslaving	47	56	52	21
Problemen op gebied van veiligheid	42	59	52	34
Contacten met politie	42	44	43	19
Problemen in de dagelijkse routine	52	26	37	26
Problemen met seksualiteit	16	30	24	15
Gezondheidsproblemen	16	30	24	23
Problemen met huisvesting/wonen	32	11	20	10
Financiële problemen	16	4	9	8
Licht verstandelijke beperking				14

Veel van de problemen komen in combinatie voor. Bij iets meer dan de helft van de cliënten komt middelengebruik samen voor met andere problemen. Bij de andere helft gaat het om combinaties van problemen zonder middelengebruik (tabel 9). De jongeren die in een gezin met één (biologische) ouder wonen hebben gemiddeld drie problemen meer dan de andere gezinssamenstellingen. Dit verschil is significant. Het gaat dan om problemen in de contacten van de jeugdige ($\chi^2 = 3.88$, $p = .049$), de opvoedingssituatie ($\chi^2 = 12.65$, $p = .000$) en de dagelijkse routine/voeren van het huishouden ($\chi^2 = 6.09$, $p = .014$) (zie tabel 1, 2 en 3 bijlage 1).

Tabel 9

Percentage jongeren bij MDFT waarbij de in de tabel genoemde probleemcombinaties voorkomen

% met een combinatie van problemen	MDFT 2010 (N = 19)	MDFT 2011 (N = 27)	MDFT Totaal (N = 46)
Gedrag/Emotioneel/Persoon.	16	30	24
Middelen/Gedrag/Emotioneel/Persoon.	26	22	24
Middelen/Gedrag	11	19	15
Middelen/Gedrag/Emotioneel	11	7	9
Gedrag	16	4	9
Emotioneel	11	4	7
Middelen/Gedrag/Persoon.		4	2
Middelen		4	2
Gedrag/Persoon.		4	2
Emotioneel/Persoon.		4	2
Persoon.	5		2
Geen	5		2

Gedrag = Gedragsproblemen, Emotioneel = Emotionele problemen,

Persoon. = Persoonlijkeits- en identiteitsproblemen, Middelen = Gebruik van middelen/verslaving

Bij middelengebruik gaat het in de meeste gevallen (42%) om cannabis gebruik. Bij bijna vier op de tien jongeren die middelen gebruiken wordt het cannabisgebruik gecombineerd met alcohol. Bij de rest gaat het om alcoholgebruik (13%) in combinatie met gokken (4%). De combinaties alcohol & gokken en cannabis & cocaïne, beperken zich tot twee individuen (4%) (zie tabel 10).

Tabel 10

Percentage jongeren bij MDFT waarbij middelengebruik aan de orde is, al dan niet in combinatie van verschillende middelen

Middelengebruik/verslaving (combinatie)	MDFT 2010 (N = 9)	MDFT 2011 (N = 15)	MDFT Totaal (N = 24)
Cannabis	44	40	42
Alcohol & Cannabis	22	47	38
Alcohol	11	13	13
Alcohol & Gokken	11		4
Cannabis & Cocaïne	11		4

5.3 Problemen in opvoeding en ouderschap

Problemen in de ouder-kind relatie en problemen in de opvoedingsvaardigheden komen binnen bijna elk gezin dat bij MDFT is aangemeld voor (respectievelijk 98% en 93%). Ondanks de hoge frequentie van deze problematiek komen problemen rond de veiligheid van het kind voor in minder dan de helft van de gezinnen (39%) (tabel 11). Opvallend is dat de percentages van problemen in opvoeding en ouderschap bij MDFT op vrijwel alle gebieden hoger liggen dan bij de Spirit-brede populatie. Alleen het percentage problemen gericht op de veiligheid van kind ligt bij MDFT gemiddeld lager dan bij Spirit.

Tabel 11

Percentage gezinnen bij MDFT en bij Spirit als geheel waarbij elk van de in de tabel opgenomen problemen in opvoeding en ouderschap genoemd wordt (in %)

Problemen in opvoeding en ouderschap	MDFT 2010 (N = 19) %	MDFT 2011 (N = 27) %	MDFT Totaal (N = 46) %	Spirit (N = 682) %
Ouder-kind relatie	95	100	98	53
Opvoedingsvaardigheden	9	9	96	84
Reflectie op eigen functioneren als ouder	84	67	74	49
Zelfvertrouwen als ouder	74	67	70	35
Opvoedingssituatie	53	56	59	50
Inlevingsvermogen vermogen als ouder (sensitiviteit)	58	44	50	35
Veiligheid kind	21	52	39	47

In het overgrote deel (71%) van de MDFT-gezinnen wordt 'alleen' het probleem van vijandigheid tussen ouder en kind genoemd als het om problemen in de ouder-kind relatie gaat. Het percentage gezinnen waar een combinatie van problemen op dit gebied wordt genoemd ligt flink lager (tabel 12).

Tabel 12

Percentage gezinnen bij MDFT met problemen in de ouder-kind relatie waar elk van de in de tabel genoemde combinatie van problemen genoemd wordt (in %)

Problemen in de ouder-kind relatie	MDFT 2010 (N = 18)	MDFT 2011 (N = 27)	MDFT Totaal (N = 45)
Vijandigheid ouders en kind	72	70	71
Vijandigheid & hechting.	6	11	9
Symbiotische relatie & parentificatie	6		2
Anders		7	4
Parentificatie	6	7	7
Symbiotische relatie	6		2
Vijandigheid & symbiotische relatie	6		2
Vijandigheid & hechting & symbiotische relatie		4	2

Om wat voor soort problemen het gaat, als problemen met opvoedingsvaardigheden aan de orde zijn is opgenomen in tabel 13. Onderscheiden worden problemen met leiderschap, met het bieden van structuur, met straffen en belonen en in de onderlinge afstemming van ouders. In 40% van de gezinnen zijn deze alle vier aan de orde. Bij een kleinere groep is het afstemmen niet het probleem, de rest wel (19%). De andere combinaties komen minder voor. Bij één cliënt was aangegeven dat er problemen in de opvoedingsvaardigheden waren, maar niet welke specifieke vorm(en). Bij twee gezinnen zijn geen problemen in de opvoedingsvaardigheden van ouders genoteerd.

Tabel 13

Percentage gezinnen bij MDFT waar problemen in de opvoedingsvaardigheden van ouders genoemd worden (in %)

Problemen in de opvoedingsvaardigheden	MDFT 2010 (N = 17)	MDFT 2011 (N = 26)	MDFT Totaal (N = 43)
	%	%	%
Leiderschap/structuur/straffen&belonen/afstemmen	47	35	40
Leiderschap/structuur/straffen&belonen	12	23	17
Leiderschap/straffen&belonen/afstemmen	6	12	9
Leiderschap/straffen&belonen		12	7
Afstemmen andere ouder	6	8	7
Leiderschap/structuur/afstemmen andere ouder	6	4	4
Leiderschap/afstemmen andere ouder	12		4
Leiderschap	6	4	4
Straffen&belonen	6	4	4

5.4 Problemen in het gezin en het sociaal-maatschappelijk functioneren

Bijna alle gezinnen hebben problemen op het gebied van de onderlinge communicatie (96%). Driekwart heeft te maken met sociaal-emotionele problematiek. Problemen op het gebied van de gezondheid speelt bij iets meer dan de helft van de gezinnen (57%). De overige vormen van problematiek komen bij minder dan de helft van de gezinnen voor. Onder de ouders komt in tegenstelling tot de jongeren wel licht verstandelijke beperking voor (9%). Vergeleken met de gezinnen van heel Spirit hebben de MDFT-gezinnen gemiddeld meer problemen in de communicatie en meer sociaal-emotionele problematiek. Gemiddeld hebben de ouders die te maken hebben met MDFT meer gezondheidsproblemen dan de ouders van alle interventies van Spirit.

Tabel 14

Percentage gezinnen bij MDFT

Problemen gezin & sociaal-maatschappelijk functioneren	2010 (N = 19)	2011 (N = 27)	Totaal (N = 46)	Spirit (N = 682)
	%	%	%	%
Communicatie	95	96	96	70
Sociaal-emotionele problematiek	63	81	74	54
Gezondheid ouders	68	48	57	30
Dagelijkse routine/voeren huishouding	53	26	37	37
Sociaal netwerk	42	33	37	27
Psychiatrische problematiek	37	37	37	28
Financiën ouders	21	26	35	30
Werk ouders	16	26	22	21
Verslaving	32	15	22	16
Huisvesting/wonen	16	19	17	23
Contacten met politie/justitie	26	11	17	13
Licht verstandelijke beperking	16	4	9	9

Combinatie van probleemgebieden

Gemiddeld worden er 6 problemen bij de jongere zelf genoemd, deze komen voor in combinatie met problemen op de beide andere besproken terreinen. Per casus worden er in de dossiers 14 problemen genoemd (range 5-23). In de meeste gevallen (67%) gaat het om een combinatie van problemen bij de jeugdige, in de opvoeding en in het sociaal-maatschappelijk functioneren van het gezin.

5.5 Tot slot

In dit hoofdstuk zijn de kenmerken van de cliënten van MDFT beschreven. De onderzoeksvraag luidde of de populatie overeenkomt met de indicatie-criteria van de interventie.

In 2010 en 2011 heeft het MDFT-team te maken gehad met 49 cliënten. Van 46 van hen is dossierinformatie gecodeerd. Er is geen verschil in de achtergrondkenmerken en problematiek in de beide jaren, op één punt na: in 2011 zijn er meer meisjes ingestroomd.

Het gaat om cliënten met veel problemen, die veelal in combinatie voorkomen. MDFT is ontwikkeld en ook onderzocht voor cliënten met problemen met middelengebruik (voornamelijk cannabis). Bij de helft van de jongeren die binnen Spirit het MDFT-traject heeft gevolgd is sprake (geweest) van problemen op dit gebied. Bij Spirit breed heeft een aanzienlijk kleiner aandeel van de jongeren deze problematiek. Nadere beschouwing van de doelgroepomschrijving van de MDFT-academie laat zien dat de doelgroep daar breder wordt omschreven dan het geval is bij de ontwikkelaars in de Verenigde Staten. In de VS gaat het om jongeren met middelengebruik en daaraan gerelateerde externaliserende en internaliserende problematiek. De Nederlandse variant van MDFT stelt in de doelgroep beschrijving het middelengebruik minder centraal. De doelgroep in Nederland wijkt daardoor af van die waar de interventie voor ontwikkeld en onderzocht is. Binnen Spirit zelf ligt in de populatie van MDFT het aandeel van jongeren met verslavingsproblematiek hoger dan bij de andere interventies.

Als er wordt uitgegaan van de Nederlandse indicatiecriteria van de MDFT-academie voldoen alle cliënten die door Spirit bij MDFT zijn opgenomen aan de indicatie-eisen.

6 DE UITVOERING VAN MDFT

In dit hoofdstuk komt de uitvoering van MDFT aan de orde (onderzoeksvragen 4 t/m 7).

In paragraaf 6.1 komt op basis van de MDFT-registratie aan de orde hoeveel cliënten er zijn aangemeld en ingestroomd, wat de duur van de behandeling is en de reden van afsluiting. Vervolgens gaan we op de vraag in hoe therapeuten hun aanpak in een casus bepalen en plannen (6.2) en welke technieken en interventies aan de orde zijn waarmee de MDFT-therapeuten verandering bij de jongere, ouders en in de omgeving van de jeugdige bewerkstelligen (6.3). In de laatste paragraaf volgt een korte samenvatting (6.4).

6.1 Behandelduur en reden afsluiting

In 2010 en 2011 zijn in totaal 80 jongeren/gezinnen bij MDFT aangemeld (cijfers oktober 2011). De cliënten die MDFT in 2010 en/of 2011 hebben afgesloten hebben tussen de 14 weken en 70 weken het MDFT traject gevolgd. De gemiddelde behandelduur is 37.5 weken ($SD = 21.5$). De cliënten van MDFT zijn aangemeld vanuit verschillende hulpvormen binnen Spirit en voornamelijk door de '16+' en de Regionaal Ambulante Teams (RAT's). Bij 49 van hen is de hulp van start gegaan, tien gezinnen staan nog op de wachtlijst. Ook is een deel van de cliënten direct door Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (BJAA) naar MDFT verwezen.

Tabel 15
Herkomst van bij MDFT aangemelde en aangenomen cliënten in 2010 en 2011

Aangemeld door	Totaal geaccepteerde aanmeldingen	In behandeling	Wachtlijst	Afgewezen
<i>(Externe verwijzer)</i>				
BJAA (Bureau Jeugdzorg)	16	11	5	8
Huisarts	1	1	-	-
Punt P (Arkin GGZ)	2	1	1	-
Lucertis (GGZ)	-	-	-	1
<i>(Interne verwijzer)</i>				
16+	10	9	1	2
Regionaal Ambulant Team	10	9	1	2
Spoedhulp	9	9	-	-
Nieuwe Perspectieven	3	2	1	-
Amsterbaken (JJI)	2	1	1	3
Beter met thuis	1	1	-	2
Koppeling (Jeugdzorgplus)	1	1	-	1
Sociaal Maatschappelijk Werk	-	-	-	1
Onbekend	4	4	-	1
Totaal	59	49	10	21

Uit tabel 15 is tevens op te maken dat er in 2010/2011 in totaal 21 cliënten zijn afgewezen voor MDFT.

Uit tabel 16 is op te maken welke redenen er zijn geweest voor de afwijzing/stopzetting.

Voor een groot aantal cliënten dat is afgewezen of waarvan de behandeling niet is doorgegaan, is als reden opgegeven 'niet gemotiveerd'. Ook is er relatief vrij vaak bij cliënten een ander traject ingezet (vier keer).

Tabel 16
Redenen waarom cliënten zijn afgewezen of de behandeling niet is doorgegaan

Reden	Aantal
Ouder(s) niet gemotiveerd	8
Niks meer van gehoord	4
Te lichte problematiek	3
Geen indicatie problematiek	1
Onvoldoende systeemprobleem	1
Niet passend	1
Geen zelfreflectie	1
GBM niet door	1
Onbekend	1
Totaal	22*

*Een gezin is afgewezen omdat er én geen motivatie was, én geen zelfreflectie. De genoemde redenen tellen daarom op tot 22.

6.2 Het plannen van de behandeling

Uit de interviews met de therapeuten blijkt dat de eerste fase van het MDFT-traject 6 tot 8 weken beslaat. In deze fase maken de therapeuten naar eigen zeggen veel gebruik van de MDFT stappen: kennis maken, allianties sluiten, werkrelatie opbouwen, erkenning geven, analyseren van de krachten en valkuilen, onderzoeken van de motivatie en het bespreken van het verleden. Ook is het de bedoeling dat de therapeuten in deze fase instrumenten gebruiken om de situatie van het gezin in kaart te brengen.⁸ Deze instrumenten worden tot nu toe niet gebruikt.

Na de eerste weken worden er twee formulieren ingevuld: de casusconceptualisatie en de casusanalyse. Dit wordt door alle therapeuten gedaan. Beide formulieren zijn opgesteld door de ontwikkelaars van MDFT en in overleg met de MDFT-academie ietwat aangepast aan de situatie bij Spirit.

In de formulieren wordt de informatie die de therapeut over het gezin heeft vergaard, per domein ingevuld. Deze informatie wordt geanalyseerd op de onderlinge samenhang van problemen en risico- en beschermende factoren. De volgende stap is het stellen van de doelen. Met de invulling van de casusconceptualisatie kan al direct bij de start van MDFT begonnen worden zodat dingen die nog missen kunnen worden onderzocht en erin verwerkt kunnen worden. Aan de hand van de casusanalyse maken de therapeuten een behandelplan. De inhoud wordt door de therapeuten altijd met het gezin besproken. In de eerste fase gaat het dus om drie stappen: informatie verzamelen (casus conceptualisatie), analyse van de situatie (casusanalyse) en – in overleg met het gezin - het stellen van doelen en kiezen van middelen (behandelplan).

In de voorbereiding van MDFT-sessies maakt MDFT gebruik van zgn. planningsformulieren. Deze zijn bedoeld om de therapeut te helpen bij het bepalen wát er precies in een sessie moet gebeuren (focus van een sessie). In een planningsformulier wordt gevraagd met wie de sessie plaats vindt, met welk doel de sessie plaats vindt en wat de therapeut voor 'middel' (techniek, aanpak) wil gebruiken om het doel te

⁸ Het gaat om respectievelijk NOSI, YSR, CBCL en CRAFFT. Informatie over deze instrumenten in hoofdstuk 2.2.

bereiken. MDFT kent formulieren per sessie (daily's). Vanwege het vele werk dat het gebruik van daily's met zich meebrengt, is het MDFT-team bij Spirit – in overleg met de supervisor – overgestapt op formulieren per week (weekly's).

In paragraaf 6.3 gaan we in op wat er op de formulieren is ingevuld. Hier bespreken we de ervaringen met het plannen van een MDFT-traject meer in het algemeen.

Doelen

Bij de planning van sessies houden alle therapeuten rekening met de in fase 1 opgestelde doelen. Deze doelen, die door de therapeuten als 'overkoepelende' doelen worden gezien vinden hun uitwerking door het hele MDFT-traject heen. Een therapeut beschrijft dit als volgt: *'het behandelplan heb je officieel altijd wel ergens in je hoofd of op papier erbij, want daar staan je doelen gewoon op waar je aan wil werken. Op het eind ga je ook weer terug naar je behandelplan van: welke doelen heb ik behaald en welke niet. Dat is eigenlijk gewoon je werkdocument. Je overkoepelend werkdocument om het zo te zeggen'.*

Aan de overkoepelende doelen van het gezin, daar wordt in de sessies in kleine stukjes aan gewerkt. Zoals een van de therapeuten aangeeft: *'Door de overkoepelende doelen. Bijvoorbeeld door die assessments weet je van dit zijn de overkoepelende doelen en dit zijn de problemen binnen het gezin en binnen dit gezin is er een groot conflict tussen dochter en stiefvader. Dus daar wil je aan gaan werken. Dus kijk je van hé deze week hier aan werken, dus het doel van deze sessie...om uiteindelijk te komen bij het overkoepelende doel'.*

Bij de bepaling van de doelen wordt aangesloten bij de vraag vanuit het gezin en het verloop van het traject. De doelen worden soms ook besproken tijdens de supervisie en intervisie.

Aan de therapeuten is gevraagd in hoeverre de doelen door de cliënten zelf (ergens in het hulpverleningsproces) zijn opgesteld. De therapeuten geven aan dat de doelen voortkomen uit de vraag van de cliënten maar dat er ook voor een deel wordt gestuurd door henzelf. Een therapeut zegt hierover: *'Ik merk wel dat ik ook stuur. Maar mensen ervaren dat niet zo, krijg ik steeds weer/meer terug. Omdat het... Er zit natuurlijk sturing in hè doordat je het voorbereid, omdat je dingen wilt ontlocken of dingen in gang wilt zetten. Mensen gaan dat ook als van zichzelf voelen. Als je het goed doet dan sluit je natuurlijk aan bij de klant. Daarom die eerste fase, is heel belangrijk, dat je goed weet waar iemand in zit. [...] de mensen voelen het ook dat het van zichzelf is. En ze krijgen natuurlijk ook ruimte toe om iets op de agenda te zetten. Ik vraag ook: Is er nog iets wat jullie willen meenemen vandaag?'.*

Doelen die vanuit andere betrokkenen aan de deelnemers van het traject worden gesteld (bijvoorbeeld de doelen van de gezinsvoogd) worden niet expliciet betrokken bij de bepaling van doelen door de therapeuten. Twee therapeuten geven aan dat het eigenlijk, als het goed is, vaak dezelfde doelen zijn die uiteindelijk allemaal samenkomen in de hulpverlening en zijn opgesteld vanuit de vraag van het gezin. De therapeuten formuleren voorafgaand aan een sessie een duidelijk doel voor die sessie. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van een planningsformulier worden de doelen daar meestal ook opgeschreven. MDFT sessies kennen een bepaalde opbouw. Een sessie start met een 'rationale'. In die rationale: [...] *daar geef ik eigenlijk aan heel kort wat mijn idee van het gesprek van die dag is en ook daarin bespreek*

ik ook wat het belang voor het gezin is'. Twee therapeuten geven aan altijd de rationale op te schrijven. De andere therapeuten stellen dat ze de rationale wel altijd doorlopen in hun hoofd om helder te hebben hoe ze de sessie gaan inzetten maar het niet altijd nodig of mogelijk is de rationale al op te schrijven op een planningsformulier. De meeste therapeuten zeggen aan het einde van een sessie een beoordeling te geven in hoeverre de doelen zijn bereikt en dit te doen door het invullen van de weekly's. Een therapeut zegt hierover; *'Dat is gewoon de weekly's daar kan je eigenlijk scoren waar je staat en hoe ver je nog op iets moet richten'*. Niet alle therapeuten werken echter met weekly's en niet voor alle gezinnen wordt een weekly bijgehouden.

Psygis

Uit de interviews blijkt dat therapeuten naast de daily's en weekly's die bij MDFT als instrument gelden om de focus in een sessie te verhelderen, ook te maken hebben met Psygis. Dit is het registratiesysteem van Arkin, waarin het beloop van elke sessie bijgehouden moet worden, evenals telefoontjes en contacten. Het invullen van Psygis is een verplicht vanwege de vergoeding van MDFT. Een therapeut zegt; *'daar staan alle beloopjes eigenlijk in zoals ze dat noemen. Van ieder gesprek komt een kleine samenvatting'*. De ervaring met Psygis is negatief. Het wordt vooral gezien als heel veel extra werk: *'Laat ik het zo zeggen: Het dient voor geen enkele manier de behandeling. Het is puur voor de zorgverzekeraar. Dus het draagt op geen enkele manier bij aan een betere behandeling'*.

Beoordelen vooruitgang

Twee therapeuten geven aan dat de beoordeling over de voortgang van de doelen wordt bepaald door de reacties in het gezin en hoe het gezin hier zelf over denkt. Een andere therapeut geeft aan dat dit wordt gedaan door de doelen te evalueren. De meeste therapeuten zeggen dat de supervisor bij de bepaling van de voortgang betrokken wordt door de besprekingen tijdens de supervisie. Eén therapeut zegt dat het opschrijven van een beoordeling van de doelen achteraf geen meerwaarde heeft voor de uitvoering van MDFT. Deze therapeut zegt hierover: *'Het is leuk voor mijn supervisor om te weten hoe het gegaan is. Maar ja, ik weet het wel en je hebt zo intensief contact met het gezin, dat je wel ziet of het veranderd is of niet'*.

De meeste therapeuten zeggen aan het einde van de sessie een samenvatting te geven over hoe de sessie is verlopen. Het concreet benoemen van de doelen doen de meeste niet, hierover zegt een therapeut: *'Als het goed gaat, als er in de interactie positieve dingen gebeuren, daar mensen elkaar rechtstreeks op aanspreken, of iets vriendelijks zeggen of bekrachtigends zeggen, complimentjes geven. Dan zal ik het gelijk uitvergrooten, maar ik beoordeel niet hoe hard er iets gewerkt is of niet, nee'*. Op de vraag of het terugkoppelen van doelen aan de deelnemers een meerwaarde heeft, antwoordt één van de therapeuten: *'Ja je maakt het voorspelbaar wat je gaat doen en waarom je dat gaat doen. [...] Dus je maakt het ook wel inzichtelijk voor het gezin wat je doet denk ik'*.

6.3 Gebruik van MDFT technieken

In het begin van hun werk als MDFT-therapeut omschreven een aantal therapeuten voorafgaand aan een sessie (in de planningsformulieren) hoe ze de doelen wilden gaan bereiken. Nu gebeurt dat vaak niet

meer. In het begin, zo vertellen twee therapeuten, had het opschrijven ook echt een meerwaarde: *'In het begin is het een meerwaarde absoluut omdat je er heel goed in komt'; 'Omdat alles nieuw was in het begin. Niet alleen voor mij, maar ook voor de supervisor'.*

Een andere therapeut zegt hierover: *'Ja, het bereidt je gewoon goed voor en je hebt een houvast en je doet het gezin goed. Je voert MDFT uit. Weet je als ik het niet zou doen zou ik die interventies niet opschrijven, zou ik ze misschien wel hebben in mijn achterhoofd hebben maar dan ga je toch denk ik verder met de ervaring die je hebt en MDFT is gewoon zo specifiek, dat je die interventies nodig hebt anders voer je de MDFT methodiek niet uit denk ik'.*

Inmiddels werken de therapeuten al enige tijd met MDFT en zeggen dat opschrijven niet meer nodig is. Zij hebben nu meestal goed in hun hoofd wat ze willen gaan doen. Zo zegt één van de therapeuten: *'Nu merk je dat je dingen eigen hebt gemaakt, dat je snel dingen kan toepassen. Je moet doorzetten als je denkt: Nu voel ik hem... Of ja, al die ingrediënten van MDFT heb je je eigen gemaakt, die kan je veel makkelijk inzetten'.*

Alle therapeuten zeggen de technieken of stappen uit de 'MDFT-lijst' te gebruiken. Daarnaast zetten zij natuurlijk ook hun eigen ervaring en kennis in. Een therapeut zegt hierover: *'Ik maak gebruik van die interventies, daarnaast heb ik mijn eigen instrumenten natuurlijk'. En: [...] ik heb ook heel veel ervaring en sommige ervaringen die kunnen vast, die vallen vast wel onder bepaalde interventies [.....], ik denk dat je ook veel gebruik maakt van de ervaring die je hebt en wie je bent natuurlijk'.*

Over het algemeen vinden therapeuten dat MDFT een goede 'gereedschapskist' biedt om met de doelen aan de slag te gaan. Eigen ervaring wordt echter wel als cruciaal gezien om de doelen ook echt te kunnen bereiken. Met enkel en alleen MDFT, zo is de opvatting, zal je niet ver komen. Een therapeut geeft aan dat MDFT op sommige gebieden niet de hele lading dekt. Op de vraag wat er dan binnen MDFT wordt gemist zegt deze therapeut: *'Theoretische kennis over bepaalde dingen, dat staat natuurlijk niet bij die interventies en dat moet je gewoon weten. Bijvoorbeeld drugs, behandelen van drugs, want MDFT is heel goed met jongeren die drugs gebruiken. Nou, als ik naar mijzelf kijk, dan doe ik op dat punt voor mijn gevoel maar wat. Ja, dan vraag je wel advies. Maar we hebben het nu bij de MDFT dag wel over drugs gehad, maar dan heb ik nog steeds iets van mijn kennis daarover is te beperkt'.*

Alle therapeuten vinden dat zij in de opleiding door de MDFT-academie goed op het gebruik van de MDFT-technieken zijn voorbereid. Door de supervisie worden ze, zo stellen ze, hierin nog steeds ondersteund. Ze zijn hier tevreden over.

Koppeling van doel en middel

Hoe bepalen MDFT-therapeuten nu welke technieken ze het beste kunnen inzetten om de doelen te bereiken? Over het algemeen stellen de therapeuten dat de keuze voor bepaalde interventies samenhangt met de fase waarin ze met het gezin zitten. Voor de verschillende fases zijn verschillende interventies voorhanden. Zo zegt een therapeut: *'Afhankelijk van de fase. We zitten in drie fases te werken natuurlijk. Dus in fase 1 pak je interventies die daarbij horen, zo ook voor fase 2'. Over de koppeling met specifieke doelen wordt onder andere gezegd; 'je hebt een gesprek met een gezin, het gezin geeft aan wat ze willen doen, vervolgens heb je dus dat gesprek, je stelt de doelen op, je weet wat*

voor fase je in zit dus je weet wat je wil halen uit die fase, daar stel je je doelen daar haal je je interventies bij. Het is op een gegeven moment een soort rad ofzo wat loopt denk ik'. Een andere therapeut geeft aan: *'Ja daar is een handleiding voor dat sowieso dus op die manier kan je het terugzoeken als je het even niet meer weet. En verder ja het zit inmiddels ook wel een beetje in je hoofd na twee jaar'.* Een andere therapeut zegt daarover: [...] *ook al ken ik de interventies nu uit mijn hoofd, dat wil niet zeggen dat ik ze altijd goed inzet, op de juiste momenten, op de juiste manieren. Dat is gewoon ervaring. En dat blijf je oefenen door die planningsheets te maken, door intervisies, supervisie, opnemen, terug kijken'.* Aangezien het aantal MDFT technieken groot is, is gevraagd of er specifieke technieken zijn die vaak of juist minder vaak worden ingezet. Bijna alle therapeuten zeggen dat zij 'erkenning geven' veel gebruiken. Ook worden genoemd: 'terugkijken naar het verleden' en 'liefde en betrokkenheid vergroten'. Op de vraag aan één van de therapeuten of diegene voor zichzelf bijhoudt welke interventies goed werken werd het volgende geantwoord: *'Ja nou ja, dat is natuurlijk wel een gevaar want als je denkt van oh die drie van de acht werken heel goed die zet ik vaak in dan, ik moet niet kijken dat ik dan andere interventies uit het oog verlies want die zijn natuurlijk net zo belangrijk en spelen net zo goed maar zijn nog niet zo eigen'.* In het merendeel van de gevallen lukt het de therapeuten goed om de technieken die men zich heeft voorgenomen in te zetten, ook daadwerkelijk in te zetten.

6.4 Ingevulde planningsformulieren

De MDFT-planningsformulieren zijn formulieren die de therapeuten invullen om cliëntcontacten te plannen. Op dit formulier wordt ingevuld met wie zij een sessie plannen, wat de doelen zijn van die sessie en welke middelen zij in willen zetten om de doelen te bereiken. Vervolgens vullen zij hetzelfde planningsformulier na afloop van de sessie aan. Ter evaluatie van de sessie wordt beschreven wie er daadwerkelijk aanwezig was, hoe lang de sessie duurde en waar de sessie heeft plaatsgevonden. Ook is er ruimte voor de eerder genoemde rationale. In de rationale beschrijven therapeuten het waarom van de sessies, om bij het gezin de sessie gericht te kunnen starten. Aan het einde van het planningsformulier is nog een keer het kopje 'rationale' opgenomen. Hier dient de rationale voor de evaluatie van de sessie. Het uitgangspunt van MDFT is dat het werken met planningsformulieren de therapeut stimuleert om 'focus' te houden in een sessie en de supervisor inzicht biedt in het verloop van de therapie. Het formulier dient voor de therapeut als:

- Basis voor methodisch werken
- Leidraad voor de sessie
- Geheugensteun voor tussentijds te plegen telefoontjes en andere acties, waaronder bellen met de jongere en ouders over voortgang van de uitvoering van de afspraken en opdrachten
- Input voor de volgende sessie

De planningsformulieren kunnen flexibel gebruikt worden. Als er in een sessie bepaalde zaken gebeuren, zoals een crisis, wijken therapeuten natuurlijk af van het planningsformulier. Wel dienen zij de gebeurtenissen op het planningsformulier op te schrijven. Het planningsformulier moet, ook na de opleiding, gebruikt worden door MDFT-therapeuten als onderdeel van het werken met MDFT. De

planningsformulieren zijn dan een routine geworden die weinig tijd kost, veel informatie oplevert en overleg in teambesprekingen vergemakkelijkt (Rigter & Mos, 2008).

MDFT kent twee soorten planningsformulieren: de daily's en de weekly's. Hierop beschrijven therapeuten per sessie waar zij aan willen werken en wat er daadwerkelijk is gebeurd. Op de weekly's wordt er een planning gemaakt voor meerdere sessies gedurende een hele week.

Het aantal ingevulde planningformulieren

Er zijn in de periode tussen februari 2010 en oktober 2011 in totaal 449 planningsformulieren ingevuld, 338 in 2010 (75%) en 109 in 2011 (25%). Hieronder zijn er 402 daily's (89%) en 47 weekly's (11%). De therapeuten gebruiken beide soorten planningsformulieren en gebruiken deze ook door elkaar heen. Met de supervisor wordt afgesproken welk planningsformulier wordt ingevuld voor welke casus. Over het algemeen kan uit de interviews worden opgemaakt dat de keuze voor één van beiden, naast voorkeur, afhangt van de moeilijkheid van de casus en de tijd die men heeft. Zo geeft een therapeut aan: *'Bij sommige vind ik zo'n planningsheet handig omdat ik die sessie gewoon echt goed wil voorbereiden, omdat het moeilijk is of belangrijk is'*. Een andere therapeut zegt: *'Nou ik kies eigenlijk de weekly's bij de gezinnen waarvan ik denk, hoe moet ik verder, daar maak ik eigenlijk altijd een weekly van'*. Eén van de therapeuten vertelt geen daily's te gebruiken: *'Omdat dat te veel werk werd. [...] én Psygis bijhouden én voor elk gesprek een planningsheet gaan maken, nou dan kom je niet meer achter je pc vandaan'*.

Gebruik planningsheets per cliënt

Hoewel de therapeuten een meerwaarde zien in het invullen van planningsformulieren wordt dit niet voor elke sessie of gezin gedaan. Eén van de therapeuten zegt hierover: *'Het is eigenlijk, wel, het is echt een richtlijn van de academie om iedere sessie voor te bereiden, in de praktijk kost het zoveel tijd dat het niet haalbaar is dus wij hebben afgesproken om in ieder geval per week twee weekly's te maken'*. De keuze ten aanzien van welke gezinnen een planning wordt gemaakt, wordt gemaakt in samenspraak met de supervisor; *'In overleg met de supervisor zeggen we, nou we doen het deze keer voor die'*.

De keuze om wel of niet een planningsformulier in te vullen hangt samen met tijd en het hebben van focus. Een therapeut zegt hierover: *'Als de dingen heel duidelijk zijn en je focus ligt heel goed dan hoeft je niet zo zeer, tenminste als ik voor mezelf praat. Maar als je de focus erbij moet houden, die scherpste en echt ergens naar toe wilt, is het wel handig om dit te doen zodat je een goede leidraad hebt'*. Op het moment dat de therapeuten geen planningsformulier invullen bereiden ze de sessie voor in hun hoofd, zo stellen ze, één therapeut houdt voor zichzelf een schriftje bij.

Uit tabel 17 kan worden opgemaakt dat de therapeuten voor 37 cliënten de daily's ingevuld hebben. Voor de meeste cliënten zijn de planningsformulieren een enkele keer (1 – 9) ingevuld. Voor zeven cliënten zijn de planningsformulieren 10 tot 19 keer ingevuld. Voor vijf cliënten zijn de planningsformulieren 20 tot 29 keer ingevuld. Voor drie cliënten zijn de planningsformulieren per cliënt meer dan 30 keer ingevuld. Voor drie cliënten zijn de weekly's meer dan zeven keer ingevuld. Voor vier cliënten zijn de weekly's drie tot vier keer ingevuld. Voor acht cliënten zijn de weekly's een of twee keer ingevuld. De ene therapeut gebruikt de formulieren vaker dan de andere therapeut (tabel 18).

Tabel 17
Aantal cliënten waarvoor een planningsformulier is ingevuld

Planningsformulieren	Aantal cliënten	Percentage
<i>Dagformulieren</i>		
1-9	22	60
10- 19	7	19
20-29	5	14
30 >	3	8
Totaal	37	100
<i>Weekformulieren</i>		
0-2	8	53
3 – 4	4	27
5-6	0	0
7 >	3	20
Totaal	15	100

Tabel 18.
De MDFT-therapeuten en het aantal cliënten waarbij zij met planningsformulieren hebben gewerkt

	Daily	Weekly	Totaal
Therapeut 1	4	0	4
Therapeut 2	7	1	7
Therapeut 3	7	6	10
Therapeut 4	10	2	11
Therapeut 5	8	6	10
Therapeut 6*	2	0	2

* gestart bij MDFT zomer 2011.

De onderdelen van de planningsformulieren

De planningsformulieren bestaan uit een aantal delen: planning, uitvoering en evaluatie.

In de planning vullen de therapeuten in wat zij in de sessie/week willen doen met de cliënten, in de uitvoering houden zij bij wat er daadwerkelijk is gebeurd en in de evaluatie kunnen ze evalueren over de afgelopen sessie. Therapeuten gebruiken vooral het onderdeel planning.

Tabel 19
Delen van de planningsformulieren die ingevuld zijn (N = 449)

	Planning	Uitvoering	Evaluatie
Ja	433	301	305
Nee	16	148	144

MDFT bestaat uit drie fases. Therapeuten hebben vooral voor cliënten in fase 2 een formulier ingevuld (tabel 20). In een derde van de gevallen is het planningsformulier gebruikt bij cliënten in fase 1. Voor cliënten in fase 3 zijn de planningsformulieren nauwelijks ingevuld.

De meeste formulieren zijn ingevuld ter voorbereiding van sessies met ouders en sessies met jongeren in fase 2. Overleg met derden wordt het minst met een planningsformulier voorbereid (tabel 21)

Tabel 20

Aantal ingevulde planningsformulieren per fase van de behandeling

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Aantal	148	294	6
Procenten	33	66	2

Tabel 21

Aantal ingevulde planningsformulieren per domein

	Jongere	Ouders	Gezin	Derden	Missing
Fase 1	48	55	65	15	0
Fase 2	103	126	94	27	4
Fase 3	1	1	4	0	0
Totaal	152	182	166	42	4

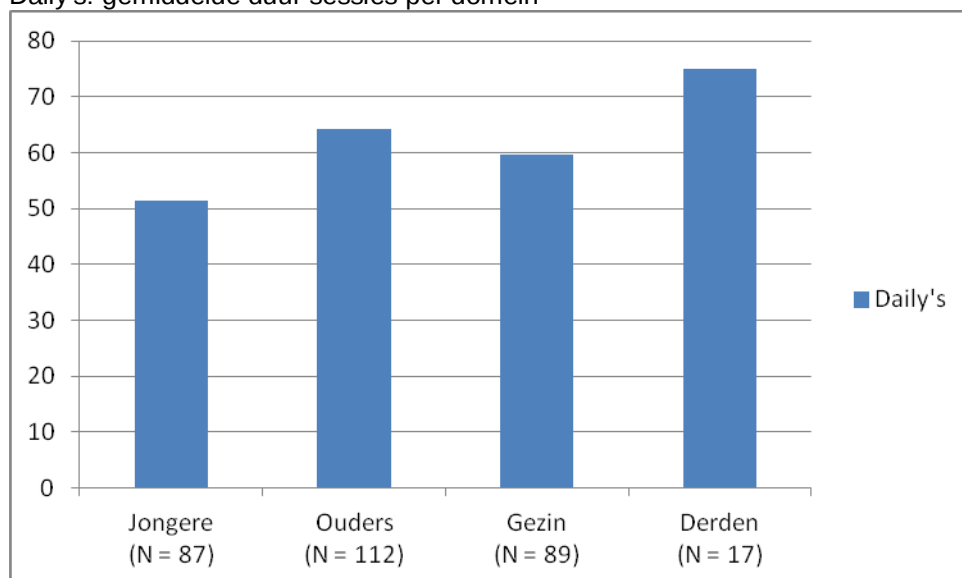
Duur van de sessies met cliënten

In de interviews is de therapeuten gevraagd hoe veel tijd (in minuten) zij gemiddeld met een sessie bezig zijn. Alle therapeuten geven aan dat zij doorgaans langer dan de 45 minuten die vergoed worden, per sessie bezig zijn. Allemaal zijn zij gemiddeld tussen een uur en anderhalf uur per sessie kwijt. Op de vraag of de therapeuten vooraf bepalen hoe lang de sessie zal gaan duren worden verschillende antwoorden gegeven. Niet alle therapeuten bepalen vooraf de tijd die zij aan de sessie willen besteden. Twee therapeuten vertellen dat het bij MDFT hoort om ook een sessie te kunnen stoppen wanneer doelen gehaald zijn. Eén van de therapeuten zegt hierover: *‘Als je binnen een half uur je doel bereikt hebt en het gaat geweldig, moet je niet langer doorgaan, moet je het gewoon stoppen. Ook al ben je maar een half uur bezig’*.

Op basis van de planningsformulieren is niet precies na te gaan hoe lang alle sessies feitelijk duren. Niet van alle sessies zijn immers formulieren beschikbaar en niet voor alle sessies is informatie over de duur ingevuld. Om een eerste indruk te krijgen van de tijd die therapeuten besteden is op de beschikbare formulieren gekeken naar de tijd die zij per domein (jongere, ouders, gezin en derden) besteden. Op basis van de daily's kunnen we stellen dat de meeste sessies plaatsvinden met ouders, en daarna met jongeren en het gezin als geheel. Deze sessies duren ongeveer een uur. Er zijn maar weinig sessies met 'derden' en de sessies die er zijn nemen fors meer tijd in beslag (figuur 2). Op basis van de weekly's zien we een iets ander beeld. Ook hier gaat de meeste tijd naar sessies met ouders (figuur 3).

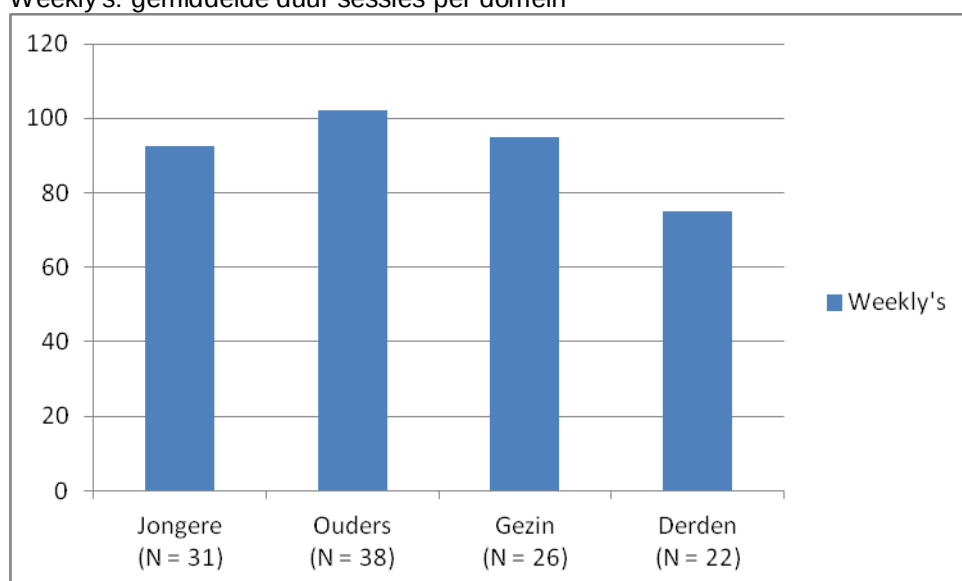
Figuur 2

Daily's: gemiddelde duur sessies per domein



Figuur 3

Weekly's: gemiddelde duur sessies per domein



Aanwezig bij sessie

Wie zijn er bij de sessies? Dat is in bijna een derde van de gevallen niet ingevuld. Op de planningsformulieren waar dit wel is ingevuld, gaat het in bijna de helft van de gevallen om de jongere en/of diens moeder. Vaders zijn er minder vaak bij en andere betrokkenen nog minder (Tabel 22).

Tabel 22
Deelnemers aan MDFT sessies

Aanwezig	Aantal	Percentage
Jongere	212	47
Moeder van jongere	210	47
Missing	141	31
Vader van jongere	72	16
Beide ouders	68	15
Ander familielid*	47	10
Andere hulp**	37	8
Broers/zussen	26	6
School	13	3
Anders	8	2
Vrienden (algemeen)	5	1
Vriend (relatie)	3	1

* Grootouders, stiefouders, pleegouders etc.

** 16+, reclassering, psychiater, gezinsvoogd, maatschappelijk werker, leerplicht.

In de interviews is aan de therapeuten gevraagd op basis waarvan zij besluiten met wie een sessie wordt gepland. Die keuze hangt van veel factoren af: de casus, het vorige gesprek, de fase van het traject, het doel waar de therapeut aan wil werken en aan de vraag vanuit het gezin. Er is dus geen eenduidig antwoord te geven op deze vraag. Of de personen die deelnemen aan de sessie worden afgewisseld hangt daarbij volgens de therapeuten ook af van bovenstaande factoren.

In de interviews is vervolgens gevraagd of de therapeuten bij een sessie met meerdere personen wel eens bepaalde deelnemers tijdelijk de ruimte laten verlaten (dit is een specifieke techniek van MDFT). Slechts één therapeut geeft aan hier nooit gebruik van te maken, hij/zij zegt hierover: *'Het is me nog niet voorgekomen, dat ik dacht: Ik moet even iemand apart zetten. Nee'*. Andere therapeuten geven aan dat ze hiervan gebruik maken wanneer de sessie vastloopt of de boel dreigt te escaleren. Eén therapeut doet het standaard, hij/zij zegt hierover: *'Dat doe je eigenlijk standaard, dat leg je mensen ook uit. Omdat je binnen dat gesprek de dingen op elkaar wilt afstemmen en de mensen eigenlijk in zo een modus zet dat ze echt samen, kunnen gaan spreken over een bepaald onderwerp. Dat ze ook succes ervaren. Dus dat is standaard binnen MDFT eigenlijk'*.

Op de vraag of de vooraf geplande aanwezigen ook vaak diegenen zijn die aanwezig zijn bij de sessie wordt door alle therapeuten geantwoord dat dit vrijwel altijd het geval is. Soms komt het voor dat een jongere niet op komt dagen of dat er bij een andere deelnemer iets tussenkomt maar over het algemeen zijn de geplande aanwezigen ook echt bij de sessies aanwezig volgens de therapeuten.

Locatie van de sessies

De locatie van de sessies ontbreekt vaak op de planningsformulieren. De formulieren waar de locatie wel is ingevuld, laten zien dat de meeste gesprekken bij de jongere thuis plaats vinden. Andere locaties worden wel gebruikt, maar in veel mindere mate (Tabel 23).

Tabel 23

Locatie waar de gesprekken plaatsvonden

Locatie	Aantal	Percentage
Missing	184	41
Thuis bij de jongere	179	40
Kantoor Spirit	32	7
Anders	21	5
Telefonisch	18	4
Andere zorginstelling	13	3
Straat, park, auto etc.	8	2
Vrienden	6	1
School	5	1
Jeugdinrichting	3	1
Bij ander familielid	2	0*
Wijkcentrum of kerk	1	0*
Rechtbank	1	0*

* Deze locaties zijn een of twee keer genoemd, wegens afronding komen deze percentages uit op 0.

Therapeuten kiezen doorgaans voor de locatie 'kantoor' als zij een gesprek willen voeren zonder dat de deelnemers afgeleid worden of om een bepaalde toon in te zetten. Zo zegt een therapeut: *'Als je iets echt serieus wilt bespreken en dat is thuis niet mogelijk omdat er thuis veel afleidingen zijn of je wilt materialen gebruiken die je op kantoor hebt of zo, of je wilt kijken hoe de inzet van het gezin is'*. Sommige therapeuten geven de voorkeur aan sessies bij het gezin thuis. Niet alleen omdat sommige gezinnen niet mobiel genoeg zijn om langs te komen op kantoor, maar ook: *'[...] het liefst ben ik bij de gezinnen thuis omdat het daar gebeurt. Je ziet daar wel het meeste, je voelt er het meeste'*; *'Ik denk toch ze moeten het thuis ook gaan doen dus laten we het hier ook gaan oefenen'*.

Ervaringen met werken met planningsheets

Vrijwel alle therapeuten zeggen dat het werken met de planningsformulieren helpt wanneer de therapeut voor zichzelf duidelijk wil krijgen wat de beste aanpak is voor een sessie. Het maken van een planningformulier helpt om: *'mijn focus scherp te krijgen en mijn interventies vooraf helder te hebben zodat ik beter kan sturen'*; *'Nou wat je helpt is dat je eventjes erbij stil staat en de zaken op een rijtje zet. Dat helpt je dan om eventjes gericht te werken'*. En een andere therapeut zegt hierover: *Dan merk ik toch dat het voordeel is dat je gewoon meer focus houdt. Dat het je ook iets oplevert. Dus, je moet echt tijd maken om ook gewoon voor een gesprek een planningsheet te maken. Moet je meenemen in je tijd. In je boekingstijd'*.

Ook voor de uitvoering van de sessie zelf helpt het om een planningsformulier te hebben ingevuld, zo geven de therapeuten aan: *'Bij de uitvoering vind ik het me heel erg helpen ja. Je bent meer gefocust, als het een keer niet gebeurt hè, omdat je een ingelaste afspraak hebt of zo, je moet ergens heen of je... En zo druk dat je het wel in je hoofd hebt, wat je op papier hebt kunnen zetten, dan is het even opgekrabbeld. Dan merk ik als ik het zo gedaan heb, als ik het voorbereid heb, dat ik meer focus heb'*; *'Tijdens de sessie kan er van alles gebeuren en ook sommige mensen die willen heel veel praten en als je dit gewoon goed voorbereidt, dan kan je meer sturen naar wat je doel was voor die sessie'*; *'Wat ik heel fijn vind is dat je daardoor heel gericht een gesprek gaat voeren. Dus dat je echt een soort van houvast, een doel hebt voor het gesprek, dus wat je in het gesprek wilt bereiken'*.

Hoewel het veel werk is en veel tijd kost van de therapeuten wordt het invullen van planningsheets niet als 'onnodig' gezien, zoals het invullen van andere formulieren soms wel wordt ervaren. Het verschil is

volgens een therapeut dat; *'dit gaat over inhoud en je werkwijze'*. Bovendien leidt het invullen van planningsformulieren ertoe dat de therapeuten MDFT uitvoeren, zo stelt een therapeut: *'Dus door die planningsheets blijf je wel MDFT doen, omdat je dan echt moet nadenken over wat je gaan doen'*. Aan de therapeuten is gevraagd of naar hun idee alles te plannen en voor te bereiden is. Een van de therapeuten zegt daarop: *'Soms wel, soms niet. Hangt af van wat er gebeurt [...] als er een crisis is gebeurd, dan houd je niet aan je planningsheet dan ga je even wat anders doen, dat is ook een interventie bij MDFT zelf, zelfreflectie, kunnen schakelen naar 'what's in front of you', om het zo te zeggen'*. Wel geven enkele therapeuten aan dat de grote lijn van de planning vaak, ondanks bijvoorbeeld een crisis, kan blijven staan. Een therapeut wijst erop dat: *'juist bij dit soort gezinnen omdat er veel gebeurd is, is het belangrijk dat je je aan je planning houdt anders word je alle kanten opgesleurd'*.

6.5 Tot slot

In dit hoofdstuk is er ingegaan op de uitvoering van MDFT door het MDFT-team van Spirit. Hierbij is gebruik gemaakt van informatie afkomstig uit planningsformulieren en interviews. De ontwikkelaars van MDFT hebben een multisysteem interventie ontwikkeld, waarin gewerkt wordt met drie fasen, elk met min of meer eigen technieken. Het gebruik van planningsformulieren is een instrument om therapeuten te helpen de MDFT-sessies gericht uit te voeren en zich op meerdere domeinen te richten. Op dit moment worden de formulieren niet standaard gebruikt. Therapeuten grijpen op moeilijke momenten naar de formulieren om hun gedachten te ordenen en sessies te sturen. Het uitgangspunt de formulieren altijd te gebruiken, zodat het een weinig tijdrovende routine wordt die veel informatie oplevert en teambesprekingen vergemakkelijkt is nog geen gemeengoed.

Hoewel de planningsformulieren niet standaard gebruikt worden, bieden ze wel zicht op de domeinen waar de therapeuten zich op richten, de gebruikte technieken en de duur en locatie van de sessies. De meeste sessies zijn gericht op het gezin, met sessies met de jongere als goede tweede. Deelnemers zijn voornamelijk de jongere en zijn/haar moeder. Doordat de formulieren niet standaard worden gebruikt ontbreekt zicht op de mate waarin MDFT zich daadwerkelijk richt op de verdere omgeving van de jongere (school, werk, vrijetijdsbesteding, vriendengroep). De therapeuten zeggen de MDFT-technieken toe te passen, en dit te combineren met hun eigen ervaring. Dat lijkt een logische combinatie. Op basis van de planningsformulieren hebben we echter geen zicht op de gestelde doelen en ingezette middelen.

Ondanks dat de planningsformulieren niet standaard worden gebruikt, zien therapeuten wel de meerwaarde van het gebruik ervan. Het helpt om de focus in de hulp helder te krijgen. De formulieren worden niet gebruikt door tijdgebrek. Veel tijd gaat er volgens de therapeuten zitten in het registreren van het beloop van sessies, telefoontjes en contacten in Psygis. Men ervaart beiden invullen als dubbel werk en omdat Psygis nodig is voor de financiering, krijgt dat prioriteit. Terwijl de registratie in Psygis geen bijdrage biedt aan de behandeling en niet gebruikt kan worden in de supervisie. Dit doet afbreuk aan de voorgeschreven aanpak van MDFT. We concluderen dat de uitvoering van MDFT bij Spirit nog

onvoldoende gericht is op de systemen buiten de jongere en zijn/haar ouder(s). Op basis van de beschikbare gegevens lijkt het vooral om gezinsbehandeling te gaan.

De registratie in Psygis lijkt een goede uitvoering van MDFT in de weg te staan: de instrumenten die ontworpen zijn om MDFT goed uit te voeren worden niet standaard gebruikt en kunnen niet gebruikt worden in de ondersteuning van medewerkers.

7 INVOERING EN BORGING VAN MDFT

In dit hoofdstuk komt de invoering en borging van MDFT aan de orde (onderzoeksvraag 8 t/m 10). De handleiding van MDFT (Rigter & Mos, 2008) beschrijft naast het trainen van medewerkers, verschillende hulpmiddelen om in de praktijk een goede uitvoering van MDFT te kunnen borgen. In de interviews met de MDFT-teamleden is zowel naar de training als naar de manieren van ondersteuning gevraagd. In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde:

- Training en boostersessies (7.1)
- Ondersteuning van de therapeut door een assistent (7.2)
- Individuele supervisie (7.3)
- Zelfsupervisie (7.4)
- Intervisie en casuïstiek (7.5)
- Thema's in de supervisie (7.6)
- Eisen aan de supervisor (7.7)
- Ondersteuning door de MDFT-academie (7.8)

In elke paragraaf wordt informatie uit de handleidingen gecombineerd met informatie van de teamleden. De laatste paragraaf bevat een korte bespreking van de uitkomsten.

7.1 Training in MDFT

De opleiding van een MDFT-team wordt verzorgd door de MDFT-academie. Dit is de organisatie die de implementatie van MDFT in Nederland en de rest van Europa verzorgd in nauwe samenwerking met de ontwikkelaars in de Verenigde Staten. De opleiding beslaat in totaal drie jaar en bestaat uit twee delen die beiden afgesloten worden met certificering. Er zijn dan ook twee certificaten te behalen: A en B. De opleiding bestaat uit een beperkt aantal klassikale cursusdagen waarin verschillende teams tegelijk de opleiding volgen. Het zwaartepunt van de opleiding ligt bij begeleiding in de dagelijkse praktijk door de supervisoren die aan elk MDFT-team verbonden zijn. Vanuit de MDFT-academie vinden er werkbezoeken aan teams plaats en er vindt telefonische supervisie van de Spirit-supervisor plaats.

De MDFT-therapeuten bij Spirit zijn over het algemeen tevreden over de opleiding in het eerste jaar. Therapeuten vinden het fijn dat de opleidingsdagen praktisch zijn en ook de therapeutenrol goed werd geoefend: *'Supergoed, het zat heel goed in elkaar, de facilitering was perfect, goede ruimtes, goede docenten, goede opbouw...je moest ook veel dingen lezen, het zat goed in elkaar, veel beeldmateriaal, veel oefenen'*. Het materiaal en de soms 'pittige' terminologie vergt wel een en ander van de therapeuten, maar dat went snel: *'Het is allemaal heel vanzelfsprekend, je moet even wennen aan de terminologie, maar dat wordt zo vaak herhaald, dat er sprake is van een soort 'brainwash'.*

Het contact tijdens de training met andere MDFT-teams als positief ervaren: *'je leert ook weer van hun praktijkervaring/casussen. Het heeft voor mij ook opgeleverd dat ik nu weer contact heb met de*

Hoenderloo groep, zo kan ik een cliënt van mij aan hen overdragen'. Over het tweede opleidingsjaar zijn de therapeuten ook tevreden, maar minder. Zo geeft een therapeut aan dat na de eerste opleiding in MDFT het werken met de interventie een beetje verwaterd is, ondanks de supervisie. Als oorzaak geeft deze therapeut aan dat het in het begin van MDFT voor het team nog zoeken was naar hoe zij de interventie binnen Spirit vorm moesten geven. Ook is het tweede opleidingsjaar minder intensief. De therapeuten zijn echter wel tevreden over de trainingen (boostersessies) in het tweede opleidingsjaar: 'Dat was weer leuk en interessant, maar ook om dan weer te horen van de andere therapeuten...leuk om dan weer ervaringen uit te wisselen en te zien: oh, zij lopen tegen dezelfde dingen aan'.

Op het moment van interviewen hebben de MDFT-therapeuten twee boostersessies achter de rug. De therapeuten zijn tevreden over deze sessies en vinden dat deze helpen om MDFT goed uit te voeren: *'het geeft je nieuwe inzichten, tips die [de trainer] geeft over interventies, casussen, hoe je dingen aanpakt en gewoon heel algemeen als het lijkt dat je vastloopt in een casus dan heb je ergens in het begin toch niet goed gedaan'*. De trainer van de boostersessies wordt als zeer positief ervaren. Therapeuten beschrijven haar als 'inspirerend.': *'[ze] is zo geweldig; je gelooft er gewoon in als zij het doet en het ziet er dan zo simpel uit'*.

Voor het behalen van de certificaten moeten therapeuten laten zien wat zij hebben geleerd. De MDFT-therapeuten dienen opnames van door hun uitgevoerde sessies in te leveren. De MDFT-academie beoordeelt de opnames van ten minste twee behandelsessies op behandelintegriteit. De therapeuten krijgen tijdens de opleiding toetsvragen voorgelegd, met terugkoppeling en aan het eind examenvragen (Rigter & Mos, 2008). De manier van toetsen wordt door een aantal therapeuten minder positief ervaren. Zo noemt een therapeut het "schools" en een andere therapeut vindt deze manier van toetsen niet bij hem passen: *'Ik ben meer praktisch gericht en ik vind het lastig om dingen op papier te zetten. Kijk, het is ondersteunend omdat je dan bewust bekwaam bent dat je weet wat je doet, maar ik ben meer intuïtief bekwaam'*.

Scholing van de supervisor

MDFT-supervisors werken zelf als MDFT-therapeut en geven daarnaast supervisie over de uitvoering van MDFT. Hun training is dan ook deels hetzelfde, maar kent een aanvulling die ook met extra toetsen en examenvragen wordt afgesloten. De bespreking en beoordeling van supervisieportages en van opnames van supervisiezingen maken daar onderdeel van uit.

Daarnaast krijgt de supervisor zelf supervisie van de hoofdtrainer van de MDFT-academie

MDFT-supervisors werken met een aparte supervisie handleiding. De supervisor bij Spirit vindt de handleiding voldoende handvatten bieden: *'deze vindt ik prima. Ook de andere middelen, zoals de checklistsIk vind het een grote vooruitgang dat er een heldere structuur in werkwijze voor de supervisor zit'*.

De MDFT-supervisiehandleiding (Rigter en Mos, 2008) gaat er van uit dat MDFT-supervisors drie tot vier keer per jaar deelnemen aan een zogeheten MDFT-seminar, om voldoende up-to-date te blijven in de kennis over MDFT en over het geven van MDFT-supervisie. De supervisor van Spirit neemt deel aan deze seminars en zegt er veel aan te hebben, maar ook te ervaren dat de praktijk vaak weerbarstiger is dan de theorie bij de seminars: *'ook ik moet soms accepteren dat het soms 'rough around the edges' is;*

dat het heel mooi beschreven staat hoe de ideale supervisie eruit ziet maar dat de dagelijkse praktijk veel weerbarstiger is..... als we een boostersessies hebben dan is dat net een soort laboratoriumsituatie t.a.v. hoe het zou moeten maar merk je de volgende dag op je kantoor dat de dagelijkse praktijk er toch anders uit ziet'.

7.2 Therapie-assistent

In de MDFT-handleiding wordt er van uit gegaan dat een MDFT-team ondersteund wordt door 0,5 tot 1 fte therapie-assistent: iemand die afspraken kan maken en kan bewaken, instanties kan bellen, gegevens kan verzamelen en kan vastleggen. Bij voorkeur neemt deze therapie-assistent ook deel aan het teamoverleg, zodat hij/zij de zaken in ruimer perspectief kan gaan zien en de urgenties in acties kan onderkennen. In dit overleg worden problemen besproken waarop de therapie-assistent is gestuit en worden er mogelijke oplossingen voorgesteld. Elke therapeut beoordeelt de op zijn verzoek uitgevoerde taken en vertelt over de nieuw te ondernemen plannen.

De therapie-assistent krijgt begeleiding van de therapeut, dus van elke therapeut afzonderlijk en niet van de MDFT-supervisor. De therapeut is verantwoordelijk voor de bewaking van taken (opstelling van takenlijst voor therapeut) en de daarmee gemoeide tijd. Opschrijven van takenlijst geeft hele team inzicht in de werklast en in de haalbaarheid van de acties (Rigter & Mos, 2008). Aan het MDFT-team bij Spirit is geen therapie-assistent toegevoegd. Desgevraagd zeggen therapeuten dat het een welkome aanvulling zou zijn, omdat de vele administratieve taken als last ervaren worden en er daarmee geen goed gebruik gemaakt wordt van hun expertise en vakkundigheid.

7.3 Individuele supervisie

De MDFT-handleiding gaat uit van een MDFT-team van drie tot zes personen waar minimaal 0,5 fte supervisor onderdeel van uit maakt. De supervisor is nadrukkelijk ook MDFT-therapeut om voldoende 'feeling' te houden met de praktijk. Het uitgangspunt is dat de supervisor hierdoor goed op de hoogte blijft van het therapeutisch werk en voldoende bij kan dragen aan het repertoire van ideeën en suggesties die gebruikt kunnen worden in training en supervisie. Daarnaast zal de supervisor tevens meer empathie kunnen voelen voor de uitdagingen waar de therapeut dagelijks voor staat (Dakof & Liddle, 2009).

Dit komt overeen met de praktijk bij Spirit, waarbij de supervisor 28 uur per week voor het MDFT programma werkt, waarvan 16 uur per week gereserveerd zijn voor het geven van supervisie aan vijf therapeuten en de overige 12 uur gereserveerd zijn voor cliëntcontacten.

Het merendeel van de therapeuten is tevreden met de huidige manier van supervisie: *'De supervisie is hier vooral gericht op een methode die je inzet en dat vind ik wel fijn ervan'.*

Als goed werkende component wordt door een therapeut genoemd dat de supervisor veel praktische handvatten achter de hand heeft: *'de supervisor heeft een hele koffer vol met handigheden achter de hand...daar heb ik iets aan.'* Een andere therapeut noemt het terug kijken met de supervisor wat er in de sessies gebeurt en het plannen van de volgende sessie.

Er zijn ook therapeuten die vinden dat het nog productiever kan worden, bijvoorbeeld door meer aandacht te besteden aan het plannen, aangezien er binnen MDFT gewerkt wordt met een strakke tijdsplanning. Daarnaast is er bij een therapeut behoefte aan het terugkijken van de DVD-opnames tijdens de supervisie: *'Ik wil heel graag weten of ik de overstap van ambulante hulpverlener naar therapeut goed aan het maken ben'*.

De frequentie van de supervisie bij Spirit wijkt af van de handleiding, die uitgaat van wekelijks één tot anderhalf uur individuele supervisie per therapeut (Rigter en Mos, 2008). Dat was bij Spirit zo in het eerste MDFT-jaar. In het twee jaar is de frequentie teruggebracht naar een tweewekelijkse bijeenkomst.

Randvoorwaarden supervisie

De meeste therapeuten geven aan dat er voldoende middelen beschikbaar zijn om MDFT goed uit te kunnen voeren. Elke therapeut beschikt bijvoorbeeld over een video-camera en een laptop: *'Zo krijgen we goede spullen en ruimte.'* De therapeuten zijn tevreden over de locatie waar MDFT wordt uitgevoerd: *'...voldoende ruimte en rust.'* Een therapeut geeft aan zorgen te hebben over het 'nieuwe werken', waarbij de therapeuten geen vaste werkplek meer zullen hebben: *'...tegelijkertijd vraag ik mij af waar onze besprekruimtes zullen zijn, die blijven in de regiokantoren, maar ik moet zien hoe zich dat allemaal nog gaat ontwikkelen.'*

De individuele supervisie vindt plaats in de kantoorruimtes van Spirit, de supervisor en de therapeuten zijn daarover redelijk tevreden. *'In de kantoorruimte van de supervisie komt af en toe een collega binnenlopen, ik ben dit gewend en heb hier geen moeite mee en niet het idee dat dit de supervisies beïnvloed. Soms is het wel even zoeken naar een ruimte, maar er wordt altijd een plek gevonden.'*

'Live' supervisie

Naast de individuele supervisie wordt er bij MDFT gebruik gemaakt van 'live' supervisie. Hierbij voert de therapeut een behandelsessie uit met een gezin, terwijl de supervisor en de rest van het team vanachter een one-way-screen meekijken. De supervisor kan inbellen om tips aan de therapeut te geven. Volgens de supervisiehandleiding zou deze vorm van supervisie elke week op een vaste dag aan het einde van de dag ingepland moeten worden met elke week een andere therapeut die een sessie met het gezin 'in huis' plant. Live supervisie kan ook door de hoofdopleider gegeven worden tijdens een werkbezoek. Bij Spirit is de live supervisie enkele keren gedaan, maar het is zeker geen wekelijkse standaard sessie die therapeuten om de beurt doen: *'Het heeft enkele keren plaatsgevonden, dit komt omdat het praktisch erg moeilijk uit te voeren is. Zo heb je zowel te maken met de agenda's van de therapeuten als met de agenda van het gezin. Daarin speelt ook mee dat wij steeds horen dat wij onze tijd effectiever moeten gebruiken, waardoor de prioriteit ligt bij het werkproces van de individuele therapeut'*, stelt de supervisor. De therapeuten die bij de live supervisie het gesprek met een gezin hebben gevoerd zijn tevreden over deze vorm van ondersteuning: *'Ik heb mij gelijk als eerste opgegeven, dat zijn dingen die zijn leuk en daar kan ik van leren'*; *'Er wordt met je meegedacht, er wordt ingebeld, je wordt heel scherp gehouden, je leert er ook heel veel van temeer omdat een ander bedenkt dat je een bepaalde kant op moet, terwijl je dit zelf nog niet direct in je hoofd hebt, maar je moet wel gelijk handelen'*. Ook de therapeuten die hebben meegekeken vonden het leerzaam: *'Je ziet dan (..) je collega's aan het werk, waarbij je denkt oh ja, daar*

had ik niet aan gedacht of dat is wel een goede die hij nu gebruikt of juist van hem, waarom doe je dat zo? Dus het is heel leerzaam'.

'DVD' supervisie

Naast de 'gewone' individuele supervisie en de live supervisie is het de bedoeling dat de individuele supervisie één keer per maand plaats vindt aan de hand van een video-opname van een sessie met één van de gezinnen waar de therapeut mee werkt. In de supervisie-sessie worden delen van opname bekeken en besproken. Indien nodig wordt de situatie nagespeeld in een rollenspel. Het bespreken en bedenken van de MDFT-technieken of stappen die toegepast kunnen worden speelt een grote rol. Doorgaans krijgt de therapeut een opdracht mee om bepaalde zaken te oefenen. In de sessie van een week later wordt dit dan weer opgepakt. In de supervisiemanual wordt uitgebreid beschreven hoe een supervisor de sessie aan kan pakken (Dakof & Liddle, 2009). Bij Spirit wordt in de supervisie nog niet vaak gebruik gemaakt van video-opnames. Uit de analyse van de planningsformulieren (zie hoofdstuk 6) blijkt dat 9% van de sessies waar een planningsformulier voor is ingevuld, is opgenomen (in totaal 42 sessies).

Een belangrijkste reden hiervoor is tijdgebrek om de opgenomen sessies te bespreken. Dit heeft weer te maken met onduidelijkheid bij de start: *'ik dacht dat de casereview en tapereview om de beurt moest, maar dan kom je niet uit qua tijd die je nodig hebt voor de casereviews. Hierdoor hebben therapeuten in het begin veel opgenomen, maar was er geen tijd deze te bespreken. Tijdens een intervisie-dag werd het voor mij helder dat je na 3x casereview een keer tapereview moet doen. Nu doen we tapereview meestal na 4 á 5 casereviews, waarbij je het hele uur voor de tape nodig hebt. Omdat supervisie nu maar 1x per 2 weken plaats kan vinden, is er dan een hele maand geen tijd de tape te bespreken (ze hebben nu in het tweede jaar ook een grotere caseload: 5 á 6 casussen), wat wel belangrijk is omdat er altijd wel iets gebeurt waar therapeuten de behoefte aan hebben om over te spreken'* (supervisor).

Eén van de therapeuten benadrukt de meerwaarde van opnames, ook voor de cliënten: *'Vaak ben je onbewust met iets bezig en door het terug te kijken zie je oh ja, dat doe ik wel of ...dat heeft mij goed geholpen of dat je iets vergeten bent, dat mag ook bij MDFT. Dat je het de volgende keer meeneemt ...en tegen je cliënt kan zeggen: 'ik keek het bandje terug en ik zag iets heel belangrijks'.*

7.4 Zelfsupervisie

MDFT hecht naast de supervisie door de supervisor veel waarde aan 'zelfsupervisie'. MDFT ziet dit als hulpmiddel voor therapeuten om doelbewust te werken en daarmee productieve sessies met cliënten te hebben. In de zelfsupervisie vraagt de therapeut zich halverwege de sessie af of hij genoeg doet om veranderingen voor de cliënt in de sessie teweeg te brengen. Als het antwoord 'nee' is, verandert de therapeut van strategie en let hij meer op thema's die genoemd worden, zoals gevoelens en intenties. Hiervoor biedt MDFT aparte checklistjes aan, allemaal gericht op het vergroten van 'bewustzijn' over de aanpak. Het team bij Spirit gebruikt de zelfsupervisie niet: *'Nee, dit heb ik nooit gebruikt, klinkt wel interessant, ik ga er strakjes wat over opzoeken. Je bent wel constant bezig met die helicopterview, dat*

deed ik de laatste jaren al steeds in mijn werk. En nu zeker meer omdat je al die interventies in je kop hebt zitten, dus als daar een lijst voor is, dan vind ik het wel interessant'.

7.5 Intervisie en casuïstiek

Naast de verschillende vormen van individuele supervisie kent MDFT drie soorten bijeenkomsten voor het hele team (Rigter en Mos, 2008). Eens per twee weken dienen plaats te vinden: teamvergadering rondom beleid, casuïstiek bespreking met een opname van een sessie en intervisie binnen het team. De therapeuten vertellen elke twee weken een teamvergadering te hebben onder leiding van de coördinator. Therapeuten vinden de teamvergadering echt een 'beleidsvergadering'. Na een uur 'beleidsvergadering' volgt een uur intervisie én een uur casuïstiekbespreking. Bij de casuïstiekbespreking zijn de psychiater van Arkin, de MDFT-therapeuten van Arkin en de supervisoren aanwezig. In de casuïstiek-bespreking wordt gesproken over de MDFT-interventies (technieken en stappen) en de teamleden benoemen de aanwezigheid van de Arkin-collega's nadrukkelijk als meerwaarde. De intervisie is meer gericht op de persoonlijke vragen van de therapeut. Hier zijn alleen de eigen teamleden bij aanwezig.

7.6 Thema's in de supervisie

In de individuele supervisie evalueren supervisor en therapeut de therapiesessies van de afgelopen week: wat ging wel en niet goed, is het plan uitgevoerd, was het een goed plan, waren de interventies geschikt, zijn ze goed uitgevoerd, waartoe hebben ze geleid, wat had de therapeut anders kunnen doen etc. De supervisor stelt dat de therapeuten goed voor ogen hebben wat belangrijk is in een casus en hoe zij daaraan kunnen gaan werken. In de eerste twee jaar van de supervisie zijn veel voorkomende thema's geweest:

- Planmatig werken en tijdig doorgaan naar een volgende fase,
- Gebrek aan focus in de therapiesessies,
- Het werken met 'meervoudige partijdigheid',
- 'maak jezelf niet te belangrijk' en 'wordt niet de vervangende ouder',
- Aandacht voor personen/systemen buiten de gezinsleden,
- Time-management.

Het werken met de planningssheets is voor al deze thema's een belangrijk hulpmiddel. Zo stelt een van de therapeuten: *'Ik heb veel behoefte aan die planningssheets ...ik heb het afgelopen week gedaan en het leverde mij gelijk een goede focus op, ik laat mij minder afleiden....'*

Een andere therapeut zegt door MDFT geleerd te hebben om te blijven focussen op wat er gebeurt en daarin te voorkomen teveel te willen doen: *'Dat is ook wel heel nieuw, dat je een gesprek mag afkappen na 20 minuten.... als je merkt dit is het grootste goed wat ik nu heb kunnen halen, dat je dat moet vieren en dat groot mag maken.... de valkuil is dan nog iets te doen wat nog op je agenda staat en daarmee kan je teveel de mooie momenten toedekken. Het is niet altijd even makkelijk om te stoppen, je gevoel wil dan nog weer door, wat wel hulpverleners-eigen is'.*

7.7 Eisen aan de supervisor

Supervisoren combineren bij MDFT altijd hun werk met dat van MDFT-therapeut (Rigter & Mos, 2008). De supervisor van MDFT bij Spirit voegt daaraan toe dat het waardevol is om al ervaring te hebben als gedragswetenschapper en werkbegeleider. De MDFT-academie stelt als eis dat de supervisor een hulpverlener is met een adequate vooropleiding op HBO- of Universitair niveau, die minstens 3 jaar ervaring heeft in het geven van therapie aan kinderen en/ of adolescenten en daardoor vertrouwd is met de gezinstherapeutische benaderingen. Andere eisen zijn:

- goede gespreksvaardigheden en goede beheersing van de Engelse taal;
- openstaan voor nieuwe ontwikkelingen en uitgaan van het 'long life learning' concept;
- pragmatisch zijn en bereidheid tot meedenken;
- bereid buiten kantooruren te werken;
- goed in teamverband kunnen werken;
- besluitvaardig kunnen zijn en waar nodig gezag uit kunnen stralen.

De supervisie-handleiding geeft duidelijke uitgangspunten voor de supervisie. Een supervisor wordt geacht op een positief-kritische manier therapeuten te bevragen en te ondersteunen bij het toepassen van de MDFT stappen en technieken in een casus. Daarbij worden er veel tips en trics gegeven om therapeuten zelf te laten benoemen en bedenken welke MDFT stappen en technieken toegepast kunnen worden. De focus ligt bij het goed nadenken en bewust zijn van wát je als therapeut in een casus doet en waarom: *'Bij de boosterdagen van de hoofdopleider zie je juist dat het er ook zit; je wordt enorm gewaardeerd op hetgeen wat je doet, maar dat ze tegelijk ook super kritisch is'* (therapeut).

De supervisie-tijd is kostbaar en goede voorbereiding is dan ook nodig. Van de therapeuten wordt verwacht dat zij hun casus-conceptualisatie en planningsformulieren minimaal 24 uur voor de supervisie-sessie inleveren bij de supervisor. In de praktijk lukt dit lang niet altijd: *'Het is de bedoeling dat therapeuten mij informeren via de planning-sheets en dat ik dan al op de hoogte ben en wij daar dus niet in de supervisie over hoeven te praten. Nou, in de praktijk blijkt dat het nog wel veel gebeurt dat we de planningsheets onvoldoende daarvoor gebruiken en dat zij mij toch nog moeten informeren'* (supervisor).

Supervisie of werkbegeleiding?

De supervisie is sturend en in de interviews met de therapeuten komt diverse malen aan de orde dat dit een andere manier van superviseren is dan gebruikelijk. De supervisie is een instrument om MDFT 'integer' uit te voeren en therapeuten merken op dat het meer werkbegeleiding is dan supervisie. Het feit dat er controle is op de kwaliteit van de uitvoering is nieuw en heeft ook discussie opgeroepen. Want hoe zit het met de rol van supervisor als beoordelaar en de rol van de coördinator als leidinggevende die functioneringsgesprekken voert. Geeft de supervisor dan informatie aan de coördinator over de competentie van medewerkers? Het antwoord daarop is 'ja'. Hiermee verschilt de MDFT supervisie heel duidelijk van de 'reguliere' supervisie die in veel opleidingen gebruikelijk is en die gericht is op de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers. Het werken met supervisie is daarmee nieuw en de

therapeuten hebben er aan moeten wennen. De een vindt dat er vaak te diep op een casus wordt ingegaan. De ander dat er 'meer zelf nadenken' nodig is in de sessies en weer een ander wil het liever houden bij de grote lijn van een casus. Volgens de supervisor gaat het er juist om dat er veel diepgang in de supervisie zit. De focus ligt, méér dan in werkbegeleiding, bij het handelen van de therapeut: *'Dat je ook vragen stelt zoals: (...) Vanwaar maakte je die keuze om dat te doen? Welke interventies deed je? Wat was daar je gedachte achter?'*

Een therapeut noemt de supervisie een combinatie tussen opleiden en supervisie: *'de supervisor checkt ook wel wat jij hebt gedaan in de gezinnen en hoe ga je het de volgende keer zal gaan doen, dus dat is ook wel supervisie, misschien is het meer een combinatie met opleiden.'* En een andere therapeut zegt: *'Wat heb je gedaan, waarom heb je het gedaan en hoe heb je het gedaan en wat ga je nu verder doen, deze wetenschap is dus eigenlijk het hart van de MDFT-supervisie'.*

Afhankelijk van wat er in een casus bij een bepaalde therapeut nodig is, werkt de supervisor in verschillende rollen. Soms is de supervisor in de supervisie-sessie meer coach (waarom maakte je die keuze), soms meer leidinggevend (uitzetten van lijnen, structuur, planning) en soms meer expert zijn (kennis overdragen). In de periode waarin MDFT van start ging en alles voor iedereen nieuw was lag het accent meer op de leidinggevende en expert rol, terwijl in het tweede jaar van MDFT de coachend rol meer toegepast wordt.

7.8 Ondersteuning door de MDFT-academie

In het eerste jaar vindt er vier maal een 'instellingsbezoek' vanuit de MDFT-academie plaats. Therapeuten krijgen dan live supervisie of bespreken een DVD opname. Verder is het uitgangspunt dat de hoofdopleider opnames van de sessies bekijkt, resultaten bespreekt en in algemene zin ondersteuning en consult te biedt. In het tweede jaar zijn er twee instellingsbezoeken en daarna gaat het om een jaarlijks bezoek. Volgens de handleiding vindt er regelmatig telefonische consultatie plaats tussen de supervisor en de opleider: drie uur per maand tijdens de opleiding in het eerste jaar en acht uur per jaar in de twee jaren daarna.

Uit de interviews wordt niet helemaal duidelijk hoeveel instellingsbezoeken er zijn geweest. De algemene indruk is dat de MDFT-academie als organisatie wat rommelig is. De bezoeken en telefonische consulten vinden niet altijd in de frequentie plaats zoals die op papier staat.

7.9 Tot slot

In dit hoofdstuk zijn de verschillende vormen van ondersteuning binnen MDFT en de toepassing ervan bij Spirit aan bod gekomen. Niet alle vormen die MDFT beschikbaar heeft en voorschrijft worden toegepast. In hoofdstuk 6 werd al duidelijk dat de planningsformulieren alleen gebruikt worden ter voorbereiding van moeilijke zaken of sessies. Belangrijke oorzaak hiervoor is het feit dat deels dezelfde informatie ook in het GGZ-registratiesysteem ingevoerd moeten worden. Hoewel het hier gaat om achteraf invullen en de planningsformulieren juist voor de focus voorafgaand aan een sessie zijn bedoeld, wordt dit als belangrijkste oorzaak genoemd. Ook de formulieren voor 'zelfsupervisie' wordt niet gebruikt.

De belangrijkste vorm van ondersteuning, de individuele supervisie wordt wel toegepast. De frequentie is door tijdgebrek lager dan in de handleiding wordt voorgeschreven en de verschillende vormen (live supervisie, dvd supervisie) worden veel minder vaak toegepast dan de bedoeling is. Teamvergaderingen, intervisie en casuïstiekbesprekingen worden georganiseerd, maar ook in een wat lagere frequentie dan in de handleidingen wordt aangeraden.

Het werken met supervisie, die gericht is op de kwaliteit van de uitvoering is nieuw in de jeugdzorg en wordt tot nu toe alleen gebruikt bij *evidence based* interventies die elders zijn ontwikkeld en hier geïmplementeerd worden. Het is voor therapeuten dan ook wennen, voor de één meer dan voor de ander. Over het geheel genomen zijn de therapeuten echter tevreden met de supervisie en waarderen het feit dat zij zo steeds bezig zijn met professionalisering. Zij krijgen zo handvatten om hun werk nog beter te doen.

De focus van de supervisie is in de loop van de bijna twee jaar dat het MDFT-team bezig is, meer gericht op coaching van de uitvoering en wat minder op leidinggeven en kennisoverdracht. Veel voorkomende thema's in de supervisie zijn planmatig werken, focus in de sessies, aandacht voor het gehele systeem, time management, het werken met meervoudige partijdigheid en de regie laten bij het gezin (zij moeten het doen, niet de therapeut). Dit zijn thema's die ook in de supervisiehandleiding én in ander onderzoek naar multisysteem-interventies (Nezu & Nezu, 2008; Schoenwald, Sheidow, & Chapman, 2009) als veel voorkomende thema's worden genoemd. Het zijn de uitdagende punten in intensieve gezins- en systeeminterventies en terreinen waarop een MDFT-therapeut kennis en vaardigheden dient te bezitten. De leden van het MDFT-team zijn tevreden over de 'fysieke' randvoorwaarden: gebouw, laptops en video-camera's. Over de ondersteuning is men over het geheel genomen positief. Voor wat betreft de ondersteuning door de MDFT-academie is men inhoudelijk gesproken heel positief, maar over de daadwerkelijke beschikbaarheid van de ondersteuning en de organisatie als geheel is men minder positief. Het lijkt erop dat zowel de MDFT-academie als de teamleden zelf veel moeten doen in relatief weinig tijd, waardoor de afgesproken frequentie van ondersteuningsactiviteiten in de praktijk niet haalbaar is.

8 TEVREDENHEID VAN CLIËNTEN VAN MDFT

In dit hoofdstuk komt de vraag aan de orde hoe cliënten de hulp die zij van MDFT hebben ontvangen, beoordelen (onderzoeksvraag 12). In paragraaf 8.1. komt de informatie aan de orde uit 25 interviews met jongeren en/of ouders. In paragraaf 8.2. wordt ingegaan op de informatie die verzameld is aan de hand van de exit-vragenlijsten.⁹ Vanwege het kleine aantal respondenten worden de kwantitatieve resultaten voornamelijk aan de hand van gemiddelde scores en correlaties gerapporteerd.¹⁰ In de laatste paragraaf worden de uitkomsten kort samengevat en besproken.

8.1 Interviews met jongeren en ouders

Doelen stellen

Aan de geïnterviewde cliënten is gevraagd wat zij bij de start van MDFT aan hun situatie wilden veranderen aan zichzelf. Ouders noemden twee soorten veranderingen 1) veranderingen gericht op het omgaan met hun kind en 2) veranderingen gericht op zichzelf. Als voorbeeld van een verandering gericht op het kind werd vaak genoemd het inzicht krijgen in en het leren omgaan met het probleemgedrag van hun kind: *'Hoe kan je wel luisteren naar je puberdochter en haar mening meenemen en dan niet je eigen normen en waarden verliezen'* [Ouder. Vrouw], *'Ik snapte niet veel van haar gedrag...En doordat je elkaar niet snapte ging er veel mis'* [Ouders].

Voorbeelden van veranderingen die ouders vaak noemden voor zichzelf waren het leren van opvoedingsvaardigheden, zoals grenzen stellen en structuur bieden. Maar ook het sterker in de schoenen staan en het uitzoeken wat de ouderrol is na een scheiding. Een grootmoeder noemde als verandering gericht op zichzelf het minder verantwoordelijk voelen voor het gezin van haar dochter.

Ouders wilden met MDFT voornamelijk het gedrag van hun kinderen veranderen. Voorbeelden die enkele keren genoemd worden, zijn het aanpakken van de woede-uitbarstingen, regels respecteren, agressie/respect naar ouders toe, delictgedrag aanpakken, middelengebruik reduceren en dat de jongere inzicht zou krijgen in het eigen probleemgedrag: *'Dat ie inzicht krijgt van dit is echt een lat te ver. Dit kan niet, ik kan niet voor geld of drugsgebruik zulke misdaden, dit soort dingen plegen'* [Ouder. Man].

Andere problemen die ouders willen aanpakken met MDFT zijn gericht op omgang met leeftijdsgenoten zoals, verkeerde vrienden, verkeerd vriendje (relatie) en het minder kwetsbaar zijn naar jongens toe. Als laatste noemen veel ouders problematiek op school en het vinden van een opleiding of werk voor hun kind.

⁹ Zie hoofdstuk 2 voor meer informatie over de dataverzameling en gebruikte instrumenten.

¹⁰ Wanneer in de resultaten wordt gesproken over 'enkele' respondenten wordt hiermee 1-3 interviews bedoeld. Als er wordt gesproken van 'een paar' worden 4-7 interviews bedoeld, 'verscheidene' worden 8-10 interviews bedoeld, met 'veel' worden 11-14 interviews bedoeld en met 'de meeste' worden 15 of meer interviews bedoeld. Omdat ook de resultaten worden beschreven voor de jongeren en de ouders apart wordt er gesproken van 'een enkele' als het om 1 jongere gaat, van 'verscheidene' als het om 2-3 jongeren gaat, van 'veel' als het om 4-6 jongeren gaat en 'de meeste' wanneer het om 7 of meer jongeren gaat. Bij de interviews met de ouders wordt gesproken over 'enkele' wanneer het gaat om 1-3 ouders, 'verscheidene' als het gaat om 4-6 ouders, 'veel' wanneer het gaat om 7-9 ouders en 'de meeste' wanneer er wordt gesproken over 10 of meer ouders.

De problemen of onderwerpen waar de geïnterviewde jongeren bij de start van MDFT wilden werken zijn vergelijkbaar aan die van de ouders. Ook zij noemen voornamelijk het veranderen van hun gedrag zoals het aanpakken van agressieproblemen, reduceren van middelenmisbruik en delictgedrag, beter luisteren, andere manier vinden van reageren en dingen doen die van de jongere werden verwacht: *Wat ik wou veranderen is het omgaan met ADD. Ik leef niet mijn hele leven met mijn ouders, maar ik leef wel altijd met mijn ADD en ik zou het ook overal tegenkomen* [Jongere. Vrouw]. Ook willen jongeren een betere schoolmotivatie ontwikkelen en noemen zij punten die zij willen veranderen in de omgang met hun ouders.

Verder noemden ouders en jongeren voornamelijk het omgaan met elkaar en de communicatie tussen de gezinsleden als zaken die zij willen veranderen. Hiermee wordt niet alleen de communicatie tussen ouders en de jongeren bedoeld, maar ook de communicatie tussen gescheiden ouders hoewel dit niet voor alle gescheiden gezinnen gold. Ook willen een paar jongeren en ouders de relaties tussen de gezinsleden verbeteren. De sfeer verbeteren in huis en contactherstel werden enkele keren genoemd als doel: *‘Ja, gezelliger sfeer weer. En niet zo gespannen met elkaar leven’* [Ouder. Vrouw.], *‘Niet meer het gezeur met mijn moeder om wat ik fout doe zeg maar. Gewoon dat het weer positief wordt hier na alles wat we meegemaakt hebben dat we toch weer de band konden herstellen en het gezellig hebben hier’* [Jongere. Vrouw].

Doelen behaald?

Op de vraag of zij vinden dat de door hun opgestelde doelen bereikt zijn, antwoorden de meeste cliënten dat de doelen behaald zijn (37 doelen zijn bereikt). De doelen die volgens de cliënten bereikt zijn, zijn: schoolproblemen van de jongeren, middelenmisbruik van de jongeren, de jongeren respecteren regels beter, jongeren hebben meer inzicht in het eigen probleemgedrag, de opvoedingsvaardigheden van de ouders zijn verbeterd en er is een gezelligere sfeer in huis. Een aantal doelen is deels bereikt (23 doelen zijn deels bereikt). Voorbeelden van deze doelen zijn openheid naar de ouders, respect naar de ouders en de ouderrol na een scheiding: *‘Het is nog niet helemaal zoals het zou moeten zijn, maar er is wel verandering merkbaar’* [Jongere. Man].

Een paar cliënten vinden dat een aantal van de door hun opgestelde doelen niet behaald zijn (acht doelen zijn niet behaald). Dit zijn doelen gericht op het probleemgedrag van de jongeren, zoals brutaal zijn. Een aantal doelen is volgens sommige cliënten wel behaald en volgens andere cliënten wel of deels behaald. Deze doelen hebben betrekking op relaties tussen gezinsleden, communicatie in het gezin, contactverbetering tussen ouders en jongeren, agressieproblemen van de jongeren, delictgedrag van de jongeren en het omgaan met het (probleem)gedrag door ouders. Van de cliënten die sterker in de schoenen staan noemden, vond een cliënt het doel behaald en de andere cliënt vond dit doel niet behaald.

Resultaat MDFT

Veel ouders zijn in het algemeen tevreden over het resultaat van MDFT: *‘Hoewel ik niet helemaal kan schiften wat nou MDFT is en wat vanzelf goed gekomen is, heb ik er wel veel aan gehad’* [Ouder. Vrouw],

'Het blijft natuurlijk ook nog een puber, en dan met dat ADHD verhaal. Als je dat meeneemt zijn we al heel tevreden met wat we nu al bereikt hebben' [Ouders].

Enkele ouders zijn niet tevreden over het resultaat van MDFT. Zij zagen geen verbetering in de problemen. Twee ouders vinden dat de doelen die gesteld zijn wel bereikt zijn, maar dat dit niet de doelen waren die zij voor ogen hadden. Als voorbeeld vertelde één van deze ouders dat zij met MDFT wilden bereiken dat hun zoon weer thuis kon komen wonen en zich daar aan hun regels zou houden. Met MDFT is niet gewerkt aan deze doelen omdat deze niet haalbaar bleken. Er is wel gewerkt aan het verbeteren van de relatie tussen ouders en zoon. De ouders vertellen dat dit doel bereikt is.

Veel jongeren vinden dat MDFT over het algemeen heeft gewerkt. Sommige jongeren vinden dat MDFT niet heeft gewerkt. Van deze jongeren vormt één jongere een koppel met een ontevreden ouder. Een jongere vindt dat MDFT wel heeft gewerkt voor hem en voor zijn moeder, maar dat MDFT niet heeft gewerkt voor het gezin in zijn geheel.

Locatie

De meeste afspraken tussen de therapeut en de cliënten vonden bij de jongere thuis plaats. In een aantal gevallen vonden de afspraken ook op het kantoor van Spirit plaats: *'Overdag als iedereen weg was dan kon het wel thuis, maar als dan iedereen thuis was dan gingen we naar het Spirit gebouw want dan was het wat rustiger'* [Ouder. Vrouw], *'Daar [Spirit] ook. Volgens mij stuurde (de therapeut) daar wel ook aan als het aard van het gesprek even uit de woonomgeving was'* [Ouders].

Alle cliënten zijn positief over de locatie: *'Ja het is toch je eigen omgeving. En wat minder klinisch'* [Ouder. Vrouw over locatie thuis], *'Het is toch dat je ruimte voor jullie twee hebt waar niemand anders bij kan'* [Jongere over Spirit].

Een aantal jongeren vertelt dat ze ook wel eens afspraken met hun therapeut in de stad hadden of ergens samen gingen lunchen. Volgens veel cliënten zijn er ook andere personen betrokken geweest bij de behandeling. Zij zijn eenmalige tot een paar keer betrokken geweest bij MDFT. Deze personen zijn partner van de ouders, partner van de jongere, een vriend van de jongere, overige familieleden die niet thuis wonen, andere hulp, broers en zussen, school en werk.

Contact na afsluiting MDFT

Volgens de MDFT-handleiding moeten cliënten contact kunnen onderhouden met hun therapeut, ook na afsluiting van MDFT. De meeste cliënten gaven aan dat zij hiervan op de hoogte waren. Een enkele cliënt wist dit niet. Deze cliënt is de oma van een jongere. De moeder van deze jongere, die ook is geïnterviewd, wist hier wel van af.

Veel cliënten vertellen dat zij nog geen contact hebben opgenomen met hun therapeut sinds de afsluiting van MDFT. De redenen hiervoor zijn uiteenlopend. Zo zijn enkele cliënten snel na de afsluiting geïnterviewd, waardoor zich nog niks heeft voorgedaan om te bellen. Een respondent is wat onzeker om haar therapeut te bellen: *'Nee, ik durf niet...Nee ik wil haar niet bellen. Want het is al afgesloten... Ik moet die stap maken'* [Ouder. Vrouw]. Enkele cliënten vertellen dat het nog niet nodig is geweest om de therapeut te bellen en een paar cliënten vertellen dat de therapeut hen nog wel eens heeft gebeld. De cliënten die wel hun therapeut na afloop hebben gebeld, belden vanwege een probleem waar ze hulp bij nodig hadden of om wat extra tips te krijgen. Veel cliënten geven aan hun therapeut wel te zullen

bellen indien er een probleem voordoet. Van de cliënten die aangeven niet hun therapeut te bellen heeft één cliënt vervolghulp gekregen en zal sneller daar heen gaan met haar problemen en een andere cliënt vond dat de hulp niet heeft gewerkt en zal om die reden ook geen contact opnemen.

Vaardigheden hulpverlener

De meeste cliënten vinden dat hun therapeut over voldoende vaardigheden beschikte om hun gezin goed te kunnen helpen: *'Ja. Hij kon goed dingen uitleggen. Soms ook op een rare manier... Van dit is een lamp en zo ben jij... Dat is gewoon het creatief maken. En dat vind ik ook wel grappig'* [Jongere. Man], *'Ik heb wel meer therapie gehad waarmee ik met mensen zat te praten die het deden voor het geld. En bij (deze therapeut) dacht ik echt van deze man doet dit omdat hij ons wilt helpen. Dat vind ik denk ik de beste vaardigheid dat je daarin kunt hebben'* [Jongere. Vrouw]. Enkele cliënten vonden dat hun therapeut niet over voldoende vaardigheden beschikte. Dit zijn cliënten die ook vonden dat MDFT niet heeft gewerkt: *'Er zijn geen veranderingen gekomen dus dan beschik je niet over genoeg vaardigheden'* [Jongere. Vrouw]. De meeste cliënten vinden ook dat hun hulpverlener over voldoende kennis beschikte om hun gezin goed te kunnen helpen: *'Dat hij heeft uitgelegd hóé. Dat vond ik wel goed'* [Jongere. Man]. Enkele cliënten vonden dat hun therapeut niet over voldoende kennis beschikte. Twee van deze cliënten zijn dezelfde cliënten als de cliënten die ook vonden dat hun therapeut niet over voldoende vaardigheden beschikte. Vrijwel alle cliënten voelden zich serieus genomen door hun therapeut. Een cliënt voelde zich niet serieus genomen: *'Maar er werd niks genoteerd, nooit. Hij heeft nooit een stukje papier gebruikt om iets op te schrijven ofzo. En ja dat vind ik allemaal heel leuk maar als ik een uur lang tegen je praat geloof ik niet dat je na een uur alles ook nog weet, daar geloof ik niks van'* [Ouders]. Cliënten werden gevraagd een voorbeeld te noemen waarin zij zich serieus genomen voelde door hun therapeut. Enkele voorbeelden zijn: *'Dat alles uitgebreid gesproken werd. Soms ook dingen die er niks mee te maken hadden maar die je op dat moment wel dwars zitten'* [Ouders], *'Dat je zeg maar met emotionele momenten hebt, die waren er ook, en wat ik dan wel bijzonder vond is dat hij een paar dagen later belde van hoe is het nu met je?'* [Ouders].

Alle cliënten voelden zich op hun gemak bij hun therapeut. Een paar cliënten noemden de persoonlijkheid van de therapeut als reden waardoor zij zich op hun gemak voelden. Daarnaast gaven cliënten aan dat zij zich gehoord voelden waardoor zij zich op hun gemak voelden. Andere cliënten gaven aan dat hun therapeut rustig begonnen is of dat de therapeut niet altijd serieus was, maar dat er ook tijd voor humor was.

Alle cliënten beschrijven hun therapeut positief. Het meest werden de volgende steekwoorden genoemd door de cliënten: luisterde goed, vriendelijk, betrokken, vertrouwelijk, sympathiek en meelevend (Bijlage 1, Tabel 4). Eén cliënt noemde haar therapeut onzeker, en gaf hierbij aan dat zij deze onzeker niet nodig vond, omdat haar therapeut heel veel in haar mars heeft.

MDFT specifiek

De geïnterviewde cliënten verschillen in hun meningen of zij vonden dat het tijd was om MDFT af te sluiten. Een paar cliënten vonden dat het wel tijd was om MDFT af te sluiten: *'We hadden een bepaald niveau bereikt...en meer was er niet uit te halen op dat moment'* [Ouders], *'Dat is het fijne aan MDFT, je gaat door tot waar je wilt zijn'* [Ouders]. Enkele cliënten vonden het wel tijd om af te sluiten, maar wilden liever doorgaan met MDFT: *'Ja, maar ik wou het niet. Ik heb ook wel geprobeerd om geintjes te flikken met justitie om het te rekken. Dat hij langer zou blijven, maar dat werkte ook niet'* [Jongere. Man]. Een paar cliënten vonden dat MDFT te vroeg werd afgesloten. Zij vinden wel dat veel problemen (deels) zijn opgelost, maar wilden liever doorgaan tot het allemaal écht opgelost werd: *'Maar van mij had het langer gemogen om echt alles goed door te nemen en uitgebreider'* [Ouder. Vrouw]. Een gezin vond dat MDFT te vroeg was afgelopen omdat er nog niks was bereikt: *'We hebben het er over gehad van waarom kan het niet langer doorgaan. Want er is niks opgelost. En het lijkt mij dat zolang er niks veranderd is dat het ook niet stopt'* [Jongere. Vrouw].

Vrijwel alle cliënten ervaren de gezinsgerichte benadering als positief. De jongeren voelden zich hierdoor niet als de schuldige aangewezen voor het probleem. Een jongere vond het fijn dat hij niet bij de problemen tussen ouders onderling werd betrokken. Ook werd een enkele keer aangegeven dat door het hele gezin te behandelen ouders en jongeren elkaar ook beter begrijpen: *'Ik vind dat heel goed. Want in de vorige hulpverlening lag het steeds aan mij. Ik moest veranderen. En nu werd er ook gekeken naar de andere schuldigen'* [Jongere. Man], *'Ik denk dat dat zeker het verschil maakte met de andere hulp... Nou, dat ik niet alleen aan mezelf moest werken, maar dat mijn ouders ook zagen wat hun zeg maar handicap was waarbij het fout ging'* [Jongere. Vrouw].

De meeste cliënten vonden MDFT intensief. Onder intensief verstaan de cliënten of het aantal gesprekken of de inhoud van de gesprekken: *'Het echt moeten werken aan die doelen elke keer. En het doorgaan. Ook als het even niet meer ging of als je er doorheen zat toch doorbijten. Uiteindelijk kwam ik er wel sterker uit'* [jongere. Man], *'...maar de manier van wat het met jezelf van binnen doet is het wel intensief. Ook voor mijn ouders'* [jongere. Vrouw]. Enkele cliënten hadden verwacht dat MDFT intensiever zou zijn.

Algemene tevredenheid

Cliënten noemden als positieve punten het vaakst de therapeut. Hiermee bedoelen de cliënten de persoonlijkheid van de therapeut en de manier van werken van de therapeut. Ook noemen cliënten een paar keer dat zij zich gehoord hebben gevoeld tijdens MDFT. Een paar keer noemen de cliënten als positief punt van MDFT dat het hele gezin betrokken is geweest bij de behandeling en dat er gesprekken zijn geweest met zowel de gezinsleden onderling als de gezinsleden apart. Enkele cliënten benoemen het resultaat van MDFT ook als positief punt. Andere positieve punten die enkele keren genoemd zijn, zijn de manier van werken, het contact, dieper ingaan op de problemen, de cliënt wordt betrokken in het proces, de tijd en de flexibiliteit.

Cliënten noemen als negatieve punten enkele keren de intensiteit, cliënten hadden graag andere werkvormen willen zien dan praten, enkele cliënten vonden dat er niks is bereikt en vonden het te snel afgelopen: *'Maar dat vind ik voor mijzelf wel naar, dat je er met een rotgevoel achter blijft na zo'n sessie'*

(over jeugdherinneringen ophalen). Het mag wel belangrijk zijn voor mijn kind, maar voor mijzelf was het naar. Dat je zelf er een paar dagen van slag bent daardoor' [Ouder. Vrouw], *'...en het alleen bij communiceren bleef. Dat het niet meer was dan praten'* [Jongere. Vrouw]. Als andere negatieve punten van MDFT noemden de cliënten enkele keren dat de therapeut strenger had mogen zijn, de afronding had beter gekund, de omgeving buiten het gezin had meer betrokken mogen worden en een cliënt vond het te veel gericht op witte Nederlandse gezinnen: *'Ik ben de Surinaamse aanpak gewend, dit was te soft. Het, het mag gewoon iets strakker, iets harder aangepakt die kinderen'* [Ouder. Vrouw].

Vroegtijdig stopzetten door cliënt

Twee van de geïnterviewde gezinnen hebben zelf de behandeling door MDFT vroegtijdig stopgezet. Hier waren verschillende redenen voor. Een jongere is na twee sessies niet meer op komen dagen omdat zij vond dat de behandeling te diep in ging op problemen uit het verleden: *'ze gingen heel erg in op mijn verleden, ook van dat ik echt heel jong was, basisschool tijden. Toen had ik gezegd daar ligt het probleem niet. Het is gewoon de relatie tussen mij en mijn vader nu en dat, dat opgelost moet worden zeg maar. Toen was het van dan gaan wij daar vanaf nu aan werken. En toen kwam hij de tweede keer met een lijstje aan van welke vijf dingen ik wilde veranderen in mijn leven enzo, dat soort dingen. Kijk daar heb je ook wel wat aan maar dat was niet het doel waarvoor we dat zouden krijgen'* [Jongere. Vrouw].

De gezinsgerichte benadering van MDFT zag deze cliënt wel zitten. Maar ondanks dat de ouders ook werden behandeld, voelde zij zich alsnog als schuldige aangewezen door haar ouders: *'ik heb natuurlijk in een gesloten instelling gezeten en daar kreeg ik heel veel hulp voor mijn gedrag. Maar mijn ouders vielen daar een beetje buiten en dat loste het probleem niet op zeg maar met mijn vader. Toen dacht ik misschien werkt [MDFT]. Nou ja mijn vader reageerde daar een beetje op van het ligt niet aan mij maar allemaal aan [de jongere]. Dus toen dacht ik op een gegeven moment van dat schiet niet op allemaal'* [Jongere. Vrouw]. De ouders van deze cliënte zijn wel langer doorgegaan. Uit het interview wordt duidelijk dat ook de ouders vinden dat zij geen aandeel hadden in de problematiek van de jongere: *'nee het kwam echt bij (de jongere) van buiten af, dus zij heeft hulp nodig'* [Ouders]. De ouders zijn nog wel wat langer doorgegaan met MDFT, maar hebben na een tijdje de behandeling stopgezet omdat zij het te veel gericht vonden op hun relatie: *'En het werd gewoon irritant op een gegeven moment dat hij steeds over onze relatie begon, steeds opnieuw. Terwijl we steeds aangaven van dat is het niet'* [Ouders].

De ouders van het andere gezin dat MDFT niet afmaakte waren wel zeer tevreden met MDFT. De jongere is tijdens MDFT verhuist naar de biologische vader die, volgens de biologische moeder, niet geloofde in de therapie. Na de verhuizing heeft de jongere besloten MDFT stop te zetten. De moeder en stiefvader van deze jongere geloofden niet dat deze beslissing geheel vanuit de jongere kwam: *'maar ik vind dan dat MDFT niks te verwijten valt dat het is misgelopen want dat is de beslissing van (de jongere) met druk van haar vader'* [Ouders].

8.2 Exit-vragenlijsten

Algemene tevredenheid

Om de algemene tevredenheid van de cliënten te meten is er gebruik gemaakt van drie soorten kwantitatieve gegevens (1) de score op de exit-vragenlijsten, (2) het rapportcijfer gegeven in de exit-vragenlijsten en (3) het rapportcijfer gegeven in de interviews. Op basis van deze drie informatiebronnen blijkt dat de geïnterviewde oud-clieënten van MDFT bij Spirit tevreden zijn over de behandeling. Jongeren en hun ouders verschillen niet in hun beoordeling van MDFT.

Het gemiddelde rapportcijfer dat de cliënten op de exit-vragenlijsten geven is een 8.3 ($SD = 2.1$). Hoewel er geen significante verschillen aangetoond kunnen worden, gaven ouders gemiddeld een hoger cijfer aan MDFT dan de jongeren (Tabel 24).

Ook in de interviews is respondenten gevraagd een algemeen cijfer te geven over MDFT. Gemiddeld gaven zij MDFT een 8.1 ($SD = 2.1$). Ouders gaven MDFT gemiddeld een 8.0 ($SD = 2.2$) en jongeren een 8.1 ($SD = 2.2$; Tabel 24).

Tabel 24
Gemiddeld cijfer exit-vragenlijst en interviews

	Gemiddeld cijfer exit-lijst		Gemiddeld cijfer interview	
	<i>M (SD)</i>	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>	<i>N</i>
Jongeren	7.9 (2.8)	14	8.1 (2.2)	8
Ouders	8.7 (1.3)	16	8.0 (2.2)	16
Totaal	8.3 (2.1)	30	8.1 (2.1)	24

Op basis van de scores van de exit-vragenlijsten blijkt ook dat de cliënten tevreden zijn met MDFT. Gemiddeld geven de cliënten een score van 3.4 ($SD = 0.7$) op een schaal van een tot vier (tabel 25).

Tabel 25
Gemiddelde score exit-vragenlijst

	Hele Exit-vragenlijst	Verloop van de hulp	Resultaat en toekomst	<i>N</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Jongeren	3.4 (0.7)	3.5 (0.6)	3.2 (0.9)	13
Ouders	3.3 (0.7)	3.6 (0.5)	3.2 (0.8)	17
Totaal	3.4 (0.7)	3.6 (0.5)	3.2 (0.8)	30

Samenhang meetinstrumenten

Omdat er gebruik is gemaakt van verschillende gegevens om de tevredenheid van cliënten te meten, is de samenhang tussen deze gegevens nagegaan. De drie bronnen hangen met elkaar samen en dit laat zien dat de respondenten consistent zijn in hun oordeel op de drie instrumenten (tabel 26). Om na te gaan of bepaalde cliënten meer tevreden zijn over MDFT, is bekeken of er een samenhang is tussen de demografische kenmerken van de cliënten en de mate van tevredenheid. Demografische kenmerken (zoals geslacht en leeftijd), blijken niet samen te hangen met de tevredenheid van cliënten (Boomkens, 2012). Dit betekent dat deze kenmerken niet uitmaken voor de tevredenheid.

Tabel 26

Samenhang verschillende bronnen waarmee cliënttevredenheid is gemeten

Bronnen	Rapportcijfer interview	Rapportcijfer exit-vragenlijst	Score exit-vragenlijst
Rapportcijfer interview	-	Gemiddelde samenhang ($r = .63, p = .002$)	Sterke samenhang ($r = .89, p = .000$)
Rapportcijfer exit-vragenlijst		-	Gemiddelde samenhang ($r = .63, p = .000$)
Score exit-vragenlijst			-

Resultaat volgens cliënten

In het interview is gevraagd of cliënten tevreden zijn met het resultaat van MDFT. Jongeren die zelf vinden dat MDFT heeft geholpen, verschillen in hun tevredenheid over MDFT niet van jongeren die vinden dat MDFT niet heeft geholpen. Dit kan betekenen dat jongeren het resultaat niet als het belangrijkste van een behandeling ervaren.

De mate van tevredenheid van ouders bleek wel samen te hangen met het resultaat van MDFT, zoals ervaren door de ouders zelf ($z = -2.16, p = .030$). Dit betekent dat ouders die vinden dat MDFT heeft geholpen, meer tevreden zijn over MDFT dan ouders die vinden dat MDFT niet heeft geholpen.

Hulpverlener

In de interviews is aan cliënten gevraagd of zij vonden dat hun therapeut over voldoende kennis en vaardigheden beschikte om hen goed te kunnen helpen. Het blijkt dat jongeren en ouders meer tevreden zijn over MDFT als zij vinden dat hun therapeut voldoende vaardigheden heeft.¹¹ Dit betekent dat het voor de mate van tevredenheid belangrijk is wat de therapeut kán.

De kennis van de therapeut blijkt niet uit te maken voor de mate van tevredenheid. Hierbij moet aangetekend worden dat cliënten in het interview niet goed wisten wat zij onder kennis moesten verstaan.

Werkrelatie hulpverlener en cliënttevredenheid

De kwaliteit van de werkrelatie tussen de therapeut en de cliënt is in kaart gebracht aan de hand van de WAI-SR (Working Alliance Inventory, Short version Revised; zie hoofdstuk 2). Dit is een bestaande vragenlijst waarop cliënten over 12 stellingen kunnen aangeven in hoeverre die stelling op hun van toepassing is. De cliënten geven dat aan met een cijfer tussen de een en zeven, waarvan een het laagst en een zeven het hoogst. De WAI-SR bestaat uit drie subschalen: Doel, taak en relatie. Er is nagegaan in hoeverre de werkrelatie, gemeten met de WAI-SR, samenhangt met de mate van tevredenheid (de drie eerder genoemde bronnen). Alle drie de bronnen hangen samen met de WAI-SR (tabel 27). Dit betekent dat de werkrelatie tussen de hulpverlener en de cliënt de mate van tevredenheid voorspelt (hoe beter de werkrelatie, hoe meer tevreden cliënten zijn).

¹¹ respectievelijk exit-vragenlijst: $M = 2.3, SD = 0.7$, Cijfer interview: $M = 4.0, SD = 3.6, z = -2.26, p = .021, z = -2.19, p = .031$

Tabel 27
Samenhang tussen de WAI-SR en cliënttevredenheid

	WAI-SR
Cijfer interview	Sterke samenhang ($r = .80, p = .000$)
Cijfer exit-vragenlijst	Gemiddelde samenhang ($r = .66, p = .001$)
Score exit-vragenlijst	Sterke samenhang ($r = .81, p = .000$)

Cliënten vinden de werkrelatie tussen hen en de therapeut bij de afsluiting van MDFT erg goed.

Gemiddeld gaven zij de score 6.2 ($SD = 0.7$) op een schaal van 1 tot 7. Ook op de subschalen 'doel' en 'relatie' scoren oud-clieënten hun relatie erg hoog (Doel: $M = 6.3, SD = 0.6$, Relatie: $M = 6.7, SD = 0.4$). Op de subschaal 'taak' scoren de oud-clieënten gemiddeld iets lager, maar nog steeds hoog ($M = 5.7, SD = 1.4$; Tabel 28).

Tabel 28
Gemiddelde score WAI-SR

	WAI-SR $M (SD)$	Doel $M (SD)$	Taak $M (SD)$	Relatie $M (SD)$	N
Jongeren	6.0 (0.9)	6.0 (0.8)	5.5 (1.5)	6.4 (0.9)	9
Ouders	6.3 (0.6)	6.4 (0.5)	5.9 (1.3)	6.7 (0.4)	14
Totaal	6.2 (0.7)	6.3 (0.6)	5.7 (1.4)	6.6 (0.6)	23

Geprobeerd is in kaart te brengen welke cliënten een betere werkrelatie met hun therapeut hebben. Er is geen verschil in werkrelatie gevonden tussen ouders en jongeren. Ook waren er geen verschillen in de werkrelatie op basis van de overige demografische factoren van de cliënten. Dit betekent dat het voor de werkrelatie niet uitmaakt wie de cliënt is.

Als de informatie uit de interviews vergeleken worden met de scores op de WAI-SR, dan blijkt dat cliënten die vinden dat hun therapeut over voldoende vaardigheden beschikt een betere werkrelatie met hun therapeut hebben ($z = -2.60, p = .003$). Voor de subcategorieën 'taak' en 'doel' is dit verschil ook gevonden ($z = -2.77, p = .001, z = -2.05, p = .040$ respectievelijk) maar voor de subschaal 'relatie' kon dit verschil niet aangetoond worden. Andere variabelen bleken niet samen te hangen met de werkrelatie.

8.3 Tot slot

Het doel van dit hoofdstuk was na te gaan hoe cliënten de hulp van MDFT beoordelen. In 2010 en 2011 ontvingen 49 cliënten hulp van MDFT en werden 32 cases afgesloten. Van de helft van deze cases (16) is informatie uit de exit-vragenlijst beschikbaar en jongeren en ouders zijn geïnterviewd rond 14 cases. Er is daarmee maar van een deel van de cliënten bekend hoe zij MDFT beoordelen. Dit deel van de cliënten is over het algemeen tevreden over de hulp die zij hebben ontvangen. Er is geen verschil in de tevredenheid van ouders en jongeren. Dit komt overeen met de uitkomsten in ander onderzoek (Garland et al., 2007; Verhoef, 2008). Ook demografische kenmerken van cliënten blijken niet samen te hangen met cliënttevredenheid.

Ouders die vinden dat MDFT heeft gewerkt zijn meer tevreden dan ouders die dat niet vinden. Het blijkt dat dit resultaat voor jongeren niet geldt. Mogelijk bepaalt het resultaat niet de tevredenheid van jongeren.

Ouders en jongeren benoemen in de interviews hetzelfde type doelen die zij met MDFT wilden bereiken. Het belangrijkste doel van de jongeren was gedragsverandering en de belangrijkste doelen van ouders waren het leren omgaan met het (probleem)gedrag van hun zoon of dochter en het verbeteren van hun eigen opvoedvaardigheden. Het leren omgaan met het (probleem)gedrag van het kind is volgens de ouders deels behaald, de andere doelen beoordelen ouders én jongeren als 'behaald'. Maar twee gezinnen noemden het reduceren van middelenmisbruik al doel. Dit valt op omdat MDFT specifiek bedoeld is voor jongeren met onder andere middelenmisbruik. Mogelijk wilden jongeren met middelenverslaving niet meedoen aan het cliënttevredenheidsonderzoek of had middelengebruik niet de prioriteit volgens ouders en jongeren. De cliënten die verminderen van middelengebruik als doel genoemd hebben, vinden dat dit doel wel behaald is. De doelen voor het hele gezin waren voornamelijk gericht op de communicatie en relatie tussen de gezinsleden. Zowel ouders als jongeren vinden dat deze doelen behaald zijn.

De meeste cliënten vonden dat het tijd was om MDFT af te sluiten. Een aantal van hen wilden dit echter niet. Deze cliënten ervoeren veel steun van de therapeut en wilden daarom niet loslaten hoewel zij wel het resultaat van MDFT inzagen. Cliënten die vonden dat MDFT te vroeg afgesloten werd gaven hiervoor als reden dat MDFT de problemen alleen deels heeft opgelost. Zij zouden liever door zijn gegaan tot alle problemen geheel opgelost zouden zijn.

De werkrelatie hangt samen met de tevredenheid van cliënten. De cliënten van MDFT bij Spirit hebben een goede werkrelatie met hun therapeut bij de afsluiting van MDFT. Een mogelijke verklaring hiervoor is de intensiteit van MDFT. De samenhang tussen behandelduur en de werkrelatie is echter niet bewezen (Aarsse, Van den Brink & Koeter, 2006).

Alle cliënten zijn tevreden over hun therapeut. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat het voor cliënttevredenheid niet uitmaakt wie de therapeut is, maar wat de therapeut doet (Tanner, 1981; Van Yperen, 2003) en dat blijkt ook uit dit onderzoek.

Alle cliënten hebben hun therapeut in het interview omschreven en zij noemen voornamelijk factoren die te maken hebben met wat de therapeut doet. Deze factoren waren bijvoorbeeld vriendelijk, betrokken, luisterde goed en betrouwbaar. De meeste cliënten vinden dat hun therapeut over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om hen goed te kunnen helpen. Er is echter geen samenhang gevonden tussen cliënttevredenheid en kennis van de hulpverlener. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat 'kennis' voor sommige cliënten moeilijk te definiëren was. Cliënten wisten wel goed te beschrijven wat vaardigheden zijn. Het blijkt dan ook dat cliënten meer tevreden zijn wanneer hun therapeut over voldoende vaardigheden beschikt.

Cliënten noemen in de interviews de positieve punten en negatieve punten van MDFT. Dezelfde punten worden zowel positief als negatief benoemd. Deze zijn: het resultaat van MDFT, de manier van werken, de intensiteit, het tijdsbestek waarin MDFT plaatsvindt en of de omgeving van het kind betrokken wordt bij de behandeling. Sommige cliënten zagen deze punten wel terugkomen in hun behandeling terwijl andere respondenten deze punten meer of op een andere manier terug hadden willen zien. Zo noemen tevreden

cliënten over de manier van werken dat er ook rollenspellen zijn gedaan, terwijl ontevreden cliënten deze actievere werkvormen meer terug hadden willen zien. Dit lijken daarmee precies de punten te zijn waar cliënten veel waarde aan hechten.

9 CONCLUSIES EN DISCUSSIE

In dit rapport is verslag gedaan van de invoering en uitvoering van MDFT bij Spirit in Amsterdam. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord en aanbevelingen voor de uitvoering van MDFT geformuleerd. De onderzoeksvragen hebben betrekking op het implementatieproces (invoeringsstrategieën), de bereikte doelgroep, de uitvoering van MDFT, de ervaringen met het de ondersteuning van de MDFT-therapeuten (borgingsstrategieën) en de beoordeling van de hulp door cliënten (cliënttevredenheid).

Het implementatieproces

Spirit biedt ambulante hulp op scholen en in gezinnen en is sinds kort georganiseerd in wijk- en streekteams verspreid over de stadsregio Amsterdam. Deze teams kunnen specialistische interventies inzetten en MDFT is één van de gespecialiseerde interventies. Spirit werkt samen met de instelling voor jeugd-ggz Arkin om MDFT aan te kunnen bieden. Beide organisatie hebben een MDFT-team in huis en een kinder- en jeugdpsychiater van Arkin is aan beide teams verbonden.

Bij de start van MDFT was de instelling nog regionaal georganiseerd, maar gold ook dat professionals werkzaam bij andere hulpvormen, intern naar MDFT konden verwijzen.

De keuze om met MDFT te starten is gemaakt op basis van een grondige voorbereidingsfase waarin kenmerken van de interventie, de vereisten voor personeel, de organisatie en de financiën in kaart zijn gebracht (determinantenanalyse).

Vervolgens zijn strategieën gekozen voor de invoering van MDFT. Er is een aanmeldings- en intakeprocedure afgesproken en binnen de organisatie is informatie verspreid zodat gedragswetenschappers konden verwijzen naar MDFT (*fase van verspreiding*). Ook is een werkgroep van 'verwijzers' uit de '16+' ingesteld en een stuurgroep voor het draagvlak vanuit het management (*fase van adoptie*). Omdat het MDFT-team nieuw werd opgezet waren er geen uitgebreide strategieën nodig voor de adoptie van de vernieuwing onder de uitvoerders van de interventie. De nieuwe medewerkers kiezen er immers zelf voor om met de interventie te gaan werken. De gedragswetenschappers bleken vrij snel tot aanmelding over te gaan, zodat daar niet veel meer nodig was dan het verspreiden van informatie om hen tot adoptie van de vernieuwing te bewegen. Daarmee lijkt MDFT in de 'oude' organisatie voldoende ingebed. Met de vorming van de wijk- en streekteams is het zaak MDFT opnieuw en blijvend onder de aandacht te blijven brengen om die goede inbedding te kunnen laten bestaan. Voor wat betreft de *fase van invoering* staat bij MDFT de strategie vooraf vast: MDFT stelt bepaalde eisen ten aanzien van training en boostersessies. Tijdens de invoering bleek dat MDFT onvoldoende handvatten bood aan de therapeuten om te werken met jongeren met *verslavingsproblematiek*. Daarop is extra training als invoeringsstrategie gekozen.

Voor wat betreft de *fase van borging* voorziet MDFT in verschillende borgingsstrategieën die verderop in dit hoofdstuk verder aan de orde komen.

Aanbevelingen implementatieproces:

- In de nieuwe organisatiestructuur blijvend aandacht besteden aan verspreiding van informatie over MDFT

Bereikte doelgroep

In 2010 en 2011 zijn er 80 jongeren bij MDFT aangemeld. Anders dan vooraf verwacht zijn er 30 aanmeldingen gedaan door andere instellingen dan Spirit zelf (voornamelijk Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam). In totaal zijn er in de eerste twee jaar 49 jongeren gestart met MDFT, 21 cases zijn afgewezen en 10 kwamen op de wachtlijst te zijn.

De behandelduur van cliënten waarbij MDFT in 2010 of 2011 is afgesloten ligt gemiddeld op 37 weken en is daarmee langer dan de verwachte duur van vier tot zes maanden (16 tot 24 weken). Bij een team dat nieuw met MDFT start is het uitgangspunt dat er 48 gezinnen per jaar behandeld kunnen worden, waarbij voor het eerste (opleidings) jaar de helft wordt aangehouden. De relatief lange behandelduur bij Spirit maakt dat er minder gezinnen behandeld zijn dan vooraf verwacht werd.

Er is geen verschil in de achtergrondkenmerken en problematiek van de ingestroomde jongeren (en gezinnen) in de beide jaren, op één punt na: in 2011 zijn er meer meisjes ingestroomd. Het gaat om cliënten met veel problemen, die in combinatie voorkomen.

MDFT is ontwikkeld en ook onderzocht voor cliënten met problemen met middelengebruik (voornamelijk cannabis). Nadere beschouwing van de doelgroepomschrijving van de MDFT-academie laat zien dat de doelgroep daar breder wordt omschreven dan het geval is bij de ontwikkelaars in de Verenigde Staten. In de VS gaat het om jongeren met middelengebruik en daaraan gerelateerde externaliserende en internaliserende problematiek. De Nederlandse variant van MDFT stelt in de doelgroep beschrijving het middelengebruik minder centraal. De doelgroep in Nederland wijkt daardoor af van die waar de interventie voor ontwikkeld en onderzocht is.

Als er wordt uitgegaan van de Nederlandse indicatie-criteria van de MDFT-academie voldoen alle cliënten die door Spirit bij MDFT zijn opgenomen aan de indicatie-eisen. Bij iets meer dan de helft (52%) van de jongeren die binnen Spirit het MDFT-traject heeft gevolgd is sprake (geweest) van problemen op dit gebied. Dit is een veel hoger percentage dan binnen andere onderdelen van Spirit het geval is (gemiddeld 21%).

Uitvoering van MDFT

De ontwikkelaars van MDFT hebben een multisysteem interventie ontwikkeld, waarin gewerkt wordt met drie fasen, elk met min of meer eigen technieken. MDFT maakt gebruik van planningsformulieren als instrument om therapeuten te helpen de MDFT-sessies gericht uit te voeren en zich op meerdere domeinen te richten. Op dit moment worden de formulieren niet standaard gebruikt. Therapeuten grijpen op moeilijke momenten naar de formulieren om hun gedachten te ordenen en sessies te sturen. Het uitgangspunt de formulieren altijd te gebruiken, zodat het een weinig tijdrovende routine wordt die veel informatie oplevert en supervisie en teambesprekingen vergemakkelijkt is nog geen gemeengoed.

Hoewel de planningsformulieren niet standaard gebruikt worden, bieden ze wel zicht op de domeinen waar de therapeuten zich op richten, de gebruikte technieken en de duur en locatie van de sessies. De meeste sessies zijn gericht op het gezin, met sessies met de jongere als goede tweede. Deelnemers zijn voornamelijk de jongere en zijn/haar moeder. Sessie met andere betrokkenen en systemen (familie, vrienden, school) worden maar in een beperkt aantal gevallen genoteerd. Doordat de formulieren niet standaard worden gebruikt ontbreekt zicht op de mate waarin MDFT zich daadwerkelijk richt op de verdere omgeving van de jongere (school, werk, vrijetijdsbesteding, vriendengroep). De therapeuten zeggen de MDFT-technieken toe te passen, en dit te combineren met hun eigen ervaring. Dat lijkt een logische combinatie. Op basis van de planningsformulieren hebben we echter geen zicht op de gestelde doelen en ingezette middelen en technieken.

Ondanks dat de planningsformulieren niet standaard worden gebruikt, zien therapeuten wel de meerwaarde van het gebruik ervan. Het helpt om de focus in de hulp helder te krijgen. De formulieren worden niet gebruikt door tijdgebrek. Veel tijd gaat er volgens de therapeuten zitten in het registreren van het beloop van sessies, telefoontjes en contacten in het registratiesysteem van samenwerkingspartner Arkin. Het gaat om informatie die nodig is t.b.v. financiering van de zorg. Men ervaart het invullen van zowel de planningsformulieren als dit registratiesysteem als dubbel werk en omdat het laatste nodig is voor de financiering, krijgt dat prioriteit.

Het feit dat de planningsformulieren niet standaard gebruikt worden doet afbreuk aan de voorgeschreven aanpak van MDFT. De verschillende feedbackmomenten voor medewerkers kunnen daardoor minder goed gebruikt worden en de uitvoering lijkt nog onvoldoende gericht op de systemen buiten de jongere en zijn/haar ouder(s). Op basis van de beschikbare gegevens lijkt het vooral om gezinsbehandeling te gaan. Het is mogelijk dat dit mede ertoe bijdraagt dat de behandelduur langer is dan gebruikelijk: er is nog onvoldoende zicht op de kwaliteit van de uitvoering.

Aanbevelingen uitvoering:

- Stimuleren van het gebruik van de door MDFT ingestelde formulieren t.b.v. het aanbrengen van focus in de sessies en het mogelijk maken van controle op de kwaliteit van de uitvoering van de interventie.
- Aanstellen van de door MDFT geadviseerde therapieassistent, om gebruik van kostbare therapietijd voor administratieve doeleinden te voorkomen.
- Een oplossing vinden voor de dubbele registratie van gegevens in het voor de financiering vereiste registratiesysteem dat tot veel frustratie bij de uitvoering leidt.
- Terugkoppelen van de informatie over de duur van de behandeling in het team en bespreking van eventuele oorzaken, zodat de efficiency in de uitvoering omhoog kan.

Ondersteuning van de uitvoering

Niet alle manieren van ondersteuning die MDFT kent en voorschrijft worden bij Spirit toegepast. Zoals gezegd worden de planningsformulieren alleen gebruikt worden ter voorbereiding van moeilijke zaken of sessies. Het in de handleiding opgenomen formulier voor 'zelfsupervisie' wordt niet als zodanig gebruikt.

De belangrijkste vorm van ondersteuning, de individuele supervisie wordt wel toegepast. De frequentie is door tijdgebrek lager dan in de handleiding wordt voorgeschreven en de verschillende vormen (live supervisie, dvd supervisie) worden veel minder vaak toegepast dan de bedoeling is. Teamvergaderingen, intervisie en casuïstiekbesprekingen worden georganiseerd, maar ook in een wat lagere frequentie dan in de handleidingen wordt aangeraden.

Of hier een direct verband is met de gemiddeld langere duur van MDFT is niet direct vast te stellen, maar het is een feit dat de ondersteuningsstructuur van MDFT nog niet optimaal wordt gebruikt.

Het werken met supervisie, die gericht is op de kwaliteit van de uitvoering is nieuw in de jeugdzorg en wordt tot nu toe alleen gebruikt bij *evidence based* interventies die elders zijn ontwikkeld en hier geïmplementeerd worden. Het is voor therapeuten dan ook wennen, voor de één meer dan voor de ander. Over het geheel genomen zijn de therapeuten echter tevreden met de supervisie en waarderen het feit dat zij zo steeds bezig zijn met professionalisering. Zij krijgen zo handvatten om hun werk nog beter te doen.

De focus van de supervisie is in de loop van de bijna twee jaar dat het MDFT-team bezig is, meer gericht op coaching van de uitvoering en wat minder op leidinggeven en kennisoverdracht. Veel voorkomende thema's in de supervisie zijn planmatig werken, focus in de sessies, aandacht voor het gehele systeem, time management, het werken met meervoudige partijdigheid en de regie laten bij het gezin (zij moeten het doen, niet de therapeut). Dit zijn thema's die ook in de supervisiehandleiding én in ander onderzoek naar multisysteem als veel voorkomende thema's worden genoemd. Het zijn dé uitdagende punten in intensieve gezins- en systeeminterventies en terreinen waarop een MDFT-therapeut kennis en vaardigheden dient te bezitten.

De leden van het MDFT-team zijn tevreden over de 'fysieke' randvoorwaarden: gebouw, laptops en video-camera's. Over de ondersteuning is men, zoals hierboven besproken, over het geheel genomen positief. Voor wat betreft de ondersteuning door de MDFT-academie is men inhoudelijk gesproken heel positief, maar over de daadwerkelijke beschikbaarheid van de ondersteuning en de organisatie als geheel is men minder positief. Het lijkt erop dat zowel de MDFT-academie als de teamleden zelf veel moeten doen in relatief weinig tijd, waardoor de afgesproken frequentie van ondersteuningsactiviteiten in de praktijk niet haalbaar is.

Aanbevelingen ondersteuning:

- Stimuleren van het gebruik van de formulieren voor 'zelfsupervisie'.
- Toepassen van de 'live' supervisie en DVD supervisie toe in de frequentie zoals voorgeschreven in de supervisie-manual.
- Bij de werving en selectie van therapeuten aandacht besteden aan het feit dat de *inhoud* van de supervisie bij MDFT anders is dan gebruikelijk in de jeugdzorg.
- Bespreken van de beschikbaarheid van en ondersteuning door de MDFT-academie met de opleiders.

Uitkomsten

Het uitgangspunt dat de MDFT therapeuten in de eerste en laatste fase van MDFT gebruik maken van vragenlijsten (NOSI, CBCL, CRAFFT) is niet van de grond gekomen. Er zijn daardoor geen gegevens over uitkomsten van MDFT beschikbaar. Systematische bespreking van de uitkomsten met cliënten en teamleden is nu niet mogelijk en wel gewenst.

In 2010 en 2011 ontvingen 49 cliënten hulp van MDFT en werden 32 cases afgesloten. Van de helft van deze cases (16) is informatie uit de exit-vragenlijst beschikbaar en jongeren en ouders zijn geïnterviewd rond 14 cases. Er is daarmee *van een deel van de cliënten* bekend hoe zij MDFT beoordelen.

Dit deel van de cliënten is over het algemeen tevreden over de hulp die zij hebben ontvangen. Er is geen verschil in tevredenheid gevonden tussen ouders en jongeren. Dit komt overeen met de uitkomsten in ander onderzoek. Ook demografische kenmerken van cliënten blijken niet samen te hangen met cliënttevredenheid.

Ouders die vinden dat MDFT heeft gewerkt zijn meer tevreden dan ouders die dat niet vinden. Het blijkt dat dit resultaat voor jongeren niet geldt. Mogelijk bepaalt het resultaat niet de tevredenheid van jongeren.

De cliënten van MDFT bij Spirit hebben een goede werkrelatie met hun therapeut bij de afsluiting van MDFT en zijn tevreden over hun therapeut. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat demografische kenmerken van de hulpverlener niet uitmaken voor cliënttevredenheid, het gaat erom wat de therapeut dóet (Tanner, 1981; Van Yperen, 2003). Dat blijkt ook uit dit onderzoek. Cliënten duiden hun therapeut aan als vriendelijk, betrokken, luisterde goed en betrouwbaar. De meeste cliënten vinden dat hun therapeut over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om hen goed te kunnen helpen.

Ouders en jongeren noemden in de interviews dezelfde soorten doelen. Belangrijkste doel van de jongeren was gedragsverandering en de belangrijkste doelen van ouders waren het leren omgaan met het (probleem)gedrag van hun zoon of dochter en het verbeteren van opvoedingsvaardigheden. Deze doelen worden volgens cliënten (deels) behaald. Slechts twee gezinnen noemden het reduceren van middelenmisbruik specifiek als doel. Deze cliënten vinden dat deze doelen wel behaald zijn. De doelen voor het hele gezin waren voornamelijk gericht op de communicatie en relatie tussen de gezinsleden. Zowel ouders als jongeren vinden dat deze doelen behaald zijn.

De meeste cliënten vonden dat het tijd was om MDFT af te sluiten. Een aantal van hen wilden dit nog niet. Deze cliënten ervoeren veel steun van de therapeut en wilden daarom niet loslaten hoewel zij wel het resultaat van MDFT inzagen. Cliënten die vonden dat MDFT te vroeg afgesloten werd gaven hiervoor als reden dat MDFT de problemen alleen deels heeft opgelost. Zij zouden liever door zijn gegaan tot alle problemen geheel opgelost zouden zijn.

Cliënten noemen in de interviews positieve punten en negatieve punten van MDFT. Dezelfde punten worden zowel positief als negatief benoemd. Deze zijn: het resultaat van MDFT, de manier van werken, de intensiteit, het tijdsbestek waarin MDFT plaatsvindt en of de omgeving van het kind betrokken wordt bij de behandeling. Sommige cliënten zagen deze punten wel terugkomen in hun behandeling terwijl andere

respondenten deze punten meer of op een andere manier terug hadden willen zien. Zo noemen tevreden cliënten over de manier van werken dat er ook rollenspellen zijn gedaan, terwijl ontevreden cliënten deze actievere werkvormen meer terug hadden willen zien. Dit lijken daarmee precies de punten te zijn waar cliënten veel waarde aan hechten.

Aanbevelingen uitkomsten:

- Zorgen dat de voorgeschreven vragenlijsten afgenomen worden aan ouders en jongeren en koppel de uitkomsten terug aan jongeren, ouders en teamleden.
- Verzamel informatie over doelrealisatie en cliënttevredenheid en koppel de uitkomsten terug aan de leden van het team, zodat de kwaliteit van de uitvoering besproken kan worden.

LITERATUUR

- Aarsse, R., van den Brink, W., & Koeter, M. (2006). Een goede werkrelatie en een tevreden cliënt: een goed behandelresultaat. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 112-121.
- Austin, A. M., Macgowan, M. J., & Wagner, E. F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. *Social Work Practice*, 15, 67-83.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N.H., & Fernández. (2011). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach (2nd ed.)*. San Francisco, CA US: Jossey-Bass.
- Bijl, B., Eenshuistra, R., & Campbell, E. E. (2011). *Implementatie achter tralies. een studie naar randvoorwaarden en factoren die van invloed zijn op de implementatie van PIJ-behandelprogramma's*. Duivendrecht: Pi research.
- Boomkens, C. (2012). *Tevredenheid van cliënten van MDFT bij Spirit in Amsterdam*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam (masterthesis).
- Brock, A.J.L.L. de, Vermulst, A.A., & J.R.M. Gerris. (1990). De Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. *Gezin, Tijdschrift voor primaire leefvormen* 2 (2), 1-18.
- Brook, J. S., Whiteman, M., Nomura, A. S., Gordon, A. S., & Cohen, P. (1988). Personality, family and ecological influences on adolescent drug use: A developmental analysis. In R. H. Coombs (Ed.), *The family context of adolescent drug use (pp.123-162)*. New York: Haworth Press.
- Bukstein, O. G. (1995). *Adolescent substance abuse: Assessment, prevention and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(40).
- Dakof, G.A., & Liddle, H.A. (2009). *MDFT training and supervision manual*. Miami: University of Miami Miller School of Medicine (Interne publicatie).
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Funk, R. R. (2004). The cannabis youth treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213.
- Dolder den, A. (2010). *Beleidsplan MDFT*. Amsterdam: Spirit.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal Community Psychology*, 41, 327-350.
- Fleuren, M. A. H. (2010). *Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen*.
- Fleuren, M. A. H., & Jong, O. R. W. d. (2006). *Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden jeugdgezondheidszorg*.

- Fleuren, M. A. H., Wiefferink, C. H., & Paulussen, T. G. W. M. (2004). Determinants of innovation within health care organisations: Literature review and delphi-study. *International Journal For Quality in Health Care*, 16, 107-123.
- Fleuren, M. A. H., Wiefferink, C. H., & Paulussen, T. G. W. M. (2010). Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 88(2), 51-54.
- Garland, A.F., Haine, R.A., & Boxmeyer, C.L. (2007). Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning*, 30, 45-54.
- Gendreau, P., Goggin, C., & Smith, P. (1999). The forgotten issue in effective correctional treatment: Program implementation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 180-187.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O., & Peacock, R. (2005). *Diffusion of innovations in health service organizations: A systematic literature review*. Oxford: Blackwell.
- Grol, R., & Wensing, M. (2010). *Implementatie. effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hatcher, R. L., & Gillapsy, L. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., & Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: Report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, doi:10.1037/a0020620
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., & Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 121-129.
- Hogue, A., Henderson, C. E., Dauber, S., Barajas, P. C., Fried, A., & Liddle, H. A. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 544-555.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Jurrius, K., Havinga, L., & Stams, G.J. (2008). *Exit-vragenlijst Jeugdzorg*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Knight, J., Sherritt, L., Shrier, L., Harris, S., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 156, 607-614.
- Konijn, C., & Koopman, M. (2009). *Invoering evidence based interventies bij Spirit: Triple P, PMTO en MDFT*. Amsterdam: Spirit.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barret, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688.
- Liddle, H. A. (2002). *Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users, cannabis youth treatment series, volume 5*. (No. 02-3660). Rockville: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103, 1660-1670.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 12-25.
- Liddle, H. A. (2010). Multidimensional family therapy: A science-based treatment system. *ANZJFT Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31(2), 133-148. doi:10.1375/anft.31.2.133
- Mikolajczak, J., Stals, K., Fleuren, M. A. H., Wilde, E. J. d., & Paulussen, T. G. W. M. (2009). *Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies*. Leiden / Utrecht: TNO Kwaliteit van Leven / Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
- Newcomb, M. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. In E. Rahdert, & D. Czechowicz (Eds.), *Adolescent drug abuse: Clinical assessments and therapeutic interventions* (pp. 7-38). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2008). Ensuring treatment integrity. In C. M. Nezu (Ed.), *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions*. (pp. 263-281). New York, NY US: Oxford University Press.
- Pereplechikova, F. (2007). *Treatment integrity in treatment outcome research (2000-2004): Analysis of the studies and examination of the associated factors*. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(6-). (2007-99240-153)
- Rigter, H., Pelc, I., Phan, O., Tossman, P., Hendriks, V., Rowe, C., & Schaub, M. (2011). *Report on the INCANT study. multidimensional family therapy in Europe as a treatment for adolescents with cannabis use disorder and other behavior problems*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V., & Rowe, C. (2010). INCANT: A transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*, 10 Apr, Art 28.
- Rigter, H., & Mos, K. (2008). *Cursusmap MDFT*. Rotterdam: Erasmus MC
- Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., & Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 108-116.
- Schoenwald, S. K., Chapman, J. E., Sheidow, A. J., & Carter, R. E. (2009). Long-term youth criminal outcomes in MST transport: The impact of therapist adherence and organizational climate and structure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(1), 91-105. doi:10.1080/15374410802575388
- Schoenwald, S. K., Sheidow, A. J., & Chapman, J. E. (2009). Clinical supervision in treatment transport: Effects on adherence and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 410-421.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 689-698.

- Stals, K., Yperen, T. v., Reith, W., & Stams, G. J. (2009). Jeugdzorg kan nog veel leren over implementeren. gebruik van kennis over implementatie vergroot de kans op succes. *Kennis*, 3(4), 19-28.
- Stals, K., Yperen, T. v., Reith, W., & Stams, G. J. (2008). *Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg. een literatuurstudie over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht / Rijswijk: Universiteit Utrecht / Stichting Jeugdformaat.
- Tanner, B.A. (1981). Factors influencing client satisfaction with mental health services. A review of quantitative research. *Evaluating and Program Planning*, 4, 279-286.
- Vosters, J. G. H., & Vogelvang, B. O. (2010). *Implementatie van gedragsinterventies door de reclasseringsorganisaties*. Den Bosch: Expertisecentrum Veiligheid / Avans Hogeschool.
- Van Yperen. T.A. (2003). *Gaandeweg. Werken aan de effectiviteit van de jeugdzorg* (oratie). Utrecht, SWP. ISBN 9059572386.
- Van Yperen, T.A (red). (2010). *55 vragen over effectiviteit. antwoorden voor de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Verhoef, W.G.J. (2008). *Tevredenheid van cliënten en hun ouders in de niet vrijwillige hulpverlening van Bureau Jeugdzorg Noordwest Veluwe* (masterthesis). Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/ Erasmus Universiteit Rotterdam.

BIJLAGE 1 TABELLEN

Tabel 1

Problematiek individuele jeugdige

Problematiek	gezin met twee ouders ouderfiguren (N = 27)	gezin met één ouder (N = 19)
	%	%
Gedragsproblemen	82	90
Problemen op school	100	90
Emotionele problemen	59	74
Problemen contacten	44	74
Persoonlijkheid en identiteit	48	68
Veiligheid	48	58
Contacten met politie/justitie	41	47
Dagelijkse routine	33	42
Middelen/Verslaving	59	42
Problemen met seksualiteit	26	21
Financiële problemen	-	21
Huisvesting/Wonen	19	21
Gezondheidsproblemen	37	5
Licht verstandelijke beperking	-	-

Tabel 2

Problematiek opvoeding

Problematiek	gezin met twee ouders /ouderfiguren (N = 27)	gezin met één ouder (N = 19)
	%	%
Ouder-kindrelatie	96	100
Opvoedingsvaardigheden	96	90
Opvoedingssituatie	37	90
Reflectie eigen functioneren ouder	67	84
Zelfvertrouwen als ouder	74	63
Empathisch vermogen als ouder	44	56
Veiligheid kind	30	53

Tabel 3

Problematiek gezin

Problematiek	gezin met twee ouders ouderfiguren (N = 27)	gezin met één ouder (N = 19)
	%	%
Communicatie	93	100
Sociaal-emotionele problematiek	67	84
Gezondheid ouders	48	68
Dagelijkse routine/voeren huishouding	22	58
Sociaal netwerk	31	47
Psychiatrische problemen van ouders	30	47
Financiën ouders	33	37
Werk ouders	19	26
Verslaving ouders	19	26
Huisvesting/wonen	11	26
Contacten met politie/justitie ouders	15	21
Licht verstandelijke handicap	8	11

Tabel 4

Kenmerken van de therapeut die door oud-cliënten in de interviews zijn genoemd

Kenmerken therapeut	Aantal keren genoemd
Luisterde goed	8
Vertrouwelijk/betrouwbaar	8
Vriendelijk	8
Betrokken	5
Sympathiek	4
Meelevend	4
Rustig	3
Uiterlijke kenmerken	3
Competent	3
Nam de tijd voor je	3
Gezellig	2
Geduldig	2
Serieus	2
Open	2
Duidelijk	2
Attent	2
Begripvol	1
Overtuigend	1
Oprecht	1
Inlevend	1
Op zoek naar oplossingen	1
Chaotisch	1
Fantastische therapeut	1
Eigenwijs	1
Humor	1
Direct	1
Eerlijk	1
Gaat voor zijn werk	1
Onzeker	1
Sociaal	1
Spontaan	1
Verklarend	1
Een soort vriendin	1
Zichzelf	1

BIJLAGE 2 MDFT-INTERVENTIES

Tabel 1
Technieken die worden ingezet bij MDFT per fase

Technieken en activiteiten gericht op de jongere	
Fase 1	Gebruik de huidige crisis of omstandigheden waarin de jongeren verkeert als aanknopingspunt; Wek positieve verwachtingen en bied toekomstperspectief; Benadruk dat MDFT een proces van samenwerking is; Smeed een band door belangstelling, respect en bewondering voor de jongere te tonen. Zoek naar sterke punten; Streef naar vroeg succes; Moedig hoop en dromen aan; Stel comorbiditeit vast; Werk op het gemoed van de jongere om de behandeling althans te proberen.
Fase 2	Help de jongere zijn gedachten, zorgen, opvattingen en gevoelens jegens zijn ouders te uiten; Vergroot het zelfinzicht van de jongere; Breng in kaart wat de jongere belemmert om te veranderen; Bespreek met de jongere welke stappen nodig zijn om te veranderen; Als de jongere een depressie of angststoornis heeft, besteed daaraan specifieke aandacht; Als de jongere problemen heeft met alcohol of drugs, laat dan zijn urine geregeld testen; Verbeter communicatievaardigheden; Verbeter functioneren op gebieden waar jongeren in problemen kunnen komen: agressieregulatie, impulscontrole, negatieve gedachten en zelfbeeld, besluiteloosheid.
Technieken en activiteiten gericht op de ouders en stijl van opvoeden	
Fase 1	Onderzoek en bespreek stress en belasting van de ouders nu en in het verleden; Geef ouders erkenning voor opvoedinspanningen uit het verleden; Stel met de ouders vast welke problemen er zijn met de jongere; Plaats de jongere en zijn gedrag en het gezin in ontwikkelingsperspectief; Versterk bij ouders de gevoelens van liefde en betrokkenheid; Onderzoek wat voor jeugd de ouders zelf hadden; Maak de ouders duidelijk dat MDFT ook in hun voordeel is; Benadruk de belangrijke rol van ouders; Motiveer de ouders om het beste te proberen; Laat de ouders zich committeren.
Fase 2	Benadruk het belang van zelfzorg; Breng in kaart welke belemmeringen de ouders ervaren bij het streven naar verandering; Blijf hoop geven en positieve verwachtingen wekken; Stel conflicten tussen ouders aan de orde: werk daarbij motiveren, inspirerend; Bereid de ouders voor om écht te luisteren naar hun kind en zijn verhaal; Leer de ouders hun eigen gedrag onder ogen te zien; Help de ouders om af te stappen van gemakzuchtig gedogen; Geef de ouders voorlichting over opvoeden en over de ontwikkeling van jongeren; Geef de ouders een steun in de rug; Help de ouders te beslissen wat ze willen voor hun kind en gezin en op welke punten ze de strijd met hun kind willen aangaan; Leer de ouders opvoedvaardigheden passend bij de leeftijd van de jongere; Help de ouders om voor hun kind beschikbaar te blijven; Verstevig sociale steun.
Technieken en activiteiten gericht op de relaties tussen gezinsleden	
Fase 1	Stel interactiepatronen tussen gezinsleden vast; Stel de voorgeschiedenis van het gezin vast; Maak een start om de gezinsleden beter met elkaar te leren praten over simpele en moeilijke zaken. Betere communicatie;
Fase 2	Concentreer u op de positieve en emotionele component van hun relatie; Bevorder discussie tussen gezinsleden (enactment) waardoor ze andere manieren ontwikkelen om met elkaar te praten en om te gaan; Maak conflicten bespreekbaar; Stimuleer leeftijdsadequate omgang tussen jongere en zijn ouders; Zorg ervoor dat de jongere in gesprekken met zijn ouders aan zijn trekken komt en zijn eigen verhaal kan vertellen; Laat de ouders met de jongere praten over wat er achter hun reacties en regels zit;

Fase 3	Bespreek pijn uit het verleden. Als de jongere zich in het verleden vernederd, verraden, verwaarloosd of misbruikt heeft gevoeld, of nog steeds voelt, laat hem daarover dan met zijn ouders praten ;
	Versterk gevoelens van liefde en betrokkenheid;
	Bevorder het geleidelijk uitspreken van onderling vertrouwen.
	Benoem de veranderingen die zijn bereikt;
	Kijk met de gezinnen ook naar wat er nog bereikt moet worden;
	Bespreek met de gezinsleden dat het einde van de behandeling nadert;
	Praat over de hobbels op de weg die ze nog tegen kunnen komen.
Algemene interventies	
	Controleer steeds of de jongere en de ouders begrijpen wat u zegt;
	Stel ook vragen als u het antwoord al weet;
	Check constant de situatie thuis, op school, enzovoort;
	Laat emoties toe en moedig ze aan;
	Zorg er bij meerdere deelnemers in een sessie voor dat iedereen met iedereen communiceert;
	Gebruikt tussen sessies door de telefoon om met jongere of ouders contact te leggen en te praten;
	Grijp de huidige crisis aan om actie te mobiliseren en het vizier scherp te stellen;
	Neem serieus wat de jongere en/of ouders inbrengen;
	Wees nabij;
	Toon warmte en medeleven en wees vriendelijk;
	Prijs stappen, veranderingen, successen, ook al zijn ze klein;
	Laat geen gaten tussen sessies vallen, of tussen acties.
Interventies buiten het gezin: school	
	Achterhaal schoolrapporten;
	Introduceer MDFT bij schoolkrachten en ga samenwerking aan;
	Bekijk of de jongere op de juiste school of in de juiste klas zit en naar welke andere school of opleiding hij eventueel zou kunnen;
	Houd prestaties en functioneren op school goed in de gaten;
	Leer ouders om problemen op school vast te stellen en daarop actie te ondernemen;
Interventies buiten het gezin: werk	
	Introduceer MDFT bij de werkgever;
	Controleer of de jongere op tijd komt en zijn taken uitvoert;
	Vraag naar knelpunten;
	Bied een helpende hand;
	Leer ouders om problemen op werk vast te stellen en daarop actie te ondernemen.
Interventies buiten het gezin: justitie	
	Probeer inzage te krijgen in relevante documenten;
	Woon relevante zittingen van de rechtbank bij;
	Leg goede contacten met de reclasseringsambtenaar en andere medewerkers van justitie;
	Leer ouders om de belangen van hun kind in het justitiële systeem te verdedigen.
Interventies buiten het gezin: vrijetijdsbesteding	
	Help de jongere mee te gaan doen aan sport, muziek, andere recreatie, andere vrijetijdsbesteding.
Interventies buiten het gezin: maatschappelijke dienstverlening	
	Stel behoeften vast op de volgende gebieden, leg contact met diensten;
	Financiële hulp, uitkeringen, schuldsanering;
	Huisvesting;
	Gezondheidszorg, thuiszorg, maatschappelijk werk of andere instanties.

Bron: Rigter & Mos, 2008.

© Hogeschool van Amsterdam
juni 2012

Lectoraat Implementatie in de Jeugdzorg

Kenniscentrum Maatschappij en Recht
Wibautstraat 80-86
Postbus 1025
1000 BA Amsterdam
www.hva.nl/jeugdzorg