

praktikon



## Kunnen ambulante interventies uithuisplaatsingen in de jeugdhulp voorkomen?

Evaluatie van de interventie Ambulante spoedhulp

Praktikon, 2020

**Auteurs**

Dr. Ronald de Meyer - Praktikon (r.demeyer@praktikon.nl)

Marsha Philipsen, Msc. - Praktikon (m.philipsen@praktikon.nl)

Drs. Harm Damen - Pactum en Praktikon (h.damen@pactum.org)

Prof. dr. Jan Willem Veerman - Radboud Universiteit (jw.veerman@pwo.ru.nl)

**In opdracht van**

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Vereniging Spoedhulp Jeugd, die tot 1 januari 2020 de interventies Ambulante Spoedhulp (ASH) en Families First (FF) inhoudelijk beheerde. Vanaf 1 januari 2020 wordt ASH inhoudelijk beheerd door het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland (SEJN) en FF door VanMontfoort.

**Publicatie**

Dit artikel is gepubliceerd in het tijdschrift *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 59 (6), 306-328. <http://www.orthopedagogiek.org/tijdschrift.php>.

© 2020 Praktikon

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Praktikon.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

## Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
Hoofdstuk 1. Inleiding.....	5
Hoofdstuk 2. Methode.....	9
2.1 Participanten.....	9
2.2 Methodiek .....	11
2.3 Materiaal.....	11
2.4 Statistische analyse .....	12
Hoofdstuk 3. Resultaten .....	13
3.1 In hoeverre wordt aan de uitvoeringscriteria en de uitkomstcriteria van ASH voldaan? .....	13
3.2 Is er een relatie tussen behandelingsgetrouwheid en doelbereiking? .....	14
3.3 Is er een relatie tussen doelbereiking en het thuis wonen van jeugdigen? .....	16
Hoofdstuk 4. Discussie .....	17
Literatuurlijst .....	20
Appendix - Uitwerking van de drie regressiemodellen .....	22

## Samenvatting

*Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 59 (6), 306-328*

Ambulante Spoedhulp (ASH) en Families First (FF) zijn beide ambulante interventies voor hulp aan gezinnen in crisis en met zorgen over de veiligheid van de betrokken jeugdigen, waarbij er vaak ook sprake is van een dreigende uithuisplaatsing. Eerder onderzoek uit 2013 naar de kwaliteit van de uitvoering en de uitkomsten van FF liet al zien dat deze interventie succesvol is bij het voorkomen van een uithuisplaatsing en dat bovendien het vaker toepassen van werkzaam geachte elementen hierbij van beslissend belang is. In dit artikel wordt nagegaan of dit voor ASH ook het geval is. Op basis van een analyse van gegevens over uitvoeringskwaliteit en de uitkomsten van ASH van 6261 gezinnen verzameld in de periode 2013 t/m 2019 kon worden vastgesteld dat bij ASH gemiddeld aan 92% van de elf uitvoeringscriteria werd voldaan. Gemiddeld werd ook aan 86% van de drie uitkomstcriteria voldaan. Indien aan zes of meer uitvoeringscriteria werd voldaan, nam voor ieder volgend criterium dat werd behaald, de kans op het bereiken van een positieve uitkomst significant toe. Deze uitkomst was gedefinieerd als het bereiken van minimaal twee van de drie uitkomstcriteria (crisis opgeheven, veiligheid gewaarborgd, basisroutines hersteld). De uitvoeringscriteria 'zicht op de veiligheid in het gezin' en 'het evalueren van tussentijdse doelen' bleken de grootste invloed te hebben op het behalen van een positieve uitkomst. Bij het behalen van deze uitkomst was ook de kans op een advies voor uithuisplaatsing meer dan drie keer kleiner dan zonder deze uitkomst. ASH en FF lijken goede interventies voor het voorkomen van een uithuisplaatsing. Dit is niet alleen gunstig voor de betrokken jeugdigen en hun gezinnen, maar ook voor gemeenten, die hiermee een goedkoper alternatief hebben voor hulp aan gezinnen in crisis. Het is aan te bevelen om FF en ASH verder te integreren en na te gaan welke werkzame elementen van beide interventies het beste voor welke gezinnen ingezet kunnen worden.

## Hoofdstuk 1. Inleiding

*Nico wordt aangemeld bij een wijkteam omdat het thuis niet meer gaat. Hij is met negen jaar de oudste van twee kinderen. Vanaf de geboorte was Nico in de ogen van moeder al een zorgenkind. Anders dan de kinderen van haar vriendinnen. ‘Hij keek je nauwelijks aan, hield niet van knuffelen en was snel overstuur bij onverwachtse geluiden’. Als peuter en kleuter kon hij ook enorm driftig worden als dingen niet gingen zoals hij wilde. De ouders kregen opvoedingsondersteuning aangeboden, maar het leek alsof het twee jaar jongere broertje daar meer profijt van had dan Nico. Beide ouders waren vaak ten einde raad, wat ook ten koste ging van hun relatie. Toen Nico zeven jaar was werd de diagnose Autisme Spectrum Stoornis (ASS) gesteld, daardoor kon hij op school meedoen aan een speciaal voor kinderen met ASS bedoeld behandelingsprogramma. Dat gaf enige verbetering. Voor vader was dit niet genoeg, hij verliet het gezin. Nico reageerde daar sterk op, met zich nog meer terugtrekken in zijn eigen wereld, afgewisseld met heftige driftbuiten. Moeder dreigde eronder door te gaan. ‘Het is hij eruit of ik eruit’, riep ze in wanhoop bij haar huisarts uit. Deze zorgde voor de aanmelding bij het wijkteam, dat na een aantal thuisbezoeken een uithuisplaatsing in een instelling voor jeugdhulp regelde.*

De vraag naar een uithuisplaatsing is de laatste jaren aan het groeien. Het ministerie van VWS laat in een analyse van het volume van jeugdhulp over de periode 2015-2017 op basis van de CBS-cijfers zien, dat in 2017 ruim 400.000 jeugdigen een vorm van jeugdhulp gebruikten, wat een stijging van ongeveer 12% ten opzichte van 2015 betekent (Batterink, Geurts, Reitsma & Tazelaar, 2019). Hierbinnen stijgt het aantal uithuisplaatsingen, in de CBS-terminologie ‘jeugdhulp met verblijf’, met 14% (van 40.505 naar 46.185 jeugdigen). Onder verblijfszorg vallen pleegzorg, gezinshuizen, gesloten jeugdzorg en ‘ander verblijf op locatie van de aanbieder’. Aangetekend moet worden dat blijkens de meest recente cijfers van het CBS er in 2018 wat dit betreft weer een daling is die in 2019 stabiliseerde, waardoor de toename in jeugdhulp met verblijf sinds 2015 in beide jaren uitkomt op zo’n 6% (CBS, 2020).

Als gevolg van deze ontwikkelingen zien gemeenten de kosten van de jeugdhulp fors toenemen, terwijl ze door de transitie van de jeugdhulp sinds 2015 juist te maken krijgen met bezuinigingen. In het genoemde rapport van Batterink et al. (2019) laten 16 van 23 onderzochte gemeenten een stijging in de kosten zien. De gemiddelde kostenstijging bleek bijna 10%. Als mogelijke verklaring geven gemeenten aan dat aanbieders meer ruimte hebben gekregen om zwaardere zorg in te zetten en stellen aanbieders dat de gemiddelde problematiek zwaarder is geworden omdat lichtere problemen door de wijkteams worden behandeld. In de media luiden gemeenten inmiddels de noodklok: er dreigen forse tekorten op de begroting. Het ministerie van VWS wordt onder druk gezet met extra financiering te komen. Binnen de kosten voor de jeugdhulp zijn residentiële behandelingen relatief duur. Dit maakt de vraag of bij gezinnen in crisis uithuisplaatsingen voorkomen kunnen worden urgent.

Bij het voorkomen van uithuisplaatsing kunnen ambulante interventies als Families First (FF) en Ambulante Spoedhulp (ASH) een rol spelen. FF is in 1994 in ons land geïntroduceerd, ASH verscheen in 2003 als een alternatief voor FF. Beide interventies richten zich op gezinnen in crisis. Bij FF dient hierbij sprake te zijn van een dreigende uithuisplaatsing, het doel is deze te voorkomen. Bij ASH zal dit ook vaak spelen, maar is de crisis in combinatie met zorgen over de veiligheid van de kinderen op zich al een voldoende aanmeldingscriterium. Zowel FF als ASH bieden een kortdurende (4-6 weken) interventie om de crisis te verlichten, de veiligheid in het gezin te waarborgen en dagelijkse routines te herstellen. Hierbij wordt

eveneens ingezet op vermindering van het probleemgedrag van kinderen en de opvoedingsbelasting van ouders en op verbetering van het gezinsfunctioneren. In veel gevallen is er nog aansluitende vervolghulp nodig. Bij FF is die vervolghulp bij voorkeur ambulante, het doel is immers een uithuisplaatsing te voorkomen. Bij ASH kan wanneer de veiligheid acuut in het geding is een korte uithuisplaatsing ingezet worden. Dat is bij voorkeur in het netwerk van het gezin, in een crisisleeggezin of anders in een instelling. De ASH- hulpverlening gaat onverkort door om vastgelopen interactiepatronen te doorbreken, zodat de periode van de uithuisplaatsing zo kort mogelijk kan zijn. ASH is in de loop der jaren steeds vaker aangeboden dan FF, momenteel is de verhouding ongeveer 10:1.

Het vaker inzetten van ambulante interventies als FF en ASH zou een bijdrage kunnen leveren aan de oplossing van de financiële problemen van gemeenten. Daarnaast komt de inzet van FF en ASH ook de betrokken jeugdigen en hun gezinnen ten goede. De gehechtheidstheorie, de systeemtheorie en de loyaliteitstheorie maken duidelijk dat de band met primaire opvoeders en de interactie tussen de gezinsleden wezenlijk is voor een optimale ontwikkeling van kinderen. Het ligt voor de hand dat bij een problematische ontwikkeling inzichten uit deze theorieën worden benut om positieve veranderingen in gang te zetten (Kemper, 2004; Veerman, Janssens & Delicat, 2005). Daarmee worden problemen aangepakt op de plaats waar ze zijn ontstaan, namelijk in het gezin. Dit is sinds de jaren negentig van de vorige eeuw een leidend principe in de jeugdhulp en ook de reden waarom de interventies FF en ASH werden ontwikkeld (Bakker, Berger, Jagers & Slot, 2000). Gezien het toenemend aantal uithuisplaatsingen en daarmee de kosten van de jeugdhulp lijkt de tijd rijp om dit principe opnieuw op waarde te schatten en de mogelijkheden van deze interventies in dit opzicht weer onder de aandacht te brengen.

Onderzoek naar FF in de beginjaren (1994-1996) liet zien dat vlak na de interventie zo'n 90% van de jeugdigen nog thuis woonde, een jaar later woonde 75% nog thuis. Bovendien bleken de gedragsproblemen van jeugdigen en de opvoedingsbelasting van ouders tijdens de interventie significant af te nemen. In later onderzoek werden vergelijkbare uitkomsten gemeld. Vanaf 2001 wordt er een kwaliteitstoetsing uitgevoerd waarbij halfjaarlijks gerapporteerd wordt in hoeverre voldaan is aan 13 kwaliteitscriteria ten aanzien van de doelgroep (1 criterium), uitvoering (10 criteria) en uitkomsten (2 criteria). Hierdoor ontstaat zicht op in hoeverre er gewerkt is zoals bedoeld (ook behandelingsgetrouwheid genoemd). Dit is een belangrijke voorwaarde om de gewenste uitkomsten te bereiken. De resultaten worden met de uitvoerende organisaties besproken, wat kan leiden tot verbeteracties. Uit een analyse van de gegevens van de kwaliteitstoetsing over de periode 2003-2010 werd duidelijk dat 94% van de gezinnen die deze ambulante hulp ontving ook daadwerkelijk tot de doelgroep behoorde en er gemiddeld aan 8,6 van de 10 uitvoeringscriteria werd voldaan, wat erop wijst dat uitvoering grotendeels verloopt zoals bedoeld, er is sprake van behandelingsgetrouwheid. Bovendien bleek 88% van de jeugdigen na afloop nog thuis te wonen zonder dat er plannen voor een uithuisplaatsing waren. Tevens kon aangetoond worden dat naarmate er meer voldaan werd aan de uitvoeringscriteria ook meer jeugdigen thuis bleven wonen, dus behandelingsgetrouw werken loont (Damen & Veerman, 2013; zie Veerman & Tönjes, 2019, voor een samenvatting van het onderzoek naar FF).

Over ASH verscheen in 2012 een eerste onderzoek (Al, 2012; Al, Stams, Asscher & Van der Laan, 2014). Hieruit werd duidelijk dat na de interventie de crisis was afgenomen en de veiligheid toegenomen. Ook verminderden de opvoedingsbelasting van ouders en de gedragsproblemen van jeugdigen tijdens de interventie en verbeterden de opvoedingscompetenties van de moeders, alsook hun beleving van de ouder-kind interactie. Gegevens over al dan niet thuis wonen na ASH werden in dit onderzoek niet gemeld. Sinds



2011 vindt bij ASH eveneens een kwaliteitstoetsing plaats, waarover ook gerapporteerd wordt aan de uitvoerende organisaties (vanaf juli 2015 geschiedt dit halfjaarlijks). In totaal zijn er tot nu toe 13 rapportages over de kwaliteitstoetsing gemaakt (zie [www.praktikon.nl/projecten/kwaliteitsmetingen-spoedhulp-jeugd](http://www.praktikon.nl/projecten/kwaliteitsmetingen-spoedhulp-jeugd)). In dit artikel willen we deze (half)jaarlijkse kwaliteitstoetsingen samenvoegen en verder analyseren.

Voor de kwaliteitstoetsing van ASH zijn 11 uitvoeringscriteria geformuleerd. Hiermee kan een beeld verkregen worden van de behandelingsgetrouwheid van ASH: wordt er gewerkt zoals bedoeld? Tevens zijn er 3 uitkomstcriteria. Hiermee kan de doelbereiking worden nagegaan: worden gewenste uitkomsten bereikt? In Tabel 1 worden de 14 criteria kort beschreven. Voor het doel van dit artikel zijn ze iets anders gerubriceerd dan op de scoringsformulieren voor de gezinswerkers, maar de inhoud is gelijk. Voor de herkenbaarheid voor ASH staat bij elk criterium tussen haakjes de nummering op de scoringsformulieren.

**Tabel 1. Kwaliteitscriteria ASH**

---

*Uitvoeringscriteria*

1. Binnen 24 uur na ontvangst Besluit Spoedeisende Zorg, crisisafspraken of aanmelding is de hulpverlening aan het gezin gestart (1).
2. Voorafgaand aan het 2<sup>e</sup> gezinsbezoek is er een startplan/Hulpverleningsplan (HVP)-bij start. Hierin zijn zo nodig ook de veiligheidsafspraken opgenomen (2).
3. Op basis van actuele informatie is het voor de ASH-er duidelijk hoe het staat met de balans tussen draagkracht en draaglast van het gezin (3a).
4. Op basis van actuele informatie is het voor de ASH-er duidelijk hoe het staat met de (on)mogelijkheden om het sociaal netwerk van het gezin te benutten (3b).
5. Op basis van actuele informatie is het voor de ASH-er duidelijk hoe het staat met de veiligheid van de kinderen die in het gezin aanwezig zijn (3c).
6. Er is een veiligheidsformulier [vragenlijst om veiligheid te beoordelen, zoals de RiS-L of ARIJ] ingevuld door de ASH-er en dit is voorafgaande aan het advies met het gezin besproken (3d).
7. De gestelde doelen zijn met het gezin tussentijds geëvalueerd (4a).
8. Er is bij de tussentijdse evaluatie advies uitgebracht aan het gezin en de plaatser over eventuele vervolghulp (4b).
9. In de eindrapportage staan de gestelde doelen vermeld en is per doel aangegeven in welke mate het doel volgens de gezinsleden is bereikt (4c).
10. Tijdens de hulpverlening heeft de ASH-er minimaal eenmaal per week de voortgang besproken in de werkbegeleiding (individueel/in team) (6).
11. Aan het einde van de hulp is de situatie op de drie onderstaande gebieden (crisis, veiligheid en basisroutines) beschreven in het eindrapport (5d).

*Uitkomstcriteria*

12. Aan het einde van de hulp is vastgesteld dat de crisis is opgeheven (5a).
  13. Aan het einde van de hulp is vastgesteld dat de gezinssituatie voldoende veilig is voor de aanwezige kinderen (5b).
  14. Aan het einde van de hulp is vastgesteld dat de basisroutines in het gezin tegemoetkomen aan de ontwikkelingsstaken en behoeften van de aanwezige kinderen (5c).
- 

Zoals eerder vermeld is bij ASH de gewenste uitkomst niet in de eerste plaats het thuis wonen van jeugdigen. Het ligt echter voor de hand te veronderstellen dat het voldoen aan de drie uitkomstcriteria gunstige voorwaarden schept voor jeugdigen om thuis te kunnen wonen, met name als de thuissituatie voldoende veilig is (Al, Stams, Bek, Damen, Asscher & Van der Laan, 2012; Richtlijnen Jeugdhulp Uithuisplaatsing, 2019). Figuur 1 brengt deze veronderstelling in de vorm van een ‘programmatheorie’ (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004) in beeld. Deze theorie kan kortweg geformuleerd worden als: naarmate er *meer* aan de uitvoeringscriteria van ASH wordt voldaan zullen de gewenste uitkomsten *beter* worden

bereikt en is de *kans groter* dat de jeugdige na afloop van ASH thuis woont. Hiervoor stipten we aan dat dit bij FF het geval was. Onderzoek heeft laten zien dat hier ook meer in het algemeen aanwijzingen voor zijn (zie de overzichten van Durlak & DuPre, 2008; Goense, Assinks, Stams, Boendermaker & Hoeve, 2016).



**Figuur 1. Programmatheorie ASH**

Dit leidt tot de volgende vraagstellingen:

1. In hoeverre wordt aan de elf uitvoeringscriteria van ASH voldaan, wat zegt dit over de behandelingsgetrouwheid van ASH?
2. In hoeverre wordt aan de drie uitkomstcriteria van ASH voldaan, wat zegt dit over de doelbereiking van ASH?
3. Is er een relatie tussen behandelingsgetrouwheid en doelbereiking?
4. Is er een relatie tussen doelbereiking en het thuis wonen van jeugdigen?



## Hoofdstuk 2. Methode

### 2.1 Participanten

Deelnemers aan het onderzoek zijn gezinnen die tussen januari 2013 en juli 2019 bij een 27-tal jeugdhulp organisaties verspreid over heel Nederland Ambulante Spoedhulp (ASH) hebben ontvangen waarvoor door de gezinswerker ook het kwaliteitstoetsingsinstrument was ingevuld. In totaal betrof dit 9515 gezinnen. Deze gezinnen vormen op basis van de door organisaties gerapporteerde instroomgegevens naar schatting tussen 50 en 60% van de gezinnen die ASH door de 27 deelnemende organisaties kregen aangeboden. Deze organisaties vormen tezamen 82% van het aantal jeugdhulporganisaties dat op 1 januari 2020 lid ( $n=33$ ) was van de Vereniging Spoedhulp Jeugd (zie [www.spoedhulp.nl](http://www.spoedhulp.nl), [www.sejn.nl](http://www.sejn.nl)). In het instrument worden 14 kwaliteitscriteria voor ASH beschreven, 11 daarvan betreffen de behandelingsgetrouwe uitvoering van de hulp, 3 de uitkomst (zie Tabel 1 in de Inleiding). Voor het onderzoek werden de volgende gezinnen geselecteerd.

- Er moest duidelijk sprake zijn van een crisis; 9114 gezinnen voldoen aan dit criterium. Bij 401 gezinnen (284 geen crisis en 117 onbekend) bleek dit niet het geval.
- Er moest een vorm van ASH zijn aangeboden waarbij de jeugdige in het gezin woont, de varianten ASH + crisisopvang, ASH + crisispleegzorg en ASH + verblijf netwerk vielen daardoor af (dit betrof 2841 gezinnen).
- Acht van de 11 uitvoeringscriteria moesten gescoord zijn, maximaal 3 mochten er missen (0 gezinnen voldeden hier niet aan, geen vielen af).
- Er moest aan minimaal 1 van de 11 uitvoeringscriteria zijn voldaan om te kunnen spreken van ASH (8 gezinnen voldeden hier niet aan en vielen af).
- Twee van de drie uitkomstcriteria moesten gescoord zijn, één mocht er missen (2 gezinnen voldeden hier niet aan en vielen af).

De uiteindelijke onderzoeksgroep voor de analyses bestond na deze selectie uit 6261 gezinnen. Het ging hierbij om 3218 jongens met een gemiddelde leeftijd van 10 jaar en 2 maanden ( $SD = 5,2$ ) en 3041 meisjes met een gemiddelde leeftijd van 11 jaar en 2 maanden ( $SD = 5,1$ ). Van twee jeugdigen was het geslacht niet bekend. Tabel 2 geeft enkele andere kenmerken van de onderzoeksgroep zoals juridische maatregel, type probleem, advies voor vervolghulp, woonsituatie bij afsluiting en mate van contact met de plaatsende instantie.

**Tabel 2. Kenmerken onderzoeksgroep (n = 6261)**

<i>Kenmerk/categorie</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Juridische maatregel</i>		
Nee	5157	82,4
(Voorlopige) OTS	644	10,3
(Voorlopige) Voogdij	62	1,0
Hulp en steun	37	0,6
Onbekend	359	5,7
<i>Type probleem*</i>		
LVB problemen jeugdige	409	7,1
Ernstige gedragsproblemen	2619	42,3
Depressie jeugdige	554	8,8
Verlavingsproblemen jeugdige	239	3,8
Mishandeling/verwaarlozing jeugdige	1055	16,9
LVB problemen ouders	284	4,6
Psychische problemen ouders (KOPP)	1434	23,0
Verlavingsproblemen ouders (KVO)	418	6,7
Jeugdige uit multiprobleemgezin	1263	20,2
Overige gezinsproblemen	1419	21,1
<i>Advies vervolghulp*</i>		
Geen	320	5,1
Ambulante jeugdzorg	3562	56,9
Ambulante LVB-zorg	300	4,8
Residentiele jeugdzorg	304	4,9
Residentiele LVB-zorg	62	1,0
Pleegzorg	168	2,7
Verblijf netwerk	182	2,9
GGZ-zorg	1997	32,4
Voorveld	401	6,4
Gesloten jeugdzorg	40	0,6
Anders	1099	17,9
<i>Woonsituatie bij afsluiting</i>		
Thuiswonend	5370	85,8
Netwerkplaatsing	262	4,2
Pleeggezin	107	1,7
Residentieel	210	3,4
Onbekend	312	5,0
<i>Contact met plaatser over ASH</i>		
Nee	69	1,1
Ja (1x)	220	3,5
Ja (2x)	1118	17,9
Ja (3x of vaker)	4793	76,6
Onbekend	61	1,0

\* Type probleem en advies vervolghulp tellen niet op tot 100%, omdat dit vragen met meerkeuze opties waren.

Uit Tabel 2 is af te lezen dat het merendeel van de jeugdigen geen juridische maatregel (82%) heeft. Van de overige jeugdigen heeft 10% een (voorlopige) OTS, de andere twee maatregelen hebben een frequentie van 1% of lager. Ernstige gedragsproblemen is met 42% het type probleem dat het vaakst gerapporteerd is, gevolgd door psychische problemen ouders (23%) en mishandeling/verwaarlozing jeugdige (17%). De categorie overige gezinsproblemen werd met 21% ook vaak genoemd. Het betrof hier onder meer huiselijk geweld, scheidingsproblemen, opvoedingsproblemen, loyaliteitsconflicten, medische problemen en huisvestingsproblemen. Voor vervolghulp wordt Ambulante jeugdzorg met 57% het vaakst geadviseerd, gevolgd door GGZ-zorg (32%) en anders (18%). Bij einde ASH woont

zo'n 86% nog thuis. De uithuisplaatsingsvormen (netwerk, pleegzorg, residentieel) komen minder dan 5% voor. De ASH-medewerker heeft in 77% van de cases 3x of vaker contact met de plaatsende instantie, het gemiddelde aantal gezinsbezoeken van de ASH-medewerker is 10,1 ( $SD = 4,1$ ).

## 2.2 Methodiek

Ambulante Spoedhulp is een kortdurende, intensieve, activerende hulpvorm, die in de woonsituatie ingezet wordt bij crisis en spoedeisende situaties in de opvoeding van jeugdigen van 0-18 jaar (of 23 jaar in geval van een licht verstandelijke beperking). De hulp is voor het hele gezin en is erop gericht de onderliggende problematiek en de dynamiek van de ontstane crisis in kaart te brengen. Tenminste één ouder moet bereid zijn aan de hulp mee te werken en binnen 24 uur een gezinswerker te ontmoeten. De hulp duurt gebruikelijk 4 tot 6 weken, met een frequentie van één tot drie keer per week een bezoek van ongeveer drie uur. Zowel de duur per contact als de frequentie ervan zijn afhankelijk van de fase van de hulp. De eerste week is dat in de regel meer en vaker dan in de periode daarna. ASH voorziet in 7x24 uur bereikbaarheid en indien nodig wordt in overleg met het gezin ook 's avonds en in het weekend hulp verleend. Al dan niet in combinatie met toeleiding naar aanvullende (intensieve) hulpverlening zijn de doelen (1) opheffen van de crisis, (2) herstellen van de veiligheid en (3) herstellen van de basisroutines (eten, slapen, naar school/werk gaan). De uitvoering van de hulpverlening omvat het ordenen en verkennen van de problematiek, bieden van structuur en veiligheid aan de gezinsleden, activeren van sociaal netwerk van het gezin, vergroten probleemoplossend vermogen van de afzonderlijke gezinsleden en herstellen van de regie in het gezin. Door middel van de kwaliteitscriteria vindt een controle op de toepassing van deze verrichtingen plaats. De theoretische achtergrond van ASH wordt gevormd door crisisinterventietheorieën, oplossingsgericht werken, en (cognitieve) leertheorieën (Eijgenraam, Van Vugt & Berger, 2007; Van der Steege, 2015; [spoedhulpjeugd.nl/diensten/ambulante-spoedhulp](http://spoedhulpjeugd.nl/diensten/ambulante-spoedhulp)).

## 2.3 Materiaal

De onderzoeksgegevens zijn verzameld met het formulier Kwaliteitstoetsing Ambulante Spoedhulp (KT-ASH; Damen, 2017). Het formulier KT-ASH is in opdracht van de Vereniging Ambulante Spoedhulp in 2011 door Praktikon ontwikkeld en op basis van praktijkwensen -en ervaringen samen met de zorgaanbieders ASH in 2018 aangepast. De opzet van de KT-ASH is afgeleid van Families First (Veerman & Damen, 2005), waarbij belangrijk geachte kwaliteitsaspecten (bijvoorbeeld snelheid start) nader zijn omschreven in criteria ('Binnen 24 uur na ontvangst Besluit Spoedeisende Zorg, crisisafpraak of aanmelding is de hulpverlening aan het gezin gestart') en waarbij dient te worden aangegeven of er wel (score '1') of niet ('0') aan het betreffende kwaliteitsaspect is voldaan. De KT-ASH kent veertien kwaliteitsaspecten met bijhorende criteria (zie Tabel 1 in de Inleiding). Daarnaast bevat de KT-ASH (een aantal) algemene vragen over de achtergronden van een crisishulptraject, zoals over de samenstelling van het gezin, de aanwezige problematiek, en het type crisis dat aanleiding is voor de geboden hulp.

De KT-ASH wordt na afloop van een begeleidingstraject door de gezinswerker ingevuld in BergOp, een webbased softwareprogramma voor de digitale verwerking van meetinstrumenten voor diagnostiek en effectonderzoek in zorg en onderwijs

([www.bergop.info](http://www.bergop.info)). De gegevens worden halfjaarlijks door Praktikon per organisatie en landelijk geaggregeerd, geanalyseerd en teruggekoppeld naar de Vereniging ASH voor verdere profilering en professionalisering.

De kwaliteitstoetsing wordt gebruikt om de uitvoering en uitkomsten van ASH te monitoren, te bespreken en zo nodig te verbeteren. Hiertoe worden door Praktikon halfjaarlijks rapportages gemaakt waarin onder meer de mate van voldaan in het geheel en per kwaliteitsaspect wordt weergegeven. Voor de meest recente rapportage zie Philipsen, De Meyer & Golbach (2020).

## 2.4 Statistische analyse

Om na te gaan in hoeverre er aan de uitvoerings- en uitkomstcriterium is voldaan zijn er beschrijvende analyses uitgevoerd. Eerst is per criterium vastgesteld hoeveel gezinnen er in de gehele onderzoeksperiode (2013-2019) aan hebben voldaan. Daarna zijn de 11 uitvoeringscriteria samengenomen om een maat voor behandelingsgetrouwheid te krijgen en de drie uitkomstcriteria om een maat voor doelbereiking te krijgen. De mate van behandelingsgetrouwheid is bepaald door per gezin het percentage criteria te berekenen dat aan de 11 uitvoeringscriteria voldoet (bijvoorbeeld aan 7 van de 11 voldaan is  $7/11 * 100\% = 63.6\%$ ). Omdat bij de selectie van de gezinnen maximaal drie uitvoeringscriteria mochten ontbreken is er in geval van een missende waarde van uitgegaan dat niet aan het criterium is voldaan (dus score 0). Doelbereiking is als volgt gehercodeerd: aan nul of één uitkomst voldaan = 0 en aan twee of drie uitkomsten voldaan = 1. Vervolgens zijn de behandelingsgetrouwheid en doelbereiking per onderzoeksjaar en over de gehele onderzoeksperiode berekend.

Voor de analyses naar de relatie tussen uitvoering en uitkomsten zijn twee logistische regressiemodellen getoetst. Met het eerste regressiemodel (Model 1) stelden we vast of het uitmaakt *hoeveel* je doet: 'Neemt de kans op doelbereiking toe als er aan *meer uitvoeringscriteria* wordt voldaan?'. Met het tweede regressiemodel (Model 2) onderzochten we of het uitmaakt *wat* je precies doet: 'Wat is de kans op doelbereiking als er aan *specifieke uitvoeringscriteria* wordt voldaan?'. Om de relatie tussen het bereiken van uitkomsten en uithuisplaatsing te analyseren is wederom een logistische regressieanalyse uitgevoerd (Model 3). Voor het bereiken van uitkomsten werd hiervoor weer uitgegaan van de doelbereiking (voldaan aan twee van de drie uitkomsten). Voor uithuisplaatsing werd uitgegaan van het advies voor vervolghulp. Indien er sprake was van pleegzorg, opname in het netwerk of een instelling voor jeugdhulp werd dit als uithuisplaatsing gecodeerd. Dit betrof uiteindelijk 712 jeugdigen (11%), die één of meerdere adviezen voor vervolghulp hadden gekregen. De overige adviezen (geen hulp, ambulante) werden als thuiswonend gecodeerd (89%). Bij de logistische regressie diende uithuisplaatsing als de afhankelijke variabele en doelbereiking als voorspeller, waarbij gecontroleerd werd voor behandelingsgetrouwheid. Voor een uitwerking van de drie regressiemodellen verwijzen we naar de Appendix.

## Hoofdstuk 3. Resultaten

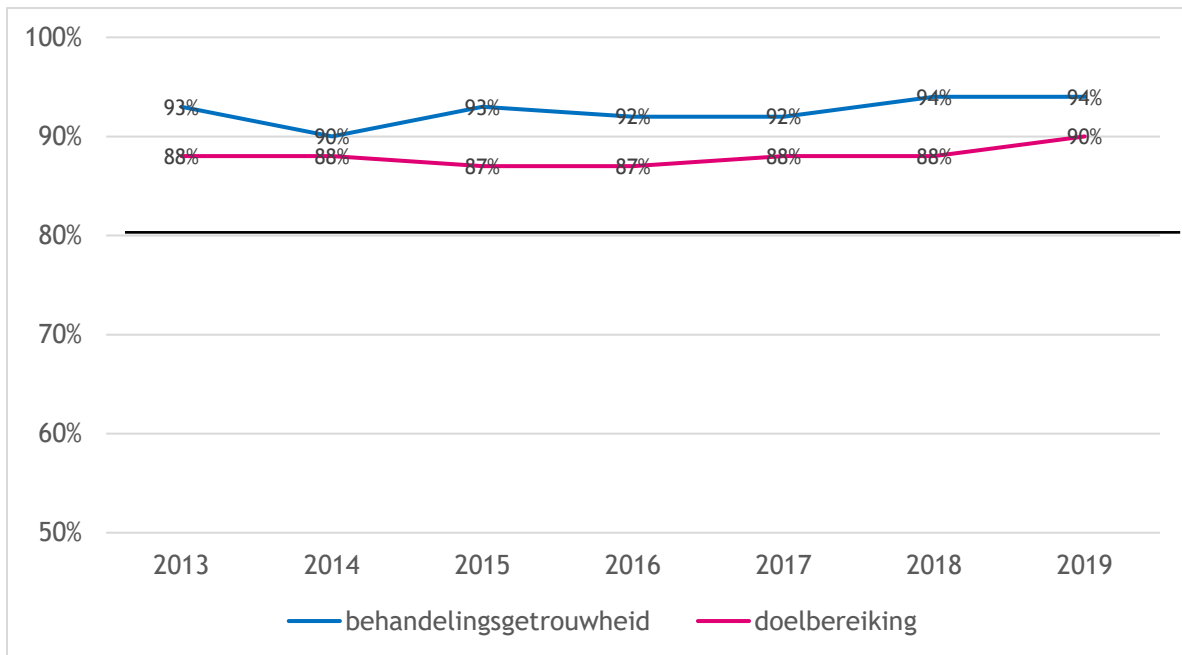
### 3.1 In hoeverre wordt aan de uitvoeringscriteria en de uitkomstcriteria van ASH voldaan?

In Tabel 3 wordt aangegeven in hoeverre er in de onderzoeksperiode 2013-2019 aan de elf uitvoeringscriteria en de drie uitkomstcriteria werd voldaan. Wat betreft de uitvoeringscriteria liggen de percentages 'voldaan' voor het merendeel boven de 90%. Dat betekent bijvoorbeeld dat bij 93% van de gezinnen tussentijds doelen zijn geëvalueerd. 'Veiligheidsformulier invullen en besproken' scoort met 84% relatief het laagst, gevolgd door 'Binnen 24 uur gestart', bij 86% van de gezinnen lukt dit laatste. Duidelijkheid over balans draagkracht - draaglast en veiligheid scoort het hoogst, bij 96% van de gezinnen gebeurt dat. Gemiddeld wordt aan 92% van de uitvoeringscriteria in Tabel 3 voldaan, hetgeen betekent dat per gezin gemiddeld 10,2 van de 11 criteria worden bereikt. De behandelingsgetrouwheid is daarmee hoog. Figuur 2 laat zien dat de behandelingsgetrouwheid ook stabiel is over de jaren.

De uitkomstcriteria worden respectievelijk bij 84% (basisroutines in orde), 86% (crisis opgeheven) en 88% (veiligheid voldoende) van de gezinnen behaald. Gemiddeld is dit 86%, hetgeen betekent dat per gezin gemiddeld 2,6 van de drie uitkomsten worden behaald. De doelbereiking is daarmee hoog. Figuur 2 laat zien dat de doelbereiking ook stabiel is over de jaren.

**Tabel 3. Uitvoering en uitkomsten ASH tussen 2013 en 2019 (n = 6261)**

<i>Aantal gezinnen dat aan een uitvoeringscriterium voldoet</i>	<i>Ja</i>	<i>%</i>
1. Binnen 24 uur gestart (1)	5362	86
2. Startplan/ HVP aanwezig voor 2 <sup>e</sup> bezoek (2)	5780	92
3. Balans draagkracht-draaglast duidelijk (3a)	5994	96
4. Mogelijkheden sociaal netwerk duidelijk (3b)	5880	94
5. Veiligheid duidelijk (3c)	6019	96
6. Veiligheidsformulier ingevuld en besproken (3d)	5245	84
7. Tussentijds doelen geëvalueerd (4a)	5826	93
8. Tussentijds advies vervolghulp (4b)	5893	94
9. Bij afsluiting doelen geëvalueerd (4c)	5919	95
10. Voortgang besproken in werkbegeleiding (6)	5776	92
11. Behalen uitkomstcriteria beschreven in eindrapport (5d)	5914	95
<i>Aantal gezinnen dat aan een uitkomstcriterium voldoet</i>		
12. Crisis opgeheven (5a)	5389	86
13. Veiligheid voldoende (5b)	5505	88
14. Basisroutines in orde (5c)	5276	84



Figuur 2. Stabiliteit behandelingsgetrouwheid en doelbereiking over de jaren heen

### 3.2 Is er een relatie tussen behandelingsgetrouwheid en doelbereiking?

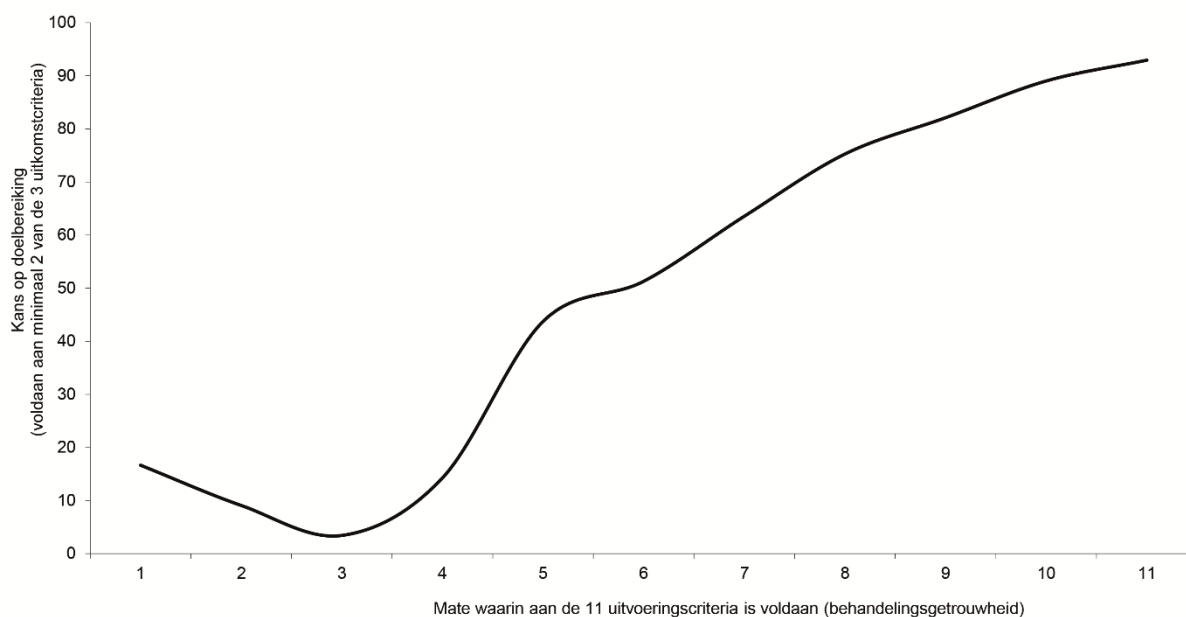
Tabel 4 beschrijft de invloed van behandelingsgetrouwheid op de doelbereiking naar het aantal uitvoeringscriteria. De invloed is met logistische regressieanalyses vastgesteld, waarbij het voldoen aan twee van de drie uitkomstcriteria score 1 kreeg (doel bereikt) en het voldoen aan geen of één van de uitkomstcriteria score 0 (doel niet bereikt). Bij 88% ( $N = 5498$ ) van de gezinnen wordt het doel volgens deze definitie bereikt. De resultaten in Tabel 4 laten zien dat de kans op doelbereiking significant toeneemt indien aan zes of meer van de elf uitvoeringscriteria wordt voldaan, willekeurig welke dit zijn. In termen van logistische regressie geformuleerd: in vergelijking tot de referentiecategorie waarbij aan één van de elf uitvoeringscriteria is voldaan, neemt de kansverhouding tussen wel of geen doelbereiking significant toe als aan zes of meer van de elf uitvoeringscriteria wordt voldaan. Bij het voldoen aan zes (willekeurige) uitvoeringscriteria is de kansverhouding ( $\text{Exp}(B)$ ) tussen wel of geen doelbereiking ruim vijf keer zo groot ( $\text{Exp}(B) = 5,27$ , zie Tabel 4) dan wanneer aan een enkel criterium wordt voldaan. Als aan alle 11 uitvoeringsaspecten wordt voldaan is deze kansverhouding bijna 66 keer zo groot ( $\text{exp}(B) = 65,97$ , zie Tabel 4). In de rechterkolom van Tabel 4 zijn de logit odds ( $(B)$ ) omgezet naar kanspercentages die kunnen lopen van 0% tot 100%. Deze worden eveneens in Figuur 3 weergegeven. Het oplopend kanspatroon wordt in deze figuur duidelijk zichtbaar: naarmate aan meer criteria wordt voldaan, wordt de kans op doelbereiking groter.



Tabel 4 Uitvoeringsaspecten (naar aantal aspecten) en bereiken uitkomst ASH (n = 6261)<sup>1</sup>

	B	S.E.	Exp(B)	Wald	Kans(model) op bereiken uitkomsten
<i>Constante</i>	-1,61	0,77	0,20	4,32	17%
<i>Behandelingsgetrouwheid</i> (ref.: aan 1 aspect voldaan)					
aan 2 aspecten voldaan	-0,69	1,30	0,50	0,28	9%
aan 3 aspecten voldaan	-1,72	1,28	0,18	1,81	3%
aan 4 aspecten voldaan	-0,18	1,09	0,83	0,03	14%
aan 5 aspecten voldaan	1,36	0,85	3,89	2,54	44%
aan 6 aspecten voldaan	1,66*	0,81	5,27	4,23	51%
aan 7 aspecten voldaan	2,17*	0,80	8,72	7,41	65%
aan 8 aspecten voldaan	2,72**	0,78	15,23	12,06	75%
aan 9 aspecten voldaan	3,13**	0,78	22,96	16,07	82%
aan 10 aspecten voldaan	3,70**	0,78	40,61	22,58	89%
aan 11 aspecten voldaan	4,19**	0,78	65,97	29,05	93%
Nagelkerker pseudo R <sup>2</sup>	0,15				

<sup>1</sup> \*\* $p < 0,001$  \* $p < 0,01$ ; ref.=referentiecategorie.



Figuur 3. Behandlingsgetrouwheid (aantal aspecten) en doelbereiking

Tabel 5 geeft de invloed van de afzonderlijke criteria van behandelingsgetrouwheid op de doelbereiking, gecontroleerd voor de invloed van de overige criteria. De kansverhouding tussen wel en geen doelbereiking is het grootst voor 'Veiligheid duidelijk' (Exp(B)=4,48) en het kleinst voor 'Voortgang besproken in werkoverleg' (Exp(B)=0,74). Als de veiligheid duidelijk is, is de kans op doelbereiking bijna vierenhalf keer zo groot dan wanneer dit niet duidelijk is. De onderste drie aspecten in Tabel 5 hebben geen significante invloed op doelbereiking.

**Tabel 5. Uitvoeringsgetrouwheid (naar soort aspecten) en doelbereiking ASH (n = 6261)<sup>1</sup>**

Kwaliteitscriteria	B	S.E.	Exp(B)	Wald
<i>Constante</i>	-2,92**	0,28	0,00	109,09
5. Veiligheid duidelijk (3c)	1,50**	0,17	4,48	74,67
7. Tussentijds doelen geëvalueerd (4a)	1,22**	0,16	3,40	62,18
11. Behalen uitkomstcriteria beschreven in eindrapport (5d)	0,65**	0,15	1,92	17,77
9. Bij afsluiting doelen geëvalueerd (4c)	0,58**	0,16	1,79	14,09
3. Balans draagkracht-draaglast duidelijk (3a)	0,49*	0,20	1,63	6,15
8. Tussentijds advies vervolghulp (4b)	0,38*	0,17	1,46	4,80
1. Binnen 24 uur gestart (1)	0,30*	0,11	1,34	7,25
6. Veiligheidsformulier ingevuld en besproken (3d)	0,28*	0,11	1,33	6,93
2. Startplan/ HVP aanwezig voor 2 <sup>e</sup> bezoek (2)	0,24	0,14	1,27	2,85
4. Mogelijkheden sociaal netwerk duidelijk (3b)	0,11	0,17	1,11	0,38
10. Voortgang besproken in werk-begeleiding (6)	-0,31	0,17	0,74	3,47

Nagelkerker pseudo R<sup>2</sup> 0,09

<sup>1</sup> \*\* $p < 0,001$  \* $p < 0,01$

### 3.3 Is er een relatie tussen doelbereiking en het thuis wonen van jeugdigen?

Om na te gaan of doelbereiking gerelateerd is aan het *niet* uithuisplaatsen van jeugdigen is een logistische regressie uitgevoerd met doelbereiking als de voorspeller en het advies voor vervolghulp als uitkomst, waarbij gecontroleerd werd voor behandelingsgetrouwheid. Het advies voor vervolghulp was daarbij gecodeerd als wel (1) of niet (0) uithuisgeplaatst (zie de toelichting bij de analyses). Tabel 6 toont de uitkomst. Gecontroleerd voor behandelingsgetrouwheid is het verband tussen doelbereiking en het advies voor uithuisplaatsing statistisch significant ( $p = 0,000$ ). Indien het doel bereikt wordt is de kans op een uithuisplaatsing meer dan drie keer kleiner (exact  $1/0,32=3,13$ ) dan wanneer het doel niet bereikt wordt.

**Tabel 6. Relatie doelbereiking en uithuisplaatsing<sup>1</sup>**

	B	S.E.	Exp(B)	Wald
<i>Constante</i>	-1,158**	0,26	0,32	20,60
Behandelingsgetrouwheid	4,94**	0,28	0,19	290,67
Doelbereiking	-1,56**	0,26	0,32	20,60

Nagelkerker pseudo R<sup>2</sup> 0,09

<sup>1</sup> \*\* $p < 0,001$  \* $p < 0,01$

## Hoofdstuk 4. Discussie

Het aantal uithuisplaatsingen groeit sinds 2015 (Batterink e.a., 2019). Dit legt een grote financiële druk op de gemeenten: uithuisplaatsingen zijn kostbaar en de middelen hiervoor zijn schaars. Sinds eind jaren negentig van de vorige eeuw is het beleid in de jeugdzorg erop gericht geweest kinderen zoveel mogelijk thuis, in de gezinscontext te behandelen (Bakker e.a., 2000). Naast een besparing in de kosten heeft dit het voordeel dat de problemen worden aangepakt op de plek waar ze ontstaan en dat de band met de primaire opvoeder(s) niet verbroken wordt. Ook in crisissituaties verdient het aanbeveling in het gezin te beginnen en een dreigende uithuisplaatsing van kinderen te voorkomen. In dit onderzoek werd nagegaan in hoeverre de interventie Ambulante Spoedhulp (ASH) hiervoor bruikbaar is. Alhoewel het voorkomen van een uithuisplaatsing niet het hoofddoel van ASH is, vindt de behandeling zoveel mogelijk in het gezin plaats, waarbij in samenspraak met alle gezinsleden gewerkt wordt aan doelen als het opheffen van de crisis, het waarborgen van de veiligheid en het herstellen van de dagelijkse routines in het gezin. Indien deze doelen worden bereikt ligt het in lijn der verwachting dat de kans op een uithuisplaatsing afneemt. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens die sinds 2011 worden verzameld met de kwaliteitstoetsing ASH. Hiervoor geven gezinswerkers na afloop van elke behandeling aan in hoeverre er bij die behandeling voldaan is aan 14 kwaliteitscriteria, die afgeleid zijn uit de methodiek van ASH (Damen, 2017). Over de resultaten wordt (half)jaarlijks gerapporteerd aan alle locaties die ASH aanbieden en tevens lid waren van de vereniging Spoedhulp en vanaf 2020 lid zijn van het SEJN. Het doel is op die manier de kwaliteit van ASH te evalueren en te borgen, waarbij twee vragen centraal staan: wordt de interventie uitgevoerd zoals bedoeld en worden de doelen bereikt? Met de resultaten van de kwaliteitstoetsing kunnen locaties hun aanbod zo nodig intern verbeteren en extern verantwoorden.

In het hier gerapporteerde onderzoek zijn kwaliteitstoetsingsgegevens geanalyseerd van 6261 gezinnen die in de periode 2013-2019 ASH ontvingen bij 27 zorgaanbieders. De kwaliteitscriteria betroffen 11 uitvoeringscriteria, die aangaven in hoeverre de behandeling getrouw aan de uitgangspunten van ASH plaatsvond en drie uitkomstcriteria, die aangaven of ASH zijn doelen bereikte. Er bleek sprake van een hoge behandelingsgetrouwheid, gemiddeld werd aan 92% van de uitvoeringscriteria voldaan. Ook de doelbereiking bleek goed, gemiddeld werd aan 86% van de uitkomstcriteria voldaan. Indien aan zes of meer uitvoeringscriteria werd voldaan, nam per behaald criterium de kans op doelbereiking significant toe. Doelbereiking was gedefinieerd als het behalen van minimaal twee van de drie uitkomstcriteria. De uitvoeringscriteria 'zicht op de veiligheid in het gezin' en 'het evalueren van tussentijdse doelen' bleken de grootste invloed te hebben op de doelbereiking. Doelbereiking bleek ook een significante relatie te hebben met een afname van de adviezen tot uithuisplaatsing. Indien minimaal twee van de drie uitkomstcriteria bereikt werden, was de kans op een advies voor uithuisplaatsing meer dan drie keer kleiner, dan wanneer geen of slechts één van de uitkomstcriteria bereikt werden. Al met al kent ASH een hoge mate van behandelingsgetrouwheid en doelbereiking, hetgeen de kans op een advies tot uithuisplaatsing verkleint.

Deze resultaten zijn in lijn met eerder onderzoek naar Families First (FF), een andere in ons land aangeboden vorm van spoedhulp in het gezin (Damen & Veerman, 2013). Ook hier werd een hoge behandelingsgetrouwheid en doelbereiking vastgesteld. Eveneens werd hier een relatie tussen behandelingsgetrouwheid en doelbereiking aangetoond, zij het dat het bij FF om uithuisplaatsing ging en bij ASH om het behalen van twee van de drie hiervoor genoemde

uitkomstcriteria, die overigens indirect te relateren waren aan uithuisplaatsing. Van de twee uitvoeringscriteria met verreweg de sterkste relatie met de uitkomstcriteria ligt 'veiligheid is duidelijk' voor de hand, zonder dat kan er niet goed samengewerkt worden. 'Tussentijdse evaluatie van doelen' helpt om na te gaan in hoeverre men op de goede weg is en schept mogelijkheden voor tijdig bijsturen. Opvallend is dat dit ook in het FF-onderzoek belangrijk was. Zowel bij ASH als FF was er sprake van een dosis-respons relatie (Reynolds, 2004): hoe meer er aan de uitvoeringscriteria werd voldaan des te beter waren de uitkomsten. De resultaten zijn ook in lijn met ander onderzoek naar de relatie tussen behandelingsgetrouwheid en uitkomsten (Durlak & DuPre, 2008; Goense e.a., 2016). Ook het gegeven dat de relatie met doelbereiking significant werd bij het voldoen aan minimaal zes van de 11 uitvoeringscriteria (55%) komt nagenoeg overeen met de bevinding van Durlak en DuPre (2008) dat er positieve uitkomsten te verwachten zijn als een interventie voor 60% of meer is geïmplementeerd. Ondanks dat het voorkomen van een uithuisplaatsing niet het primaire doel is van ASH leveren de resultaten steun aan de in de Inleiding geuite veronderstelling dat ASH, net als FF, een bruikbare interventie is om uithuisplaatsingen terug te dringen. Dit komt niet alleen de betrokken jeugdigen en gezinnen ten goede, maar kan ook een bijdrage leveren aan het verzachten van de financiële problemen van gemeenten.

Alvorens enkele aanbevelingen te geven is het goed te wijzen op mogelijke tekortkomingen van het onderzoek. Ten eerste hebben lang niet alle Nederlandse zorgaanbieders die ASH aanbieden meegedaan aan de kwaliteitstoetsing (27 van de 33 deden mee). Bovendien is niet voor alle behandelde gezinnen na afloop de kwaliteitsmeting ingevuld, we schatten deze non-respons op 50%. Dit kan de representativiteit beïnvloeden. Van behandelingen waar de interventie niet op de reguliere wijze vormgegeven kon worden of eerder afgebroken werd is mogelijk geen kwaliteitsmeting ingevuld. Daar staat tegenover dat we over een grote steekproef van meer dan 6000 gezinnen konden beschikken, wat de kans op representativiteit vergroot. Ten tweede zijn de kwaliteitscriteria achteraf ingevuld vanuit het perspectief van de gezinswerker. Het kan zijn dat bij positieve uitkomstcriteria er ook positiever op de uitvoering wordt teruggekeken. Mogelijk heeft deze 'outcome bias', waarbij (het bereiken van) het doel (achteraf) de middelen heiligt, geleid tot een overschatting van het voldoen aan de uitvoeringscriteria. Dit is een reëel probleem. Ten derde is bij de bepaling van al dan niet uithuisgeplaatst zijn uitgegaan van het advies dat is gegeven voor vervolghulp. Er is niet gekeken of de jeugdige na afsluiting van ASH daadwerkelijk uit huis geplaatst werd. Dit is echter afhankelijk van eventuele wachtlijsten en besluitvorming bij opnemende instanties, waardoor ook dit criterium minder stevig is dan men zou willen. Hier is bij ASH nog geen onderzoek naar gedaan. Onderzoek bij FF liet zien dat een jaar na afsluiting 76% van jeugdigen thuis woont (Veerman & Tönjes, 2019).

Zowel voor praktijk en beleid als voor verder onderzoek is het aan te bevelen om een halfjaar of jaar na afloop van ASH uithuisplaatsingen van jeugdigen feitelijk vast te stellen. Hiermee kan nauwkeuriger dan in het huidige onderzoek mogelijk was nagegaan worden in hoeverre er na ASH sprake is van een uithuisplaatsing en wat de relatie hiervan met behandelingsgetrouwheid en doelbereiking is. Daarbij kan ook beter in beeld komen of en wanneer een uithuisplaatsing in het kader van ASH nodig is. Deze variant van ASH is in het huidige onderzoek buiten beschouwing gebleven. Verder onderzoek naar de verwijz- en aanmeldprocedure lijkt in dit verband wenselijk. Dit kan helpen vanaf het eerste contact het risico op een uithuisplaatsing vast te stellen en alvast te preluderen op hoe hiermee om te gaan. Bovendien bleek in het huidige onderzoek bij 4% van de gezinnen niet één van de vooraf gedefinieerde crisistypen te spelen. Het kan zijn dat er geen sprake was van een crisis en dat het aanbod van ASH niet op zijn plaats was, het kan ook zijn dat er een nog niet

omschreven crisis speelde. Tenslotte, maar zeker niet in de laatste plaats kunnen ervaringen van jeugdigen en hun ouders een zinvolle aanvulling zijn op het verkrijgen van zicht op de kwaliteit van ASH.

In dit onderzoek konden we gebruik maken van door gezinswerkers ingevulde kwaliteitsmetingen. Het verdient daarom aanbeveling de kwaliteitstoetsing voort te zetten en uit te breiden naar aanbieders die hier nog niet aan deelnemen. Daarbij verdient het ook aanbeveling de respons te verbeteren en in het verlengde hiervan de kwaliteitstoetsing verder in te bedden in het hulpverlenend handelen. Hiermee kan de waarde van de kwaliteitstoetsing voor praktijk en beleid vergroot worden. Op een microniveau kunnen uitkomsten bij individuele gezinnen in intervisie en supervisie benut worden ('Hoe is het gegaan? Wat kan beter?'). Op een mesoniveau kunnen uitkomsten van groepen gezinnen van een team of locatie halfjaarlijks besproken worden ('Wat zijn de trends? Hoe kunnen we de methodiek verbeteren?'). Door deze systematische reflectie op het werk wordt doorlopend zicht en grip gehouden op een behandelingsgetrouwe uitvoering en doelbereiking van ASH, wat uiteindelijk ten goede komt aan de jeugdigen en hun gezinnen, zij worden er beter door geholpen. Dat neemt niet weg dat er altijd ruimte dient te zijn om de methodiek aan te passen aan veranderingen in de doelgroep of aan nieuwe inzichten, en daar de kwaliteitstoetsing op aan te passen. Sowieso is het goed om bestaande kwaliteitscriteria regelmatig op inhoud en formulering te evalueren en zo nodig bij te stellen. Het verdient hierbij ook aanbeveling ASH en FF verder te integreren en dit in de kwaliteitscriteria te verwerken. Door ook hierover weer gegevens te verzamelen kunnen op macroniveau dergelijke aanpassingen getoetst worden. Op die manier wordt de kwaliteitstoetsing een levend en dynamisch onderdeel van de methodiek dat op verschillende niveaus leidt tot behouden van wat goed is en vernieuwen wat nodig is.

## Literatuurlijst

- Al, C.M.W. (2012). *Family crisis intervention*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Al, C. M. W., Stams, G. J. J. M., Bek, M. S., Damen, E. M., Asscher, J. J., & Van der Laan, P. (2012). A metaanalysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*, 34, 1472-1479.
- Al, C.M.W., Stams, G.J.J.M., Asscher, J.J., & Van der Laan, P.H. (2014). A programme evaluation of the Family Crisis Intervention Program (FCIP): relating programme characteristics to change. *Child and Family Social Work*, 19, 225-236.
- Bakker, K, Berger, M, Jagers, H., & Slot, W. (2000). *Begin in het gezin. Theorie en praktijk van crisishulp aan huis*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Batterink, M., Geurts, B., Reitsma, J., & Tazelaar, P (2019). *Analyse volume jeugdhulp, Eindrapport*. Den Haag: Ministerie van VWS. Opgehaald van <https://jeugdmonitor.cbs.nl/sites/default/files/2019-04/J-189822%20B.pdf>
- CBS (2020). *Kerncijfers over de jeugdzorg*. Opgehaald van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84134NED/table?ts=1588237303832>
- Damen, H. (2017). *Evaluatie kwaliteitstoetsing Families First en Ambulante Spoedhulp. Empirische input voor de expertbijeenkomst*. Nijmegen: Praktikon.
- Damen, H., & Veerman, J.W. (2013). Voorkomen van uithuisplaatsing bij Families First door behandelingsgetrouw handelen. *Kind en Adolescent*, 34, 147-164.
- 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 of Community Psychology*, 41, 27-350.
- Eijgenraam, K., Vugt, M. van, & Berger, M. (2007). *Ambulante Spoedhulp Jeugdzorg. Methodebeschrijving van een generieke module voor ambulante crisishulp aan jeugdigen en ouders*. Utrecht/ Woerden: Nederlands Jeugdinstituut en Adviesbureau Van Montfoort.
- Goense, P.B., Assink, M., Stams, G.J., Boendermaker, L., & Hoeve, M. (2016). Making 'what works' work: A meta-analytic study of the effect of treatment integrity on outcomes of evidence-based interventions for juveniles with antisocial behavior. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 106-115.
- Kemper, A. (2004). *Intensieve vormen van thuisbehandeling: Doelgroep, werkwijze en uitkomsten*. Academisch proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Philipsen, M., De Meyer, R., & Golbach, M. (2020). *Kwaliteitsmeting. Ambulante Spoedhulp (ASH) en Families First (FF). Resultaten kwaliteitsmeting tweede helft 2019*. Nijmegen: Praktikon. Opgehaald van <https://www.praktikon.nl/projecten/kwaliteitsmetingen-spoedhulp-jeugd>
- Reynolds, A.J. (2004). Research on early childhood interventions in the confirmatory mode. *Children and Youth Services Review*, 26, 15-38.
- Richtlijnen Jeugdhulp (2019). *Uithuisplaatsing*. Opgehaald van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/uithuisplaatsing>.
- Rossi, P.H., Lipsey, M.W., & Freeman, H.E. (2004). *Evaluation. A systematic approach* (7<sup>th</sup> Ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Steege, M. van (2015). *Ambulante Spoedhulp. Methodebeschrijving van een generieke module voor ambulante crisishulp aan jeugdigen en ouders*. Zeist: Vereniging Spoedhulp Jeugd.



- Veerman, J.W., & Damen, H. (2005). Kwaliteitstoetsing *Families First*: Het goede goed doen en dat ook laten zien. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 44, 195-205.
- Veerman, J.W. & Tönjes, H. (2019). Families First: een geschiedenis van praktijk en onderzoek. In J. Knot-Dickscheit & E.J. Knorth (Eds.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk* (pp. 206-230). Rotterdam: Lemniscaat.
- Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp. Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25, 176-196.

## Appendix - Uitwerking van de drie regressiemodellen

### Model 1

$$\log\left[\frac{p_{\text{uitkomst}}}{1-p_{\text{uitkomst}}}\right] = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_{10} x_{10} + \varepsilon$$

waarbij,

$p_{\text{uitkomst}}$ : voldaan aan minimaal twee van de drie uitkomstcriteria: een situatie in het gezin (1) waarbij de crisis is opgeheven, (2) die voldoende veilig is voor het kind, en (3) waarbij de basisroutines tegemoet komen aan de behoeften en ontwikkelingstaken van het kind ('0' niet voldaan en '1' wel voldaan aan minimaal twee uitkomstcriteria).

$p_{\text{uitkomst}}$ : kans dat aan minimaal twee uitkomstcriteria wordt voldaan (score '1').

$p_{\text{uitkomst}}$ : kans dat hieraan niet wordt voldaan (score '0').

$\beta_0$ : constante (referentiecategorie: aan 1 van de 11 aspecten van behandelingsgetrouwheid voldaan).

$x_1$  t/m  $x_{10}$  ('0' nee en '1' ja):  $x_1$  voldaan aan 2 van de 11 aspecten van behandelingsgetrouwheid? t/m  $x_{10}$  voldaan aan alle 11 aspecten?

$\varepsilon$ : foutterm.

Vanuit model 1 is vervolgens een kansmodel opgesteld:

$$p_{\text{uitkomst}} = \frac{e^{(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_{10} x_{10})}}{e^{(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_{10} x_{10})} + 1} * 100\%$$

Door het bovenstaande kansmodel steeds te berekenen voor de situatie dat aan één van de elf uitkomstcriteria is voldaan tot en met de situatie dat aan alle elf uitkomstcriteria is voldaan en de resultaten (kansuitspraken) achter elkaar te zetten, krijgen we een kanspatroon waaraan we kunnen zien of de kans op het behalen van de gewenste uitkomst inderdaad toeneemt, naarmate er aan meer uitvoeringscriteria wordt voldaan.

### Model 2

$$\log\left[\frac{p_{\text{uitkomst}}}{1-p_{\text{uitkomst}}}\right] = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_{10} x_{10} + \varepsilon$$

waarbij,

$p_{\text{uitkomst}}$ : voldaan aan minimaal twee van de drie uitkomstcriteria: een situatie in het gezin (1) waarbij de crisis is opgeheven, (2) die voldoende veilig is voor het kind, en (3) waarbij de basisroutines tegemoet komen aan de behoeften en ontwikkelingstaken van het kind ('0' niet voldaan en '1' wel voldaan aan minimaal twee uitkomstcriteria).

$p_{\text{uitkomst}}$ : kans dat aan minimaal twee uitkomstcriteria wordt voldaan (score '1').

$p_{\text{uitkomst}}$ : kans dat hieraan niet wordt voldaan (score '0').

$\beta_0$ : constante.

$x_1$  t/m  $x_{11}$  ('0' niet voldaan en '1' wel voldaan):  $x_1$ =voldaan aan het behandelingsaspect Snelheid start,  $x_2$ =Startplan,  $x_3$ =Beeld draaglast/draagkracht,  $x_4$ =Beeld sociaal netwerk,  $x_5$ =Beeld veiligheid,  $x_6$ =Veiligheid besproken,  $x_7$ =Tussenevaluatie,  $x_8$ =Vervolghulp,  $x_9$ =Doevaluatie,  $x_{10}$ =Beeld situatie einde,  $x_{11}$ =Werkbegeleiding.

$\varepsilon$ : foutterm.

### Model 3

$$\log\left[\frac{p_{\text{uitkomst}}}{1-p_{\text{uitkomst}}}\right] = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \varepsilon$$

waarbij,

$p_{\text{uitkomst}}$ : Uithuisplaatsing of niet. Gebaseerd op het advies voor vervolghulp. Indien er sprake was van pleegzorg, opname in het netwerk of een instelling voor jeugdhulp is dit als uithuisplaatsing gecodeerd. De overige adviezen (geen hulp, ambulant) zijn als thuiswonend gecodeerd.

$p_{\text{uitkomst}}$ : kans op uithuisplaatsing (score '1').

$p_{\neq\text{uitkomst}}$ : kans op thuiswonend (score '0').

$\beta_0$ : constante,

$x_1$ : doelbereiking: voldaan aan minimaal twee van de drie uitkomstcriteria: een situatie in het gezin (1) waarbij de crisis is opgeheven, (2) die voldoende veilig is voor het kind, en (3) waarbij de basisroutines tegemoet komen aan de behoeften en ontwikkelingstaken van het kind ('0' niet voldaan en '1' wel voldaan aan minimaal twee uitkomstcriteria)

$x_2$ : behandelingsgetrouwheid: mate waarin aan de volgende 11 uitvoeringscriteria is voldaan: Snelheid start; Startplan; Beeld draaglast/draagkracht; Beeld sociaal netwerk; Beeld veiligheid; Veiligheid besproken; Tussenevaluatie; Vervolghulp; Doeevaluatie; Beeld situatie einde; Werkbegeleiding.

$\varepsilon$ : foutterm.

## Colofon

Praktikon BV is een zelfstandige en onafhankelijke organisatie voor onderzoek en ontwikkeling in de jeugdzorg en onderwijsgerelateerde zorg. Praktikon wil instellingen voor jeugdzorg en scholen voor speciaal onderwijs helpen hun werk bij de aanpak van opgroei- en opvoedingsproblemen zo goed mogelijk te doen. Praktikon hoopt hiermee een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van het werk en aan het verantwoorden hiervan. Vanuit deze doelstellingen wordt samengewerkt met de Radboud Universiteit Nijmegen en entrea lindhout, een organisatie voor specialistische jeugdhulp in Gelderland.

### Over de auteurs

Dr. Ronald De Meyer is senior onderzoeker bij Praktikon. Zijn onderzoeksgebied is evaluatie van jeugdzorginterventies.

Marsha H.L. Philipsen, Msc is onderzoeker bij Praktikon. Haar onderzoeksgebied is praktijkgericht onderzoek in jeugdzorg en implementatie van datagestuurde werken.

Drs. Harm Damen is programmaleider Onderzoek en Innovatie bij Pactum en senior onderzoeker bij Praktikon. Zijn werk concentreert zich rond het thema Organisatie en Implementatie van Jeugdzorg.

Prof. dr. J.W. (Jan Willem) Veerman is emeritus hoogleraar aan de Radboud Universiteit Nijmegen en voormalig directeur van Praktikon.