



5 In verbinding

Behandeluitval voorkomen door een sterke alliantie met jeugdigen, ouders en gezinnen

Centiv
Momentum GGZ
Pactum

De Rooyse Wissel
Vincent van Gogh

VIGO

5 In verbinding

Behandeluitalval voorkomen door een sterke alliantie met
jeugdigen, ouders en gezinnen

Uitgave 2022





Forensisch Psychiatrisch Centrum

DE
ROOYSE
WISSEL



© 2022 VIGO Groep

Overname uit deze opgave alleen met bronvermelding.

In verbinding

Auteurs

Dhr. Dr. H.R. Damen

Mw. Drs. M.J.A. Gradussen

Mw. A.T.M. Kremer, MA

Mw. Dr. F.M.C.L. Eurlings-Tonnaer

Deze publicatie is mede tot stand gekomen door medewerking van onze VIGO-collega's: Bregje Kleijnen, Franka de Jonge, Lieke Jenniskens, Diana Heldens, Mireille Suijkerbuijk, Gemmeke Witsiers, & Patricia van den Beld.

Contact

h.damen@pactum.org

manongradussen@vigogroep.nl

VIGO Groep

Kerkenbos 1023

6546 BB Nijmegen

VIGO

VIGO bestaat uit verschillende zelfstandige stichtingen die integraal zorg, begeleiding en behandeling willen bieden aan mensen met psychische en psychiatrische problematiek en/of opvoed- en ontwikkelingsproblematiek, hoe jong of oud ze ook zijn. De stichtingen bundelen hulpverlening, kennis en middelen vanuit de ambitie groot te zijn in kleinschaligheid. Zodat we (wetenschappelijk) onderbouwd betaalbare zorg kunnen leveren. Dát is VIGO.

De stichtingen, zorgorganisaties, binnen VIGO zijn Centiv, Momentum GGZ, Pactum, de Rooyse Wissel, en Vincent van Gogh GGZ. Deze organisaties vullen elkaar aan qua doelgroep én hulpaanbod. Daardoor beschikken we over een breed palet aan kennis en ervaring op het gebied van zorg, behandeling en begeleiding. We helpen mensen waar dat het meeste effect heeft: thuis, of tijdelijk in een veilige omgeving. Met meer of minder begeleiding vanuit onze zorgorganisaties. Bovendien werken we nauw samen met andere (keten)partners, zodat we een optimaal sociaal maatschappelijk rendement behalen.

Deze organisaties bedienen een heel brede doelgroep: van kinderen tot volwassenen, van licht tot zeer zwaar ervaren problematiek en zowel ambulant als residentieel. Wij delen de kennis die ze hierbij opdoen binnen onze organisaties én erbuiten. Dat is eenvoudig gezegd het hart van het werk van VIGO.



Voorwoord

Het voorkomen van behandeluitval is een belangrijke uitdaging in de zorg aan gezinnen met ernstige en meervoudige problemen. Dit geldt zowel voor kwetsbare gezinnen die met intensieve ambulante hulp worden ondersteund als voor gezinnen waarvan hun kind (tijdelijk) uit huis geplaatst is en residentiele zorg of pleegzorg krijgt. Het aantal trajecten dat voortijdig wordt beëindigd is aanzienlijk. Ook belemmert behandeluitval efficiënte en effectieve hulp en kan het negatieve gevolgen hebben voor betrokken jeugdigen, ouders, gezinnen en professionals.

Alle redenen dus om te proberen om kwetsbare gezinnen binnen te houden voor zolang ze jeugdhulp nodig hebben. Met de voorliggende publicatie willen we hiervoor een aanzet geven. Dit, door invloedrijke factoren van behandeluitval in beeld te brengen en handvatten te geven voor het voorkomen van behandeluitval. Kernboodschap: het is waardevol om als professionals te investeren in de samenwerking, oftewel alliantie met jeugdigen, ouders en gezinssysteem.



Inhoudsopgave

Inleiding	10
1 Achtergronden	12
1.1 De complexe situatie van kwetsbare gezinnen	13
2 Behandeluitval	16
2.2 Invloedrijke factoren	17
3 Alliantie	22
3.1 Wat is alliantie?	23
3.2 Waarom is alliantie zo belangrijk?	23
4 Grip op behandeluitval: tips voor een sterke alliantie	24
5 Het meten van alliantie	30
Literatuur	32
Bijlage 1. Wetenschappelijke studies naar behandeluitval: een toelichting	42
Bijlage 2. Behandeluitval: invloedrijke factoren uit de wetenschappelijke literatuur	46



Inleiding



Het voorkomen van behandeluitval is een belangrijke uitdaging als kwetsbare gezinnen jeugdhulp krijgen. Het aantal hulpverleningstrajecten dat voortijdig wordt beëindigd is aanzienlijk, en de consequenties daarvan kunnen groot zijn. Voor de gezinsleden zelf én voor de professionals en organisaties die hen begeleiden.

In deze publicatie¹ gaan we in op factoren die behandeluitval van kwetsbare gezinnen beïnvloeden. Veel van deze factoren hebben te maken met 'alliantie': de samenwerkingsrelatie tussen gezinsleden en professionals. Op dit onderwerp gaan we daarom dieper in. Ook geven we enkele handvatten voor het realiseren van een goede alliantie. We starten met een korte beschrijving van de complexe situatie van kwetsbare gezinnen, en van de veranderende zorgopvatting over de ondersteuning aan deze gezinnen.

¹ Deze publicatie is gebaseerd op wetenschappelijke -en praktijkkennis: er zijn literatuurstudies gedaan, expertbijeenkomsten georganiseerd en interviews gehouden met gedragswetenschappers en hulpverleners van VIGO.



1 Achtergronden



1.1 De complexe situatie van kwetsbare gezinnen

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen vormen een kwetsbare groep in de samenleving. Ze hebben te maken met een combinatie van problemen, zoals kindermishandeling en huiselijk geweld, gedragsproblemen van kinderen, opvoedproblemen, psychiatrische problemen, relatieproblemen en middelengebruik. Vaak zijn er geen sociale en economische hulpbronnen, en is er frequent contact met politie en justitie (Bodden & Deković, 2016; Holwerda et al., 2014; Tausendfreund et al., 2016). Voor deze ouders en hun kinderen is het vaak lastig om hun situatie te verbeteren. Ze willen het wel, en doen ook hun best, maar het lukt niet. Dit komt onder meer doordat hun problemen met elkaar samenhangen, vaak intergenerationeel en chronisch zijn, en het alledaagse leven op meerdere domeinen negatief beïnvloeden (Bodden & Deković, 2016; Holwerda et al., 2014).

**“DE GEZINNEN STAAN NIET ALLEEN ZELF
VOOR EEN UITDAGING”**

Deze lastige gezinsomstandigheden kunnen leiden tot aanhoudende gevoelens van stress en onveiligheid bij de gezinsleden, en tot sociale isolatie en exclusie. Dat draagt weer bij aan een ongunstig toekomstperspectief van de ouders en de kinderen. (Bodden & Deković, 2016; Holwerda et al., 2014; Spratt, 2011; Tausendfreund et al., 2016). De gezinnen staan niet alleen zélf voor een uitdaging. Hun situatie heeft ook effect op hun omgeving en de maatschappij: de participatie neemt af, criminaliteitscijfers stijgen, en de veiligheid en kwaliteit van leven in buurten neemt af (Kann-Weedage et al., 2016; Holwerda et al., 2014). De ondersteuning van deze kwetsbare gezinnen is daarmee ook maatschappelijk en politiek een relevant vraagstuk. En het is natuurlijk een belangrijke opgave voor instellingen die met deze gezinnen te maken krijgen, zoals organisaties voor jeugd- en opvoedhulp.

1.2 Van kindgerichte naar gezinsgerichte hulp

In Nederland was het, net zoals in andere landen, lange tijd gebruikelijk om kinderen uit kwetsbare gezinnen (tijdelijk) uit huis te plaatsen en in een residentiële instelling of een pleeggezin te behandelen (Lee et al., 2014). De hulp tijdens zo'n uithuisplaatsing was vooral gericht op de ontwikkeling van de kinderen. Zo wordt veel aandacht besteed aan het pedagogisch klimaat (Bastiaanssen et al., 2012) in de residentie of het pleeggezin en aan de

veiligheid, behoeften en emotionele ondersteuning van kinderen. Ook is er veel aandacht voor het gebruik van therapeutische interventies, zoals emotie-regulatietherapie (Renna et al., 2017) en traumatherapie (Struik, 2017), en voor empowerment van groepswerkers of pleegouders (Cameron & Maggin, 2008).

Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw is de tendens om uithuisplaatsing van kinderen te voorkomen door de situatie van kwetsbare gezinnen met en in hun thuisomgeving te verbeteren. Dit gebeurt bijvoorbeeld met ambulante programma's, zoals Functionele Familie Therapie (FFT), Multi Systeem Therapie (MST), Families First (FF), en Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG) (Lee et al., 2014; Nelson et al., 2009; Van Assen et al., 2020; Van der Steege et al., 2013). Ouders nemen hierbij actief deel aan de behandeling. Ze worden gezien als experts en als gelijkwaardige partners in de gezamenlijke besluitvorming over de hulp aan hun gezin. Professionals communiceren op een transparante manier met ouders (Geurts et al., 2012).

Het toenemende gebruik van ambulante programma's is het gevolg van een andere visie op zorg (Lietz, 2011). Waar de oude visie meer probleem- en kindgericht was, richt de nieuwe zich op gezinsgerichte hulp, en op het versterken van aanwezige krachten in de gezinscontext (Slot & Spanjaard, 2009; Schouten, 2013) om de complexiteit van gedragsproblemen bij kinderen adequaat aan te pakken (Miller, 2013; Sanders et al., 2000). Ook als kinderen uithuisgeplaatst zijn, wordt steeds meer waarde gehecht aan gezinsgericht werken. Ouders worden betrokken bij de behandeling, en de gezinscontext wordt meegenomen om positieve veranderingen bij kinderen teweeg te brengen. Deze manier van werken tijdens uithuisplaatsingen kan bijdragen aan een meer succesvolle gezinshereniging. Of - als gezinshereniging niet mogelijk blijkt - aan een betere ouder-kindrelatie, omdat de ouders beter kunnen accepteren dat het kind niet meer thuis kan wonen (zie bijvoorbeeld Berrick et al., 2011; Haans et al., 2010).

Net zoals de situatie van de gezinnen zelf, is ook de professionele ondersteuning van kwetsbare gezinnen complex (Joosse-Bil et al., 2019; Holwerda et al., 2014;). Door de meervoudigheid, ernst en hardnekkigheid van de gezinsproblemen zijn er vaak meerdere, gespecialiseerde organisaties bij de hulp aan deze gezinnen betrokken. Deze organisaties richten zich vaak op de individuele problemen, maar vinden het lastig om de gezinssituatie als geheel en gezamenlijk aan te pakken. Bijvoorbeeld, omdat centrale regie ontbreekt, omdat er geen consensus is over doel en richting van de hulp, omdat er alleen specialistische visies zijn en een gedeelde visie ontbreekt, of omdat wet- en regelgeving in de

weg zit. Daarnaast hebben kwetsbare gezinnen vaak al jarenlang hulp gehad zonder het gewenste resultaat. Door dit alles is er een grotere kans dat ze vroegtijdig in een zorgtraject afhaken. Dit laatste noemen we behandeluitval².

² Behandeluitval wordt in Engelstalige wetenschappelijke publicaties premature termination, drop out, attrition, of breakdown genoemd.



2 Behandeluitval



2.1 Omvang en consequenties

Het voorkomen van behandeluitval is een belangrijke uitdaging in de zorg aan kwetsbare gezinnen.

Uit (inter)nationale overzichtsstudies blijkt dat het aantal behandelingen dat voortijdig wordt beëindigd aanzienlijk is. Dit geldt zowel voor jeugdhulp die gericht is op de behandeling van jeugdigen tijdens een uithuisplaatsing als voor de meer gezinsgerichte hulp bij thuiswonende jeugdigen. Zo wordt 13 tot 50 procent van de residentiële behandeling eerder afgebroken, eindigt 20 tot 50 procent van de plaatsingen in de pleegzorg voortijdig, en ligt het percentage behandeluitval bij ambulante gezinsgerichte interventies (zoals Functionele Familie Therapie, Parent Management Training en Trauma Systeem Therapie) tussen 16 tot 78 procent (Armbruster & Kazdin, 1994; Blotsky et al., 1984; De Boer et al., 2016; De Haan et al., 2013; Harder et al., 2019; Minty, 1999; Scholte & Van der Ploeg, 2003; Strijker & Knorth, 2009; Van Oijen, 2010; Vos, 2008; Wierzbicki & Pekarik, 1993).

“BEHANDELUITVAL BELEMMERT EEN EFFECTIEVE EN EFFICIËNTE HULPVERLENING”

Behandeluitval belemmert een effectieve en efficiënte hulpverlening. Het voortijdig afbreken van hulp leidt mogelijk tot mindere behandelresultaten en zelfs tot verergering van problemen bij jeugdigen (Boggs et al. 2004; Newton et al., 2000). Jeugdigen die onvoldoende behandeld zijn voor hun (gedrags-)problematiek kunnen opgroeien tot volwassenen die afhankelijk blijven van zorg. Dat heeft negatieve consequenties voor henzelf, voor hun omgeving en voor de samenleving (De Haan et al., 2013). Zo kunnen blijvende gedragsproblemen en psychische stoornissen bij jeugdigen een voorbode zijn van latere schooluitval en werkloosheid. Ook kunnen deze jongeren later minder psychisch en sociaal welzijn ervaren, verslaafd raken of in de criminaliteit terechtkomen (Lochman & Salekin, 2003; Moffitt et al., 2002). Ten slotte kan behandeluitval een negatieve impact hebben op zorgorganisaties, zorgprofessionals en partners in zorg, zoals pleegouders. Het staat een efficiënte dienstverlening in de weg, en werkt frustrerend en demoraliserend (Orcutt, 2013; Vanderfaeillie et al., 2012), zeker in tijden van wachtlijsten en bezuinigingen.

2.2 Invloedrijke factoren

Er zijn talrijke studies gedaan naar de factoren die samenhangen met behandeluitval, zowel in de residentiële zorg en pleegzorg, als in de ambulante hulp (b.v. Kazdin & Mazurick, 1994;



Luk et al., 2001; Minthy, 1999; Rau et al., 2020; Sunseri, 2001; Vanderfaellie et al., 2017). Voor de ambulante hulp en pleegzorg verschenen er bovendien meta-analyses waarin invloedrijke factoren voor behandeluitval uit verschillende studies bij elkaar zijn gebracht en geanalyseerd (De Haan et al, 2013; Konijn et al., 2019). Bijlage 1 geeft een toelichting op de studies die naar behandeluitval zijn gedaan. Bijlage 2 geeft een overzicht van 99 factoren voor behandeluitval die we in de literatuur hebben gevonden.

De lijst met 99 factoren is voorgelegd aan vier gedragswetenschappers bij VIGO met de vraag: "Noem (maximaal) 25 factoren die hebben geleid tot (dreigende) behandeluitval in hulpverleningstrajecten die je begeleidde." De gedragswetenschappers keken daarbij naar de afgelopen 2 jaar.

Tabel 1 beschrijft de invloedrijke factoren die door minimaal twee van de vier gedragswetenschappers zijn aangekruist. Van de 23 genoemde factoren hebben er 17 (74%) direct of indirect te maken met de alliantie tussen gezinsleden en professionals. Deze factoren komen voor in alle drie de hulpvormen die zich richten op kwetsbare gezinnen: ambulante (thuis)hulp, residentieel en pleegzorg.

Om meer grip te krijgen op behandeluitval is het dus waardevol om te weten wat een goede alliantie is en hoe die kan worden bereikt. In het volgende hoofdstuk gaan dieper in op het begrip alliantie, en hoe hulpverleners daaraan kunnen werken.

Tabel 1. Behandeluitval: invloedrijke factoren uit de wetenschappelijke literatuur die (minimaal twee van de vier) geraadpleegde gedragswetenschappers ook in de praktijk tegen zijn gekomen als factor voor (dreigende) behandeluitval

	Hulpvorm	Omschrijving factor	Invloed	Alliantie	Soort studie	Referentie**
1	Ambulante (thuis)hulp	Meer negatieve levensgebeurtenissen	+		Meta-Analyse	1
2	Residentiele hulp	Continuïteit van de begeleider	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	2
3	Residentiele hulp	Betere participatie van de jeugdige in de behandeling	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	3
4	Ambulante (thuis)hulp	Groter aantal ervaren behandelbarrières (BTPS*) (informant: therapeut)	+	Ja	Meta-Analyse	1
5	Ambulante (thuis)hulp	Meer stressoren en obstakels tijdens de behandeling, zoals vervoer naar de dagbehandeling, crisis thuis, ouder moet werken (BTPS*) (informant: therapeut)	+		Meta-Analyse	1
6	Ambulante (thuis)hulp	Slechtere therapeutische relatie, zoals ouder vindt de therapeut niet aardig, ervaart geen ondersteuning van de therapeut, of geen vertrouwen vanuit de therapeut (BTPS*) (informant: therapeut)	+	Ja	Meta-Analyse	1
7	Ambulante (thuis)hulp	Meer externaliserende problemen bij ouder	+		Meta-Analyse	1
8	Pleegzorg	Goede samenwerking in pleegzorgdriehoek (ouders-pleegouders-begeleider pleegzorg)	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	4
9	Pleegzorg	Voldoende ondersteuning pleegouders door pleegzorgorganisatie	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	4, 5, 6
10	Residentiele hulp	Jeugdige voelt zich thuis en geaccepteerd in de behandelgroep	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	7
11	Residentiele hulp	Minder betrokkenheid ouders tijdens de behandeling	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	8
12	Residentiele hulp	Betere doelalliantie	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	3



	Hulpvorm	Omschrijving factor	Invloed	Alliantie	Soort studie	Referentie**
13	Ambulante (thuis)hulp	Verminderde alliantie tussen therapeut en ouder (informant: observant)	+	Ja	Meta-Analyse	1
14	Ambulante (thuis)hulp	Lagere relevantie van de behandeling, zoals ouder vindt de behandeling niet nodig, had iets anders verwacht, richt zich volgens de ouder niet op hun leven en problemen (BTPS*) (informant: therapeut)	+	Ja	Meta-Analyse	1
15	Ambulante (thuis)hulp	Grotere disbalans in de alliantie tussen ouder en jeugdige (informant: observant)	+	Ja	Meta-Analyse	1
16	Ambulante (thuis)hulp	Therapeut is zorgzaam, bezorgd, communicatief, faciliterend, charismatisch, en ondersteunend (informant: ouder)	+	Ja	Meta-Analyse	1
17	Ambulante (thuis)hulp	Meer stressoren en obstakels tijdens de behandeling, zoals vervoer naar de dagbehandeling, crisis thuis, ouder moet werken (BTPS*) (informant: ouder)	+		Meta-Analyse	1
18	Ambulante (thuis)hulp	Slechtere alliantie tussen therapeut en ouder (informant: observant)	+	Ja	Meta-Analyse	1
19	Ambulante (thuis)hulp	Meer totale problemen bij ouder	+		Meta-Analyse	1
20	Ambulante (thuis)hulp	Soort verwijzer	+	Ja	Meta-Analyse	1
21	Ambulante (thuis)hulp	Groot aantal diagnoses	+		Meta-Analyse	1
22	Pleegzorg	Warme, accepterende opvoedstijl pleegouders en positief betrokken pleegouders met duidelijke verwachtingen t.a.v. pleegkind	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	9, 16
23	Residentiele hulp	Behandeldoelen zijn niet samen met jeugdige gesteld	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	3

* Barriers to Treatment Participation Scale (BTPS, Kazdin et al., 1997)

** Referenties: 1 De Haan et al. (2013), meta-analyse; 2 Egelund & Vitus (2009); 3 Schroder et al. (2009); 4 Kalland & Sinkkonen (2001); 5 Fisher et al. (2005); 6 Walsh & Walsh (1990); 7 Tornow et al. (2014); 8 Ullaszek et al. (2019); 9 Minthy (1999); 10 Sinclair & Wilson, 2003;



3 Alliantie



3.1 Wat is alliantie?

De term alliantie wordt in de jeugdzorg veel gebruikt. Er wordt dan 'een op samenwerking gebaseerde relatie' mee bedoeld. In de meest recente literatuur (Escudero & Friedlander, 2017) wordt deze samenwerking vaak in drie onderdelen beschreven:

- 1 Er is overeenstemming over de problematiek en de waarde van de hulp.
- 2 Er is overeenstemming over de doelen van de hulp.
- 3 Er is een sterke, positieve emotionele band met de hulpverlener. Betrokkenen voelen zich op hun gemak en kunnen openlijk praten in de therapeutische context.

“ALLIANTIE LEVERT EEN KRACHTIGE BIJDRAGE AAN HULPVERLENINGSUITKOMSTEN”

Naast deze populaire driedeling is er ook een omschrijving van alliantie die uitgaat van een tweedeling. Pinsof (1994) onderscheidt een (1) taak-gebaseerde en (2) relatiegerichte alliantie. Ze gaan ervan uit dat deze twee onderdelen niet zonder elkaar kunnen. De taak-gebaseerde alliantie betreft zowel gezamenlijke afspraken tussen jeugdige(n) en hulpverlener over het doel van de hulp, als overeenstemming over taken die nodig zijn voor positieve verandering in het leven van de jeugdige. Een taak-gebaseerde alliantie zet jeugdigen in hun kracht. Ze krijgen regie over hun behandeling en ervaren eigenaarschap en autonomie. De relatiegerichte alliantie omvat de (emotionele) band tussen jeugdige(n) en professional en richt zich op het opbouwen van wederzijds vertrouwen.

3.2 Waarom is alliantie zo belangrijk?

Een sterke alliantie is een significante voorspeller van positieve resultaten van hulp zoals individuele therapie (Martin et al., 2000), relatietherapie (Knobloch-Fedders et al., 2007) en familietherapie (Escudero et al., 2008). Het kan een krachtige bijdrage leveren aan hulpuitkomsten voor uiteenlopende doelgroepen (zoals jeugdigen, volwassenen en gezinnen) en bij uiteenlopende problematiek (zoals chronische depressie, drugs- of alcohol gerelateerde problematiek en psychiatrische problematiek) (Arnow et al., 2007; Greef, et al. 2016; Hawley & Weisz, 2005; Meier et al., 2006).

Een zwakke alliantie zorgt juist voor een minder geslaagde behandeling of zelfs het voortijdig beëindigen van een therapie of behandeltraject (Knox, et al. 2011). Het maakt daarvoor niet uit om welke vorm van therapie het gaat, of hoeveel mensen bij de behandeling betrokken zijn (Yoo et al., 2016).



4 Grip op Behandeluitval: tips voor een sterke alliantie



Literatuurstudie heeft ons antwoorden gegeven op de vraag hoe je behandeluitval kunt voorkomen dankzij alliantie. Aan medewerkers van VIGO (van gedragswetenschapper tot pedagogisch medewerkers in jeugdzorg ambulant, pleegzorg, residentieel, GGZ en CCE) zijn de uitkomsten van de literatuurstudie voorgelegd (individueel en in expertmeetings) en is besproken hoe we in de praktijk kunnen zorgen voor een sterkere alliantie. We zetten de belangrijkste tips op een rij³.

1. Werk aan je competenties en vaardigheden

Een aantal competenties van de hulpverlener zijn medebepalend voor de sterkte van alliantie. Zo komt vaker een sterkere alliantie voor bij hulpverleners die respect, empathie, echtheid, flexibiliteit en alertheid laten zien. En die een gevoel van veiligheid en betrouwbaarheid oproepen. Ditzelfde geldt voor hulpverleners met een vriendelijke, geïnteresseerde, bevestigende, zelfverzekerde, open, onpartijdige en ontspannen houding (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Emotionele instabiliteit, extraversie en consciëntieus zijn, hebben juist een negatief effect op de sterkte van de alliantie.

Ook attitudes en vaardigheden van een hulpverlener spelen een belangrijke rol bij alliantie. Zoals het hebben van een positieve zorgverwachting (Greef, et al. 2017), het laten zien van onvoorwaardelijke positieve waardering, en het rekening houden met meerzijdige partijdigheid en meerdere, soms concurrerende allianties. Maar ook vaardigheden op het gebied van motiverende gespreksvoering en aanmoediging. Dit is extra belangrijk bij de behandeling van jeugdigen die verplichte hulp krijgen. Bij deze jeugdigen worden namelijk zwakkere allianties waargenomen dan bij jeugdigen die vrijwilliger deelnemen aan een traject. (Sotero, Major, Escudeor, & Relvas, 2016). Het is dus belangrijk dat een hulpverlener door bijvoorbeeld monitoring en feedback aandacht blijft besteden aan de sterkte van de alliantie en aan (het repareren van) breuken die mogelijk ontstaan (zijn). (Greef et al. 2017; Safran & Kraus, 2014).

2. Neem tijd en geef aandacht vanaf de start

Het moment waarop een sterke alliantie ontstaat, heeft invloed op het aantal sessies dat cliënten bijwonen, en heeft een voorspellende waarde voor het wel of niet voortijdig beëindigen van dit traject (Yoo et al., 2016). Hoe eerder er een sterke alliantie is, hoe beter. Start een traject daarom direct met de opbouw van een goede samenwerkingsrelatie met jeugdigen, ouders en gezinssysteem en aan het werken aan een empathische en veilige

³ Bij de beschrijving hebben we dankbaar gebruik gemaakt van informatie uit de NJI-richtlijn "Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp".



omgeving. Hiervoor zijn tijd en aandacht nodig. Aandacht om elkaar te leren kennen. Tijd om een vertrouwensband te scheppen. Geef die aandacht en neem die tijd. Begin met een kennismaking met alle gezinsleden afzonderlijk, en daarna met het gezin als geheel. In deze kennismaking is nieuwsgierigheid cruciaal, net zoals een oprechte, empathische houding en onvoorwaardelijk positieve waardering.

Wees flexibel in het moment en de plek waar je afsprekt en houd rekening met bijzondere omstandigheden. Bijvoorbeeld culturele afkomst, lopende hulpverleningstrajecten, fysieke beperkingen of psychische stoornissen. Het kan nodig zijn om meerdere sessies te besteden aan de samenwerkingsrelatie. Om elkaar te leren kennen en vertrouwen, en om wederzijdse verwachtingen uit te kunnen spreken. Dit alles om uiteindelijk tot commitment te kunnen komen: de bereidheid om het zorgtraject samen te doorlopen. Pas wanneer er sprake is van een wederzijds ervaren gevoel van samenwerking, kan worden overgegaan naar de volgende fase.

3. Ga in dialoog over de gewenste situatie en aanpak

Stel in samenspraak met jeugdige, ouders en gezinssysteem vast welke kant jullie samen op willen en hoe het zorgtraject er het beste uit kan zien. Neem daarbij hun vragen, problemen, krachten en behoeften serieus. Start bijvoorbeeld met een verheldering van de vraag: wat zijn de grootste zorgen op dit moment? Wat zou er bij uitstek anders moeten en welke behoefte aan hulp is er daarbij?

Maak vervolgens samen een analyse van beschermende factoren, krachten, kwetsbaarheden en problemen. Waar hebben de jeugdige, ouders of het gezinssysteem voornamelijk behoefte aan? Gebruik hiervoor observaties, informatie uit gesprekken, dossierstukken uit eerdere hulpverlening en aanvullende gevalideerde en gestandaardiseerde instrumenten zoals vragenlijsten of een geno- of sociogram. Daarna bepaal je samen aan welke doelen er gewerkt gaat worden.

Is er consensus over de doelen? Dan is de volgende vraag: hoe gaan we deze bereiken? Welke hulp of aanpak past het beste? Start met het geven van voorlichting over de betekenis en gevolgen van de ervaren problemen. Maak bespreekbaar wat jeugdigen, ouders en gezinssysteem zelf zouden kunnen doen of wat hun ideeën zijn over de best passende hulp. Bespreek de voor- en nadelen die zij zien en maak procedurele afspraken (bijvoorbeeld over hoe het proces wordt vastgelegd, over dossiervorming en over informatiedeling).

In deze fase is het belangrijk om transparant te zijn en altijd rekening te houden met de motivatie van jeugdigen, ouders en gezinssysteem.

4. Houd samen vinger aan de pols en stel zo nodig bij

Als er een samenwerkingsrelatie en consensus over het hulpverleningstraject is, is het belangrijk om het verloop van het traject te blijven monitoren en aan te passen als dat nodig is. Want in een complex hulpverleningstraject, en dus ook in de samenwerkingsrelatie, komen vaak onvoorziene gebeurtenissen voor. Bijvoorbeeld als er misbruik of mishandeling in het gezin (opnieuw) aan het licht komt, door contact met de politie vanwege geweldsdelicten van jongeren, acute schuldproblematiek, (echt)scheidingen, of uithuiszetting. Soms is het dan nodig om verwachtingen over de behandeling en onderlinge samenwerking tussentijds bij te stellen. Het is bovendien belangrijk om alert te zijn op waarschuwingssignalen voor mogelijke breuken in de alliantie. Bijvoorbeeld als de jeugdige openlijk negatieve uitspraken doet over de hulpverlener, als hij geen afspraken wil maken, de doelen overhaast opstelt of in twijfel trekt, of als de jeugdige huiswerkopdrachten niet maakt.

Om mogelijke verstoringen in de alliantie te herkennen en herstellen, heeft de hulpverlener goed ontwikkelde metacognitieve vaardigheden nodig (Kivlighan & Schmitz, 1992). Concreet moet hij met een helicopterview kunnen kijken naar de kwaliteit van de alliantie, en naar de krachten en verbeterpunten van zijn eigen handelen en die van de andere betrokkenen. Daarnaast moet de hulpverlener dit continu bespreekbaar kunnen maken. Dit vraagt om sterke communicatieve vaardigheden. Ook is het belangrijk dat de hulpverlener tussentijds feedback vraagt aan jeugdigen, ouders en gezinssysteem over de samenwerking.

Het monitoren van het traject en de onderlinge samenwerking kan met behulp van vragenlijsten en evaluatiemomenten samen met jeugdigen, ouders en gezinssysteem. Mogelijke instrumenten of methoden hiervoor bespreken we in hoofdstuk 5. Door samen regelmatig vinger aan de pols te houden over doel en aanpak van de behandeling, en te anticiperen op plotselinge gebeurtenissen, kan de kwaliteit en houdbaarheid van de alliantie worden bewaakt.



Het is belangrijk dat de hulpverlener zelf onderdeel is van dit gezamenlijk leerproces. Samen met jeugdigen, ouders en gezinssysteem is het verstandig om regelmatig reflectieve vragen te stellen, zoals: draag ik voldoende bij aan de hulp die jij nodig hebt? Heb ik je vandaag goed gehoord? Is iedereen vandaag aan het woord geweest? Zo kun je samen op zoek gaan naar helpende factoren in het hulpverleningstraject en de samenwerkingsrelatie.

5. Werk integraal, domeinoverstijgend en draag (warm) over

Blijkt tijdens of na het traject dat er nog andere hulp nodig is? Bespreek dit dan samen met jeugdigen, ouders en gezinssysteem. Concretiseer wat er nodig is en welke vorm van hulp passend zou zijn. Maak vervolgens de aanmelding in orde en zorg voor een gedegen warme overdracht naar andere professionals. Laat het gezin niet los voordat de nieuwe hulp gestart is. Houd het binnenboord.



5 Het meten van alliantie



Er zijn verschillende vragenlijsten en observatie-instrumenten waarmee de alliantie gemeten kan worden. Deze lijsten en instrumenten zijn laagdrempelig, (bijna allemaal) gratis beschikbaar en kunnen het (tussentijds) evalueren van de alliantie ondersteunen.

Hieronder zetten we er een aantal op een rij:

- **Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC-NL; Shirk & Saiz, 1992).** Deze vragenlijst is bedoeld om de alliantie vanuit het perspectief van de jeugdige te meten. De lijst bestaat uit 12 vragen die jeugdigen zelf kunnen beantwoorden. Er wordt vervolgens een totaalscore berekend op basis van drie schalen: band, taken en negativiteit. De Nederlandse versie van deze lijst is verkrijgbaar via: <https://doi.org/10.1017/S0954579400004946>
- **Werkalliantievragenlijst (WAV-12; Stinckens, Ulburghs, & Claes, 2009).** Deze vragenlijst onderzoekt de kwaliteit van de therapeutische relatie op basis van drie schalen: taakgerichtheid, doelgerichtheid en band met de hulpverlener. De lijst bestaat uit 12 stellingen die worden gescoord met behulp van een 5-puntschaal. Zowel de cliënt als de hulpverlener kunnen de lijst invullen. Het cliëntoordeel heeft de grootste voorspellende waarde (Bachelor, 1991). De Nederlandse versie van deze lijst is te verkrijgen via BergOp (<https://www.bergop.info/wp-content/uploads/2021/09/WAV-12-Vignet.pdf>).
- **Session Rating Scale (SRS; Duncan et al., 2003).** Dit is een zelfrapportagelijst die jeugdigen of ouders zelf kunnen invullen. De lijst is opgebouwd uit vier onderdelen: kwaliteit van de therapeutische relatie, mate van overeenstemming in doelen, mate van overeenstemming in aanpak/werkwijze, en algehele beoordeling van de sessie. De respondent zet per item een streepje op een lijn van 10 centimeter waarbij uiterst links op de lijn betekent dat hij, zij of die niet tevreden was over dat onderdeel in de sessie, en uiterst rechts betekent dat de respondent zeer tevreden was. De Nederlandse versie van deze lijst is te verkrijgen via BergOp.
- **Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy Alliance Scale (TPOCS-A; McLeod & Weisz, 2005).** Met dit instrument kan een externe observator (die hiervoor getraind is) de band tussen de behandelaar en jeugdigen in kaart brengen. Dit doet de observator aan de hand van twee schaalscores: 'band' en 'taken'. Het instrument bestaat uit 9 stellingen met vooraf gegeven antwoordcategorieën. De Nederlandse versie van deze lijst is te verkrijgen via BergOp.



Literatuur



- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Armbruster, P. & Kazdin, A. E. (1994). Attrition in child psychotherapy. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 81–108). New York: Plenum. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9041-2_3
- Arnow, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N. et al. (2007) Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 97, 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.017>
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological bulletin*, 82, 738. <https://doi.org/10.1037/h0077132>
- Bastiaanssen, I. L., Kroes, G., Nijhof, K. S., Delsing, M. J., Engels, R. C. & Veerman, J. W. (2012). Measuring group care worker interventions in residential youth care. *Child & Youth Care Forum*, 41, 447–460. <https://doi.org/10.1007/s10566-012-9176-8>
- Berrick, J. D., Cohen, E. & Anthony, E. (2011). Partnering with parents: Promising approaches to improve reunification outcomes for children in foster care. *Journal of Family Strengths*, 11, 14.
- Blotsky, M. J., Dimperio, T. L. & Gosset, J.T. (1984). Follow-up of children treated in psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 27, 634–639.
- Bodden, D. H. & Deković M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name? *Family Process*, 55, 31–47. <https://doi.org.ru.idm.oclc.org/10.1111/famp.12144>
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M. & Edwards, D. L. (2004). Outcomes of parent–child interaction therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *Child & Family Behavior Therapy*, 26, 1–22. https://doi.org/10.1300/J019v26n04_01
- Cameron, R. J. & Maginn, C. (2008). The authentic warmth dimension of professional childcare. *British Journal of Social Work*, 38, 1151–1172. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm044>
- De Boer, S. B. B., Boon, A. E., Verheij, F., Donker, M. C. H. & Vermeiren, R. (2017). Treatment outcome of adolescent inpatients with early-onset and adolescent-onset disruptive behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 466–478. <https://doi.org/10.1002/jclp.22341>



De Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J.T., Hoeve, M. & Vermeiren, R. R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33, 698-711. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>

Dossett, K. W. & Reid, G. J. (2020). Defining dropout from children's mental health services: a novel need-based definition. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2028-2038. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01631-1>

Duncan B. L., Miller S. D., Sparks J., Claud D., Reynolds L., Brown J., Johnson L., (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12.

Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N. & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x>

Escudero, V. & Friedlander, M. L. (2017). *Therapeutic alliances with families: Empowering clients in challenging cases*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-59369-2>

Fisher, P. A., Bruce, J., Abdullaev, Y., Mannering, A. M. & Pears, K. C. (2011). *The effects of early adversity on the development of inhibitory control: Implications for the design of preventive interventions and the potential recovery of function*. In M.T. Bardo, D.H. Fishbein, & R. Milich (Eds.), *Inhibitory control and drug abuse prevention: From research to translation* (pp. 229-247). New York, NY: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1268-8_12

Geurts, E. M. W., Boddy, J., Noom, M. J. & Knorth, E. J. (2012). Family-centred residential care: The new reality? *Child & Family Social Work*, 17, 170-179. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00838>

Glueck, S. & Glueck, E. (2013). *Predicting delinquency and crime*. Harvard University Press.

Greef, M. de, Pijnenburg, H. M., Hattum, M. J. C. van, McLeod, B. D. & Scholte, R. H. J. (2017). Parent-professional alliance and outcomes of child, parent, and family treatment: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 961-976. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-016-0620-5>

Greef, M. de, Hattum, M.J.C. van, Granger, K.L., McLeod, B.C., Pijnenburg, H.M. & Scholte R.H.J.(2018). Predictors of parent-professional alliance in home-based parenting support. *Children and Youth Services Review*, 89, 171-178. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.028>

Haans, G., Robbroeckx, L., Hoogeduin, J. & Van Beem-Kloppers, A. (2010). *Ouderbegeleiding bij roldifferentiatie. Ouders helpen bij het invullen van de ouderrol na plaatsing van hun kind in een pleeggezin*. Amsterdam: SPW.

Hawley, K. M. & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 117-128. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_11

Holwerda, A., Reijneveld, S. A. & Jansen, D. E. M. C. (2014). *De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: Een overzicht*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.

Joosse-Bil, J. A., Teisman, G. R., Verschoor, S. & Van Buuren, M. W. (2019). *Wanneer vele handen het werk niet lichter maken: Een complexiteitsbenadering voor gezinnen en instanties met multiproblematiek*. Rotterdam: Erasmus School of Social and Behavioural Sciences/Department of Public Administration and Sociology/Erasmus University Rotterdam. <https://repub.eur.nl/pub/115748/>

Kann-Weedage, D., Zoon, M., Addink, A., Van Boven, J., Berger, M. & De Wilde, E. J. (2016). *Aantal en kosten van multiprobleemgezinnen in Almelo*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Karver, M., Handelsman, J., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>

Kazdin, A. E., Holland, L. & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 453. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.453>



Kivlighan, D. M. & Schmitz, P. J. (1992). Counselor technical activity in cases with improving working alliances and continuing-poor working alliances. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 32-38. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.1.32>

Knobloch-Fedders, L.M., Pinsof, W.M. & Mann, B.J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psycho-therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 245-257. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00019.x>

Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C. & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, 21, 154-167. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.534509>

Konijn, C., Admiraal, S., Baart, J., van Rooij, F., Stams, G. J., Colonnaesi, C., Lindauer, R. & Assink, M. (2019). Foster care placement instability: A meta-analytic review. *Children and Youth Services Review*, 96, 483-499. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.12.002>

Lee, B. R., Ebesutani, C., Kolivoski, K. M., Becker, K. D., Lindsey, M. A., Brandt, N. E., ... & Barth, R. P. (2014). Program and practice elements for placement prevention: A review of interventions and their effectiveness in promoting home-based care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84, 244-256. <https://doi.org/10.1037/h0099811>

Lietz, C. A. (2011). Theoretical adherence to family centered practice: Are strengths-based principles illustrated in families' descriptions of child welfare services? *Children and Youth Services Review*, 33, 888-893. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.12.012>

Lochman, J. E. & Salekin, R. T. (2003). Prevention and intervention with aggressive and disruptive children: Next steps in behavioral intervention research. *Behavior Therapy*, 34, 413-419. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80027-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80027-8)

Luk, E. S. L., Staiger, P. K., Mathai, J., Wong, L., Birlleson, P. & Adler, R. (2001). Children with persistent conduct problems who drop out of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 28-36. <https://doi.org/10.1007/s007870170044>

Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>

McLeod, B. D. & Weisz, J. R. (2005). The Therapy Process Observational Coding System-Alliance Scale: Measure Characteristics and Prediction of Outcome in Usual Clinical Practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 323-333. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.323>

Meier, P. S., Donmall, M. C., McElduff, P., Barrowclough, C. & Heller, R. F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.10.010>

Miller, G. E. & Prinz, R. J. (2003). Engagement of families in treatment for childhood conduct problems. *Behavior Therapy*, 34, 517-534. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80033-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80033-3)

Minty, B. (1999). Annotation: Outcomes in long-term foster family care. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 991-999. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.003>

Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H. & Milne, B. (2002). Males on the life-course persistent and adolescent-limited antisocial pathways: Follow-up at age 16. *Development and Psychopathology*, 14, 179-206. <https://doi.org/10.1017/S0954579402001104>

Nelson, K., Walters, B., Schweitzer, D., Blythe, B. J. & Pecora, P. J. (2009). *A Ten-year Review of Family Preservation Research: Building the Evidence Base*. Seattle, WA: Casey Family Programs.

Newton, R. R., Litrownik, A. J. & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1363-1374. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00189-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00189-7)

Orcutt, M. A. (2013). *When clients leave therapy: Premature termination from the client's perspective*. [Doctoral dissertation]. Massachusetts School of Professional Psychology.

Pinsof, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173-199). New York: John Wiley & Sons.



Prinz, R. & Miller, G. (1994). Family-based treatment for childhood antisocial behaviour: Experimental influences on dropout and engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 645-650. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.3.645>

Rau, T., Mayer, S., Kiesel, V., Ohlert, J., Fegert, J. M. & Keller, F. (2020). Are there indicators for children and adolescents who prematurely end their stays in residential care? *Children and Youth Services Review*, 118, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105450>

Reis, B. F. & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136. <https://doi.org/10.1037/h0087822>

Renna, M. E., Quintero, J. M., Fresco, D. M. & Mennin, D. S. (2017). Emotion regulation therapy: A mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in Psychology*, 8, article 98. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00098>

Safran, J. D. & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51, 381-387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A. & Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.624>

Scholte, E. M. & van der Ploeg, J. D. (2003). Effectiveness of residential treatment methods for youngsters with severe behavioural problems: Findings from a one year follow-up study. *International Journal of Child & Family Welfare*, 6, 185-197.

Schouten, R. (2013). *Beleid 'Eigen kracht' door de jaren heen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Shirk, S.R. & Saiz, C.C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4, 713-728. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004946>

Slot, N. W. & Spanjaard, H. J. M. (2009). *Competentiegerichte residentiële hulp voor kinderen en adolescenten*. Baarn: Intro.

Sotero, L., Major, S., Escudero, V. & Relvas, A. P. (2016). The therapeutic alliance with involuntary clients: How does it work? *Journal of Family Therapy*, 38, 36-58. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12046>

Spratt, T. (2011). Families with multiple problems: Some challenges in identifying and providing services to those experiencing adversities across the life course. *Journal of Social Work*, 11, 343-357. <https://doi.org/10.1177/1468017310379256>

Stinckens, N., Ulburghs, A. & Claes, L. (2009). De werkalliantie als sleutelement in het therapiegebeuren: Meting met behulp van de WAV-12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 39, 44-60.

Struik, A. (2017). Treating chronically traumatised children with the sleeping dogs method: don't let sleeping dogs lie!. *Children Australia*, 42, 93-103. <https://doi.org/10.1017/cha.2017.13>

Strijker, J. & Knorth, E. J. (2009). Factors associated with the adjustment of foster children in the Netherlands. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 421-429. <https://doi.org/10.1037/a0016598>

Sunseri, P. A. (2001). The prediction of unplanned discharge from residential treatment. *Child and Youth Care Forum*, 30, 283-303. <https://doi.org/10.1023/A:1014477327436>

Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547. <https://doi.org/10.1037/a0028226>

Swift, J. K., Greenberg, R. P., Whipple, J. L. & Kominiak, N. (2012). Practice recommendations for reducing premature termination in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 379. <https://doi.org/10.1037/a0028291>

Tanner-Smith, E. E., Wilson, S. J. & Lipsey, M. W. (2013). Risk factors and crime. In Cullen, F.T., Wilcox, P. (Eds.), *The Oxford handbook of criminological theory*, (pp. 89-111). New York: Oxford University Press.

Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth E. J. & Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services, *Child & Youth Services*, 37, 4-22. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2015.1052133>

Vanderfaellie, J., Damen, H., De Maeyer, S., Pijnenburg, H. M. & Van Holen, F. (2015). Pleegzorg en empowerment:(on) verzoenbaar? *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 54, 488-502.



Vanderfaellie, J., Goemans, A., Damen, H., Van Holen, F. & Pijnenburg, H. (2018). Foster care placement breakdown in the Netherlands and Flanders: Prevalence, precursors, and associated factors. *Child & Family Social Work*, 23, 337-345. <https://doi.org/10.1111/cfs.12420>

Vanderfaellie, J., Van Holen, F., Vanschoonlandt, F., De Maeyer, S., Hendrickx, S. & Martens, K. (2013). Is pleegzorg een werkzame interventie? In J. Vanderfaellie, F. Van Holen & F. Vanschoonlandt (Eds.), *Op weg met pleegzorg. Kansen en risico's* (pp. 404-433). Leuven/Den Haag: Acco.

Van Assen, A. G., Knot-Dickscheit, J., Post, W.J. & Grietens, H. (2020). Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review*, 114, 104994. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104994>

Van Oijen, S. (2010). *Resultaat van pleeg- zorgplaatsingen: Een onderzoek naar breakdown en de ontwikkeling van adolescente pleegkinderen bij langdurige pleegzorgplaatsingen*. [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Van der Steege, M., Ligtermoet, I., Lekkerkerker, L. & Van der Vliet, E. (2013). *Methodiekhandleiding IAG*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Vos, E. M. (2008). *Uitval binnen de residentiële jeugdzorg. Op welke kenmerken verschillen de uitvallers van de reguliere beëindigers?* Masterthesis. Universiteit Utrecht.

Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>

Yoo, H., Bartle-Haring, S. & Gangamma, R. (2016). Predicting premature termination with alliance at sessions 1 and 3: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 38, 5-17. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12031>



Bijlage 1



Wetenschappelijke studies naar behandeluitval: een toelichting

- 1 De opzet van wetenschappelijke studies naar behandeluitval loopt uiteen van experimenteel onderzoek in een gecontroleerde omgeving (bijvoorbeeld naar de effectiviteit van een geprotocolleerde vorm van cognitieve gedragstherapie voor adolescenten (Luk et al., 2001)) tot niet-experimentele studies waarbij het onderzoek in de dagelijkse praktijk plaatsvindt (zoals naar factoren die samenhangen met behandeluitval in de pleegzorg (Vanderfaellie et al., 2017)).
- 2 In de studies wordt behandeluitval grofweg gezegd op twee manieren bepaald:
 - a. Via de 'dosis-definitie': er is sprake van behandeluitval als de hulp is beëindigd voordat een minimaal aantal vastgestelde behandelsessies is afgerond. Dit minimale aantal sessies wordt nodig geacht om de hulp te laten slagen. Kanttekening bij deze manier van vaststellen is dat het minimale aantal sessies vaak willekeurig wordt vastgesteld, voor ieder individu hetzelfde is, en dat afronding van het minimale aantal sessies niet altijd hoeft te betekenen dat behandeldoelen zijn bereikt.
 - b. Via de beoordeling van de behandelaar: er is sprake van behandeluitval als de hulp door de jeugdige of (pleeg)ouders wordt beëindigd terwijl de behandelaar verdere hulp nog nodig vindt. Kanttekening bij deze manier van vaststellen is dat behandelaren verschillende criteria kunnen gebruiken om te beoordelen of en wanneer een behandeling is geslaagd, en dat de mening van behandelaren kan verschillen met die van jeugdigen en (pleeg)ouders.
- 3 Beide definities houden geen rekening met de aard van de problemen van jeugdigen en (pleeg)ouders (zoals de ernst van de gedragsproblemen van kinderen en opvoedproblemen van ouders) en de context waarin deze zijn ontstaan of worden aangepakt (zoals aan- of afwezigheid van economische en sociale hulpbronnen bij gezinnen). Dit, terwijl de aard en context van de problemen wel van invloed zijn op de intensiteit en duur van de hulp. Dosset en Reid (2019a; 2019b) stellen daarom een alternatieve definitie voor die aansluit op de behoeften van gezinsleden bij aanvang van de behandeling en het aantal behandelafspraken/sessies laat afhangen van de aard en context van de problemen. Een manier die, als dit in samenspraak met jeugdigen en (pleeg)ouders gebeurt, de alliantie tussen jeugdigen en professional positief kan beïnvloeden.



- 4 In de studies is een onderscheid te maken tussen statische en dynamische factoren van behandeluitval die zijn onderzocht:
- a. Bij de meer statische factoren gaat het om kenmerken van jeugdigen, ouders en gezinnen bij aanvang van de behandeling die niet of minder goed meer te beïnvloeden zijn, zoals; sekse, leeftijd, intelligentie, sociaaleconomische status, gezinstype (een- of tweeouder), gezinssamenstelling, hulpverleningsgeschiedenis en meegemaakte gebeurtenissen.
 - b. Dynamische factoren zijn mogelijk beter te beïnvloeden. Het gaat om factoren die aanleiding of focus zijn voor de behandeling (zoals aard en ernst van de problemen van jeugdigen of ouders, opvoedvaardigheden van (pleeg)ouders en hun vertrouwen als opvoeder), die de behandeling/behandelaar typeren (zoals wachttijd, soort, eisen en relevantie van de behandeling, ervaring van de behandelaar, mate waarin deze bezorgd, communicatief, directief of ondersteunend is), die iets zeggen over de insteek van jeugdigen of ouders (zoals motivatie en hun verwachtingen over de effectiviteit), of die te maken hebben met de samenwerking tussen behandelaar, kinderen en (pleeg)ouders (zoals de mate waarin consensus is over het doel en de aanpak van de behandeling).
- 5 Het is lastig om uit de studies algemene, brede conclusies te trekken over de factoren die bijdragen aan behandeluitval. Dit komt mede doordat de studies variëren in:
- a. Het soort hulp waar onderzoek naar is gedaan (residentieel, pleegzorg, ambulante (thuis)hulp).
 - b. De onderzoeksopzet van de studies (experimenteel versus niet-experimenteel).
 - c. De wijze waarop behandeluitval is vastgesteld. Dit is vaak een variatie op de twee eerder beschreven manieren.
 - d. Het soort factoren dat wordt onderzocht. Factoren zoals leeftijd, geslacht, sociale economische status, type gezin en gedragsproblemen van kinderen worden vaak meegenomen in wetenschappelijke studies. Er zijn minder studies die factoren onderzoeken die te maken hebben met de samenwerkingsrelaties tussen jeugdigen, (pleeg)ouders en behandelaren en met hun motivatie en verwachtingen.



Bijlage 2



Behandeluitval: invloedrijke factoren uit de wetenschappelijke literatuur

	Hulpvorm	Omschrijving factor	Invloed	Alliantie	Soort studie	Referentie**
1	Ambulante (thuis)hulp	Meer negatieve levensgebeurtenissen	+		Meta-Analyse	1
2	Residentiele hulp	Continuïteit van de begeleider	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	12
3	Residentiele hulp	Betere participatie van de jeugdige in de behandeling	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	5
4	Ambulante (thuis)hulp	Groter aantal ervaren behandelbarrières (BTPS*) (informant: therapeut)	+	Ja	Meta-analyse	1
5	Ambulante (thuis)hulp	Meer stressoren en obstakels tijdens de behandeling, zoals vervoer naar de dagbehandeling, crisis thuis, ouder moet werken (BTPS*) (informant: therapeut)	-	Ja	Meta-Analyse	1
6	Ambulante (thuis)hulp	Slechtere therapeutische relatie, zoals ouder vindt de therapeut niet aardig, ervaart geen ondersteuning van de therapeut, of geen vertrouwen vanuit de therapeut (BTPS*) (informant: therapeut)	+	Ja	Meta-analyse	1
7	Ambulante (thuis)hulp	Meer externaliserende problemen bij ouder	+		Meta-analyse	1
8	Pleegzorg	Goede samenwerking in pleegzorgdriehoek (ouders-pleegouders-begeleider pleegzorg)	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	11
9	Pleegzorg	Voldoende ondersteuning pleegouders door pleegzorgorganisatie	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	11, 13, 14
10	Residentiele hulp	Jeugdige voelt zich thuis en geaccepteerd in de behandelgroep	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	6
11	Residentiele hulp	Minder betrokkenheid ouders tijdens de behandeling	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	7
12	Residentiele hulp	Betere doelalliantie	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	5
13	Ambulante (thuis)hulp	Verminderde alliantie tussen therapeut en ouder (informant: observant)	+	Ja	Meta-Analyse	1



Hulpvorm	Omschrijving factor	Invloed	Alliantie	Soort studie	Referentie**
14 Ambulante (thuis)hulp	Lagere relevantie van de behandeling, zoals ouder vindt de behandeling niet nodig, had iets anders verwacht, richt zich volgens de ouder niet op hun leven en problemen (BTPS*) (informant: therapeut)	+	Ja	Meta-analyse	1
15 Ambulante (thuis)hulp	Grotere disbalans in de alliantie tussen ouder en jeugdige (informant: observant)	+	Ja	Meta-analyse	1
16 Ambulante (thuis)hulp	Therapeut is zorgzaam, bezorgd, communicatief, faciliterend, charismatisch, en ondersteunend (informant: ouder)	+	Ja	Meta-analyse	1
17 Ambulante (thuis)hulp	Meer stressoren en obstakels tijdens de behandeling, zoals vervoer naar de dagbehandeling, crisis thuis, ouder moet werken (BTPS*) (informant: ouder)	+		Meta-analyse	1
18 Ambulante (thuis)hulp	Slechtere alliantie tussen therapeut en ouder (informant: observant)	+	Ja	Meta-analyse	1
19 Ambulante (thuis)hulp	Meer totale problemen bij ouder	+		Meta-analyse	1
20 Ambulante (thuis)hulp	Soort verwijzer	+	Ja	Meta-analyse	1
21 Ambulante (thuis)hulp	Groot aantal diagnoses	+		Meta-analyse	1
22 Pleegzorg	Warme, accepterende opvoedstijl pleegouders en positief betrokken pleegouders met duidelijke verwachtingen t.a.v. pleegkind	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	15, 16
23 Residentiele hulp	Behandeldoelen zijn niet samen met jeugdige gesteld Grotere disbalans in de alliantie tussen vader en jeugdige (informant: observant)	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	5
24 Ambulante (thuis)hulp	Grotere disbalans in de alliantie tussen moeder en jeugdige (informant: observant)	+	Ja	Meta-analyse	1

Hulpvorm	Omschrijving factor	Invloed	Alliantie	Soort studie	Referentie**
25 Ambulante (thuis)hulp	Grotere disbalans in de alliantie tussen moeder en jeugdige (informant: observant)	+	Ja	Meta-analyse	1
26 Ambulante (thuis)hulp	Vermindering van de alliantie tussen therapeut en jeugdige (informant: observant)	+	Ja	Meta-analyse	
27 Ambulante (thuis)hulp	Meer afgezegde afspraken of vaker niet op komen dagen	+	Ja	Meta-analyse	1
28 Ambulante (thuis)hulp	Lagere relevantie van de behandeling, zoals ouder vindt de behandeling niet nodig, had iets anders verwacht, richt zich volgens de ouder niet op hun leven en problemen (BTPS*) (informant: ouder)	+	Ja	Meta-analyse	1
29 Ambulante (thuis)hulp	De verwachting is dat de problematiek van het jeugdige snel verbeterd (informant: ouder)	+	Ja	Meta-analyse	1
30 Ambulante (thuis)hulp	Meer belemmerende gebeurtenissen tijdens de behandeling, zoals verhuizing, verandering van werk, kind is uithuisgeplaatst (BTPS*) (informant: therapeut en ouder)	+		Meta-analyse	1
31 Ambulante (thuis)hulp	Algemene factoren behandeling en therapeut	+		Meta-analyse	1
32 Ambulante (thuis)hulp	Slechtere therapeutische relatie, zoals ouder vindt de therapeut niet aardig, ervaart geen ondersteuning van de therapeut, of geen vertrouwen vanuit de therapeut (BTPS*) (informant: ouder)	+	Ja	Meta-analyse	1
33 Ambulante (thuis)hulp	Geen etnische match (culturele achtergrond?)	+	Ja	Meta-analyse	1
34 Ambulante (thuis)hulp	Meer internaliserende problemen bij ouder	+		Meta-analyse	1
35 Ambulante (thuis)hulp	Meer contact met deviante peers (informant: therapeut) IQ (laag)	+		Meta-analyse	1



Hulpvorm	Omschrijving factor	Invloed	Alliantie	Soort studie	Referentie**
36 Ambulante (thuis)hulp	IQ (laag)	+		Meta-analyse	1
37 Ambulante (thuis)hulp	Laag sociaal functioneren (informant: ouder of leerkracht)	+		Meta-analyse	1
38 Ambulante (thuis)hulp	Meerder totale problemen (informant: ouder of leerkracht)	+		Meta-analyse	1
39 Pleegzorg	Meer gedragsproblemen pleegkind bij plaatsing	+		Meta-analyse	2,3
40 Pleegzorg	Pleegkind heeft een geschiedenis van mishandeling	+		Meta-analyse	2
41 Pleegzorg	Gebrek aan opvoedkwaliteiten bij pleegouders	+		Meta-analyse	2
42 Pleegzorg	Meer voorafgaande residentiële plaatsingen en aantal pleegzorgverplaatsingen	+	Ja	Meta-analyse	3
43 Pleegzorg	Ouders accepteren plaatsing niet	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	8
44 Pleegzorg	Thuisbezoek door pleegkind	+		Afzonderlijke studie(s)	8
45 Residentiele hulp	Positieve verwachtingen over de hulp bij de jeugdige/gezin	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	6
46 Residentiele hulp	Psychopathologische problemen jeugdigen	+		Afzonderlijke studie(s)	10
47 Residentiele hulp	Gedragsproblemen jeugdige	+		Afzonderlijke studie(s)	4
48 Residentiele hulp	Jeugdige ervaart een minder goede relatie met professionals	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	4
49 Residentiele hulp	Jeugdige ervaart minder zeggenschap over de inrichting van zijn/haar dagelijkse leven tijdens het verblijf	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	4
50 Residentiele hulp	Middelenmisbruik/gedragsproblemen jeugdige in combinatie met minder betrokkenheid ouders tijdens de behandeling	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	7
51 Residentiele hulp	Sociaal-emotionele problemen jeugdige in combinatie met minder betrokkenheid ouders tijdens de behandeling	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	7
52 Residentiele hulp	Jeugdige is met name extrinsiek gemotiveerd om aan de behandeling deel te nemen	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	5

Hulpvorm	Omschrijving factor	Invloed	Alliantie	Soort studie	Referentie**
53 Residentiele hulp	Minder grote verwachtingen bij jeugdige dat de behandeling hem/haar helpt in het leven daarna	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	5
54 Residentiele hulp	Therapeut is warmtevoller en vriendelijker	-	Ja	Afzonderlijke studie(s)	5
55 Ambulante (thuis)hulp	Therapie is minder goed georganiseerd (informant: ouder)	+		Meta-analyse	1
56 Ambulante (thuis)hulp	Focus van de therapie (cognitieve of gedragstherapie) en behandelmodaliteit (informant: ouder)	+		Meta-analyse	1
57 Ambulante (thuis)hulp	Groter aantal ervaren behandelbarrières (BTPS*) (informant: ouder)	+	Ja	Meta-analyse	1
58 Ambulante (thuis)hulp	Meer behandel-eisen, zoals kind weigert mee te doen, behandeling is te duur, behandeling vergt meer dan ouder verwacht (BTPS*) (informant: therapeut)	+	Ja	Meta-analyse	1
59 Ambulante (thuis)hulp	Therapeut is direct, controlerend, confronterend (informant: ouder)	+	Ja	Meta-analyse	1
60 Ambulante (thuis)hulp	Slechtere alliantie tussen therapeut en jeugdige (informant: observant)	+	Ja	Meta-analyse	1
61 Ambulante (thuis)hulp	Vaker te laat bij afspraken	+	Ja	Meta-analyse	1
62 Ambulante (thuis)hulp	Geen match qua geslacht	+	Ja	Meta-analyse	1
63 Ambulante (thuis)hulp	Meer behandel-eisen, zoals kind weigert mee te doen, behandeling is te duur, behandeling vergt meer dan ouder verwacht (BTPS*) (informant: ouder)	+	Ja	Meta-analyse	1
64 Ambulante (thuis)hulp	Ouder heeft als opvoeder weinig vertrouwen	+		Meta-analyse	1
65 Ambulante (thuis)hulp	Dakloos	+		Meta-analyse	1
66 Ambulante (thuis)hulp	Leeftijd moeder (jonger)	+	Ja	Meta-analyse	1



Hulpvorm	Omschrijving factor	Invloed	Alliantie	Soort studie	Referentie**
67 Ambulante (thuis)hulp	Moeder is op de hoogte van de diagnose jeugdige (versus is niet op de hoogte)	-	Ja	Meta-analyse	1
68 Ambulante (thuis)hulp	Slecht ouderschap	+		Meta-analyse	1
69 Ambulante (thuis)hulp	Eénoudergezin met opvoedende moeder	+		Meta-analyse	1
70 Ambulante (thuis)hulp	Lage sociaal-economische status	+		Meta-analyse	1
71 Ambulante (thuis)hulp	Algemene kenmerken ouder en jeugdige	+		Meta-analyse	1
72 Ambulante (thuis)hulp	Meer jeugdigen in het gezin	+		Meta-analyse	1
73 Ambulante (thuis)hulp	Geen biologische ouder	+		Meta-analyse	1
74 Ambulante (thuis)hulp	Aanpassingsproblemen gediagnosticeerd (informant: therapeut)	+		Meta-analyse	1
75 Ambulante (thuis)hulp	Psychotrope medicatie	+		Meta-analyse	1
76 Ambulante (thuis)hulp	Externaliserende problemen gediagnosticeerd (informant: therapeut)	+		Meta-analyse	1
77 Ambulante (thuis)hulp	Etnische minderheid	+	Ja	Meta-analyse	1
78 Ambulante (thuis)hulp	Meer externaliserende problemen (informant: ouder of leerkracht)	+		Meta-analyse	1
79 Ambulante (thuis)hulp	Academisch functioneren (laag)	+		Meta-analyse	1
80 Ambulante (thuis)hulp	Algemene kenmerken van het jeugdige	+		Meta-analyse	1
81 Ambulante (thuis)hulp	Meer externaliserende problemen (informant: jeugdige)	+		Meta-analyse	1
82 Ambulante (thuis)hulp	Geslacht (jongen)	+	Ja	Meta-analyse	2,3
83 Pleegzorg	Hogere leeftijd pleegkind bij plaatsing	+	Ja	Meta-analyse	2
84 Pleegzorg	Pleegkind is geplaatst zonder broer(s) of zus(sen)	+		Meta-analyse	2
85 Pleegzorg	Pleegkind is in een bestand-gezin geplaatst (i.p.v. in eigen netwerk)	+		Afzonderlijke studie(s)	9
86 Pleegzorg	Conflicten tussen ouders en pleegouders	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	6
87 Residentiele hulp	Jeugdige staat niet achter de noodzaak van de plaatsing	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	6

Hulpvorm	Omschrijving factor	Invloed	Alliantie	Soort studie	Referentie**
88 Residentiele hulp	Jeugdige ervaart het verblijf als niet-effectief	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	6
89 Residentiele hulp	Sociale gedragsproblemen jeugdige	+		Afzonderlijke studie(s)	6
90 Residentiele hulp	Jeugdige heeft heimwee, mist vrienden	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	6
91 Residentiele hulp	Emotionele problemen jeugdige	+		Afzonderlijke studie(s)	12
92 Residentiele hulp	Hogere leeftijd jeugdige	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	10,17
93 Residentiele hulp	Jeugdige ervaart een lagere kwaliteit van leven	+		Afzonderlijke studie(s)	4
94 Residentiele hulp	Jeugdige ervaart een minder goede relatie met peers	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	4
95 Residentiele hulp	Sociaal-emotionele problemen jeugdige	+		Afzonderlijke studie(s)	7
96 Residentiele hulp	Jeugdige heeft minder intrinsieke motivatie om aan de behandeling deel te nemen	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	5
97 Residentiele hulp	Behandeldoelen zijn gericht op onthouding van middelengebruik	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	5
98 Residentiele hulp	Grote verwachting bij jeugdige dat behandeldoelen worden bereikt	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	5
99 Residentiele hulp	Slechte relatie met de begeleiders	+	Ja	Afzonderlijke studie(s)	5

* Barriers to Treatment Participation Scale (BTPS, Kazdin et al., 1997)

** Referenties: 1 De Haan et al. (2013), meta-analyse; 2 Konijn et al. (2019), meta-analyse; 3 Oosterman et al. (2007), meta-analyse; 4 Rau et al. (2020); 5 Schroder et al. (2009); 6 Tornow et al. (2014); 7 Ulaszek et al. (2019); 8 Vanderfaillie et al. (2013); 9 Vanderfaillie et al. (2018); 10 Schmid et al. (2014); 11 Kalland & Sinkkonen (2001); 12 Egelund & Vitus (2009); 13 Fisher et al. (2005); 14 Walsh & Walsh (1990); 15 Minthy (1999); 16 Sinclair & Wilson, 2003; 17 Khoo et al. (2017)





Dit is een uitgave door VIGO

Centiv

Momentum GGZ

Pactum

De Rooyse Wissel

Vincent van Gogh

Kerkenbos 1023
6546 BB Nijmegen
www.vigogroep.nl

