



Foto: Martine Sprangers

Effectieve zorg voor jongeren met ernstige gedragsproblemen

Doorgaande zorg na Jeugdzorg^{Plus}

Door Marjan de Lange, Coleta van Dam, Coen Dresen, Esther Geurts en Erik Knorth

Jongeren met ernstige gedragsproblemen die zich structureel onttrekken aan hulp kunnen sinds een aantal jaren gedwongen geplaatst worden in een voorziening voor Jeugdzorg^{Plus}. Het toerusten van deze jongeren voor deelname aan de samenleving vraagt echter om zorg die verder reikt dan de behandeling in Jeugdzorg^{Plus}. Om de behandelresultaten te laten bekijken, is niet slechts nazorg maar langdurig doorgaande zorg nodig.

Jongeren met ernstige gedragsproblemen vertonen lastig, opstandig, ongehoorzaam en agressief gedrag. Ernstige gedragsproblemen ontstaan vaak door een langdurige interactie tussen factoren in het kind en risico- en beschermende factoren in de omgeving. Uit onderzoek is bekend dat kinderen met bijvoorbeeld een moeilijk temperament veel opvoedingsinspanning vereisen. Kind en ouders kunnen dan in een negatieve spiraal raken van dwingend gedrag, straffen, nog dwingender negatief gedrag en nog meer straffen (Reid en anderen, 2002). Ook lopen kinderen met een moeilijk temperament meer risico op sociale uitsluiting door leeftijdgenoten, met als gevolg dat zij eerder aansluiting zoeken bij andere deviante leeftijdgenoten, waardoor hun gedragsproblemen versterkt worden (Dishion en Dodge, 2005).

Uit onderzoek komen ook andere factoren naar voren die bijdragen aan het ontstaan van gedragsproblemen. Zo kampen jongeren met ernstige gedragsproblemen soms met een verstoorde sociale waarneming. Daardoor interpreteren ze gedrag van anderen vaker als vijandig en reageren ze agressief (Orobio de Castro en anderen, 2002).

Uit onderzoek onder 514 Nederlandse jongeren met ernstige gedragsproblemen blijkt dat zij doorgaans direct reageren en zich impulsief

gedragen. Ze willen onmiddellijk hun behoeften bevredigd zien. Ze gebruiken vaak softdrugs en alcohol, waardoor hun opstandige en agressieve gedrag verder wordt versterkt (Van Dam en anderen, 2010).

Deze jongeren groeien vaak op in disfunctionele gezinnen. Hun ouders beschikken niet over adequate opvoedingsvaardigheden of hebben psychische of psychiatrische problemen. In veel gevallen is sprake geweest van onveiligheid of wisselingen in de opvoedings-situatie. De gezinnen komen vaak uit de lagere sociaaleconomische klasse, de relatie tussen ouders en kind is ernstig verstoord, er zijn veel conflicten en er zijn gezagsproblemen.

Ook op school zijn er vaak veel problemen. De schoolresultaten zijn slecht, jongeren spijbelen veelvuldig en hebben problemen met leraren en klasgenoten. De kans op schooluitval is daardoor groot. Vanwege hun deviante, afwijkende gedrag maken jongeren vaak deel uit van een risicovolle vriendengroep, met jongeren die hetzelfde gedrag vertonen (Van Dam en anderen, 2010).

Jongeren met ernstige gedragsproblemen disfunctioneren dus vaak op verschillende leefgebieden. Hun probleemgedrag kan uitgroeien tot een stoornis. Zo ontwikkelen ze vaak een gedragsstoornis, een oppositionele gedragsstoornis of een posttraumatische stressstoornis. Daarnaast hebben ze vaak bijkomende problemen als een angst- of een depressieve stoornis, middelenmisbruik of een lichte verstandelijke beperking (Harder en anderen, 2006; Van Dam en anderen, 2010; Van den Toorn en anderen, 2010).

De 17-jarige Carmen heeft ADHD. Dat uit zich met name in impulsiviteit. Lange tijd ging het goed met Carmen. Haar ouders gaven haar de begeleiding die ze nodig had en kregen veel steun van de familie. Daarnaast kregen ze ambulante gezinsbegeleiding en had Carmen extra ondersteuning op school.

In de puberteit gaat Carmen experimenteren. Ze trekt op met jongeren die blowen en gedragsproblemen hebben. Carmen komt regelmatig in de problemen. Ze wordt van school geschorst, belandt een keer in het ziekenhuis door drank- en drugsgebruik en wordt betrap op winkeldiefstal.

Het gezin krijgt MultiSysteemTherapie (MST), met goede resultaten. Maar dan overlijdt Carmens moeder bij een verkeersongeval. Haar vader kan de zorg voor Carmen niet alleen dragen. Ze wordt onder toezicht gesteld en gaat bij haar grootmoeder wonen. Carmen ontwikkelt gedragsproblemen, strijdt met haar grootmoeder over de regels in huis en accepteert ook op school geen gezag. Ze wordt verwijderd van school, waarna ze hele dagen op straat rondhangt. De spanningen lopen zo hoog op dat Carmen nachtenlang niet thuis komt. De politie vindt haar in een loverboycircuit. Carmen krijgt een machtiging voor gesloten plaatsing.

Plaatsing in Jeugdzorg^{Plus}

Binnen de jeugdzorg zijn jongeren met ernstige gedragsproblemen te vinden in intensieve ambulante behandelprogramma's zoals Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG), MultiSysteemTherapie (MST) en *Functional Family Therapy* (FFT), maar vooral in residentiële voorzieningen voor jeugd- en opvoedhulp, de jeugd-ggz en de justitiële jeugdzorg.

Sommige jongeren met ernstige gedragsproblemen onttrekken zich echter structureel aan hulp, door bijvoorbeeld weg te lopen uit een leefgroep, zich niet aan behandelafspraken te houden of zich ongemotiveerd op te stellen in de behandeling. Vaak hebben ze al een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug van ambulante zorgvormen, pleegzorgplaatsingen en residentiële plaatsingen. Een gesloten fase van zorg, waarin ze zich niet kunnen onttrekken aan hulp, is vaak nodig om een 'herstart' te maken in het zorgtraject (Harder en anderen, 2006; Van Dam, 2010).

Voor deze groep bestaat sinds 2005 de mogelijkheid tot een tijdelijke gedwongen residentiële behandeling, op basis van een machtiging tot gesloten plaatsing: Jeugdzorg^{Plus}. Van de 110 duizend kinderen en jongeren die in 2010 hulp kregen in de jeugdzorg waren er drieduizend – 2,7 procent – geplaatst in Jeugdzorg^{Plus} (Jeugdzorg Nederland, 2011).

Ingrediënten van effectieve zorg

Voor hun 'herstart' hebben deze jongeren om te beginnen residentiële jeugdzorg nodig, die orthopedagogische basiszorg, in de vorm van zorg en opvoeding, combineert met behandeling, via op gedragsverandering gerichte interventies (Boendermaker en anderen, 2010; De Lange en anderen, 2011).

Naast bed, bad, brood en bescherming omvat orthopedagogische basiszorg een leefklimaat waarin pedagogisch medewerkers en leerkrachten een goede balans vinden tussen controle en flexibiliteit. Uit het promotieonderzoek van Peer van der Helm blijkt dat een goed leefklimaat de behandelmotivatie, empathie en interne *locus of control* bevordert en agressie vermindert. Promotieonderzoek van Annemiek Harder toont aan dat jongeren die de pedagogisch medewerkers ervaren als steunpilaar op wie zij altijd een beroep kunnen doen, tevredener zijn over de zorg (Van der Helm, 2011; Harder, 2011).

De behandeling van jongeren met ernstige gedragsproblemen

omvat idealiter vijf componenten, blijkt uit onderzoek (Boendermaker en anderen, 2010; Boendermaker en Ince, 2010).

- Cognitieve gedragstherapie, met een hoge intensiteit en lange duur, geboden in individueel en groepsverband;
- Training of therapie voor de ouders, bijvoorbeeld met MST, FFT of *Multi-Dimensional Family Therapy* (MDFT);
- Scholing, gericht op het verkrijgen en behouden van werk;
- Individuele begeleiding, individuele aandacht en ondersteuning;
- Gedragstherapeutische programma's op de leefgroep, gericht op het bekrachtigen van adequaat gedrag, het aanleren van nieuwe vaardigheden en het ombuigen van ongewenst gedrag. Feedbacksystemen moeten niet alleen gericht zijn op het verdienen van punten, maar vooral op het geven van inhoudelijke feedback. Het meest geschikt zijn kleine leefgroepen met een gestructureerde aanpak.

Continuïteit van zorg

Aangezien veel van deze jongeren al een lange hulpgeschiedenis hebben, met wisselingen van verblijfplaats en hulpsoort, is het belangrijk dat het zorgtraject continuïteit biedt. Dat is een voorwaarde voor resultaten die beklijven.

Continuïteit van zorg is een lastige taak, omdat uit verschillende studies blijkt dat jongeren regelmatig voortijdig of ongepland vertrekken uit de instelling, ook in een gesloten setting zoals Jeugdzorg^{Plus}. Het percentage voortijdige beëindigingen schommelt tussen circa 20 en 35 procent (Boendermaker & Uit Beijerse, 2008; Van Dam en anderen, 2010).

Het risico op voortijdige beëindiging neemt toe bij jongeren die een geschiedenis hebben van weglopen en spijbelen, die een relatief hoge delictfrequentie kennen, en die vóór opname al meerdere verblijfplaatsen en hulpverleners hebben meegemaakt. In de literatuur wordt dan ook de suggestie gedaan om het functioneren en de gedragsontwikkeling van jongeren tijdens het 24-uursverblijf goed te volgen en alert te zijn op signalen dat jongeren willen weglopen (Geurts en anderen, 2010; Huefner en anderen, 2010; Sällnass en anderen, 2004).

Om de kans op continuïteit van zorg te vergroten is een goede verblijfsomgeving tijdens en na de residentiële behandeling nodig. De behandeling moet de jongere voorbereiden op de situatie na de behandeling en aandacht besteden aan het informele sociale netwerk waarop de jongere dan een beroep kan doen. Daarnaast is tijdens en

na de residentiële behandeling gerichte aandacht nodig voor ouders, broers, zussen en overige familieleden, moeten de jongeren doorgaande begeleiding krijgen bij hun opleiding, en is een goede band met een sleutelfiguur in het leven van de jongere – een familielid, partner, buurman, sporttrainer of familielid van de partner – van groot belang (Geurts, 2010; Ten Brummelaar en anderen, 2011).

Drie groepen zorgverlaters

Voor de wijze waarop jongeren de zorg – in deze context het residentiële deel van een Jeugdzorg^{Plus}-traject – verlaten, wordt steeds vaker in de literatuur gerefereerd aan een indeling van de Engelse hoogleraar Mike Stein. Hij onderscheidt drie verschillende groepen (Stein, 2006).

- De eerste groep, *those moving on*, heeft baat gehad bij de zorg. Deze jongeren komen vrij ‘normaal’ uit het zorgproces. Ze beschikken over de veerkracht om de eisen die het leven aan hen stelt vaardig tegemoet te treden.
- De tweede groep, de *survivors*, ondervindt meer moeilijkheden bij en na het verlaten van de zorg. Al tijdens het verblijf in de instelling ervaren *survivors* meer instabiliteit in het zorgproces en behalen ze minder vaak arbeids- en scholingskwalificaties. Deels door de steun van een sociaal netwerk kunnen ze zich toch redden.
- De laatste groep, de *strugglers*, ervaart tijdens en na het verlaten van de zorg veel moeilijkheden. *Strugglers* hebben merendeels een zeer problematische opvoedingssituatie gehad en kampen met ont-hechting. Ze kennen veel emotionele en gedragsproblemen, die tot ver in hun volwassen jaren kunnen optreden.

Duidelijk is dat de laatste groep blijvend aangewezen is op ondersteuning en zorg. De *strugglers* redden het anders niet. Maar ook voor *those moving on* en de *survivors* geldt dat de resultaten van hun residentiële behandeling onder druk komen te staan als ze zich daarna zonder verdere begeleiding staande moeten houden. Wel kan de begeleiding voor hen korter en minder intensief zijn dan voor *strugglers*.

Een treffend voorbeeld is een recente bevinding uit een Engels onderzoek onder jongeren met ernstige gedragsproblemen die in zogenaamde *Multidimensional Treatment Foster Care* (MTFC) zijn geplaatst. Zodra de pleegzorgplaatsing en de daarmee gepaard gaande extra behandel mogelijkheden waren beëindigd, verdwenen bij veel jongeren de behaalde resultaten en vielen zij terug in hun oude gedrag (Biehal en anderen, 2011).

Naarmate jongeren langer adequate zorg en hulp krijgen, nemen hun kansen op maatschappelijk acceptabel gedrag en functioneren toe, zo blijkt uit verschillende internationale studies (Stein en Munro, 2008). Daarom is de behandeling in aansluiting op Jeugdzorg^{Plus} beter te typeren als ‘dóórgaande zorg’ in plaats van het veelgebruikte ‘ná zorg’. Doorgaande zorg is zorg die doorgaat na de gesloten jeugdzorgfase, waarbij voor een langere duur residentiële zorg of intensieve ambulante gezinszorg wordt ingezet. Breuken in de hulp moeten zoveel mogelijk voorkomen worden.

Effectieve zorg in de praktijk

Medewerkers van Jeugdzorg^{Plus}-instellingen onderstrepen het belang van werkzame ingrediënten voor effectieve zorg. In een verkennend onderzoek onder gedragswetenschappers en beleidsmedewerkers van zes Jeugdzorg^{Plus}-instellingen noemen zij bevorderende en belemmerende factoren die invloed hebben op de effectiviteit en de continuïteit van de zorg (Van den Toorn en anderen, 2010).

Bevorderende factoren

Volgens de medewerkers bevordert het werken met een dagelijks feedbacksysteem voor jongeren, zoals bijvoorbeeld uitgewerkt door Slot en Spanjaard (1999), een positief leefklimaat en een positieve werkrelatie. Voorwaarde daarbij is wel dat het systeem ‘programma-integer’ wordt uitgevoerd.

Het werken met een gefaseerde opbouw van vrijheden en verantwoordelijkheden werkt daarnaast bevorderend voor de behandel-motivatie. Ook achten de respondenten een beperkte groeps-grootte gunstig voor een adequaat leefklimaat en een positieve werkrelatie. De medewerkers gaan uit van een gewenste groeps-grootte van zes tot acht jongeren, net als onderzoekers (Boendermaker en anderen, 2010; De Lange en anderen, 2010). Verder noemen medewerkers het werken in kleine groepen in het onderwijs – vier jongeren – en een dagelijks overdrachtsgesprek tussen leerkrachten en groeps-werkers als factoren die een positieve invloed hebben op de continuïteit van de zorg.

Voor verbetering van de effectiviteit van Jeugdzorg^{Plus} en door-gaande zorg zijn volgens de medewerkers verdere investeringen nodig in (Van den Toorn en anderen, 2010):

- Blijvende aandacht voor het bevorderen van een kwalitatief goed leefklimaat en positieve onderlinge werkrelaties, door supervisie van pedagogisch medewerkers;

- Een grotere beschikbaarheid en meer inzet van individuele interventies, in het bijzonder cognitieve gedragstherapie, en gezinsinterventies;
- Gezamenlijke invulling van en verantwoordelijkheid voor het dagprogramma gedurende zowel school- als vakantieweken door leerkrachten en groepswerkers;
- Realisatie van passende vervolgmogelijkheden na residentiële behandeling op het gebied van onderwijs, werk en arbeidstoeleiding;
- Verdere samenwerking tussen instellingen voor jeugd- en opvoedhulp, de jeugd-ggz, de justitiële jeugdzorg, zorg voor jeugd met een lichte verstandelijke beperking en verslavingszorg, onder andere in de vorm van regie-afspraken, en een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor 'doorgaande zorg'.

Belemmerende factoren

Het realiseren van een kwalitatief goed leefklimaat en een goede werkrelatie tussen pedagogisch medewerkers en jongeren wordt negatief beïnvloed door zowel het gedrag van de jongeren als de residentiële zorgcontext. De beperkte motivatie, het beperkte zelfinzicht en het opstandige en vijandige gedrag van jongeren roepen bij pedagogisch medewerkers gemakkelijk een beheersmatige benadering op, die juist een averechts effect heeft op effectiviteit van de zorg. Annemiek Harder en Peer van der Helm pleiten dan ook voor het continu trainen van pedagogisch medewerkers, om programma-integriteit te bewerkstelligen in de orthopedagogische behandeling en een eenzijdig controlerende en restrictieve aanpak tegen te gaan (Harder, 2011; Van der Helm, 2011).

De uitvoering van individuele en gezinsinterventies wordt vaak bemoeilijkt door logistieke factoren, zoals wachttijden door een beperkte beschikbaarheid van daartoe toegeruste medewerkers. Daarbij speelt mee dat er geen integraal bekostigingssysteem is voor deze doelgroep. Wanneer een interventie nodig is uit een andere sector met een eigen financiering, bijvoorbeeld de jeugd-ggz, moet die apart worden aangevraagd. Lang wachten op hulp gaat ten koste van de behandelmotivatie van jongeren en hun gezin.

In dit nummer van *Jeugd en Co Kennis* gaat Netty Jongepier nader in op het creëren van een goed pedagogisch klimaat in de gesloten jeugdzorg. Zie pagina 19 en verder.

Verder heeft de duur van de rechterlijke machtiging tot gesloten plaatsing invloed op de continuïteit van de zorg. Met een machtiging voor drie maanden zitten jongeren hun tijd uit zonder te investeren in hun behandeling. Wordt de machtiging vervolgens verlengd, bijvoorbeeld omdat er geen zichtbare vooruitgang is geboekt, dan zijn de jongeren teleurgesteld. Zo gaan kostbare maanden verloren.

Wanneer er wel een gedragsverandering optreedt en de machtiging tot gesloten plaatsing daarom niet wordt verlengd, bestaat het risico dat de resultaten snel verloren gaan. Na beëindiging van hun opname kunnen jongeren zich opnieuw onttrekken aan de zorg.

Verder kan beëindiging van een machtiging in de loop van het schooljaar tot gevolg hebben dat jongeren van school moeten wisselen of moeten wachten tot het nieuwe schooljaar voor ze weer naar school kunnen. Ook dat leidt tot een breuk in de zorg.

Hoogleraar familierecht Paul Vlaardingerbroek pleit dan ook voor onderzoek naar de mogelijkheid van een voorwaardelijke machtiging tot plaatsing in Jeugdzorg^{Plus}, waarbij deelname aan doorgaande zorg een voorwaarde is voor beëindiging van de machtiging (Vlaardingerbroek, 2011).

Ten slotte vraagt doorgaande zorg om een heldere regie. Wanneer de jongere, diens ouders, de gezinsvoogdijwerker en de behandelaars van verschillende betrokken instanties verschillende visies hebben op de beste invulling van de zorg is de kans op breuken groot. Effectieve doorgaande zorg vraagt derhalve om goede afspraken over de regievoering tijdens de uitvoering. Het afgeven van een voorwaardelijke machtiging vereist daarnaast dat de regievoerder consistent en consequent toeziet op de naleving van de gestelde voorwaarden.

Monitor

Hoewel er al veel kennis is over de behandeling van gedragsstoornissen, vraagt de verdere invulling van doorgaande zorg voor de verschillende typen zorgverlaters – *those moving on, survivors* en *strugglers* – om uitwerking.

De monitor waarmee de Jeugdzorg^{Plus}-instellingen het traject van de jongeren tijdens en na hun verblijf in de 24-uurszorg volgen, kan daarbij goede diensten bewijzen. Die monitor kan vragen beantwoorden als ‘Zijn de drie typen zorgverlaters al herkenbaar tijdens het verblijf?’, ‘Uit welke elementen bestaat doorgaande zorg voor de

drie subtypen?’ en ‘Wat zijn de uitkomsten van verschillende vormen van doorgaande zorg?’

Verder moet duidelijk worden hoe continuïteit van zorg te realiseren is, welke juridische obstakels daarbij opduiken en hoe die weggenomen kunnen worden. Ook moet onderzocht worden welk effect voorwaardelijke en kortere of langere machtigingen hebben op de continuïteit van zorg en op de resultaten op langere termijn. Systematische aandacht voor dit soort vragen zal bijdragen aan een optimale inrichting van doorgaande zorg voor jongeren met ernstige gedragsproblemen.

Dit artikel is mede gebaseerd op onderzoek van Leonieke Boendermaker, Mijntje ten Brummelaar, Annemiek Harder, Karin Nijhof, Ron Scholte, Saskia van den Toorn en Jan Willem Veerman.

Dit artikel is, net als de andere artikelen in dit nummer, gratis te downloaden via www.jeugdenco.nl > Kennis > Jaargang 2011 > No 4/2011.

Verder lezen

- Biehal, N., Ellison, S. & Sinclair, I. (2011). Intensive fostering. An independent evaluation of MTFC in an English setting. *Children and Youth Services Review*, jaargang 33, nummer 10, pagina 2043-2049.
- Boendermaker, L. & Ince, D. (2010). *Wat werkt bij jongeren met gedragsstoornissen?* Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
- Boendermaker, L., Rooijen, K. van & Berg, T. (2010). *Residentiële jeugdzorg. Wat Werkt?* Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
- Boendermaker, L. & Beijerse, J. uit (2008). *Opvoeding en bescherming achter 'trali's'. Jeugd-inrichtingen tussen juridische beginselen en pedagogische praktijk.* Amsterdam, Uitgeverij SWP.
- Brummelaar, M.D.C. ten, Boendermaker, L., Harder, A.T. & Knorth, E.J. (2011). *JeugdzorgPlus. Trajectzorg voor jongeren met ernstige gedragsproblemen.* Groningen, Uitgeverij Stichting Kinderstudies.
- Dam, C. van (2010). *Trajecten JeugdzorgPlus. Kort verslag van een nadere analyse op de gegevens van Evaluatieonderzoek Nieuw Zorgaanbod.* Nijmegen, Praktikon.
- Dam, C. van, Nijhof, K., Scholte, R. & Veerman, J.W. (2010). *Evaluatie Nieuw Zorgaanbod. Gesloten jeugdzorg voor jongeren met ernstige gedragsproblemen.* Nijmegen, Praktikon/Radboud Universiteit Nijmegen.
- Dishion, T.J. & Dodge, K.A. (2005). Peer Contagion in Interventions for Children and

- Adolescents. Moving Towards an Understanding of the Ecology and Dynamics of Change. *Journal of Abnormal Child Psychology*, jaargang 33, nummer 3, pagina 395-400.
- Geurts, E.M.W., Lekkerkerker, L., Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (2010). *Over verandering gesproken. Op weg naar meer zicht op effectiviteit van de jeugdzorgpraktijk*. Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
- Geurts, E.M.W. (2010). *Ouders betrekken in de residentiële jeugdzorg. Een onderzoek naar inhoud en uitkomsten van contextgerichte hulpverlening*. Antwerpen/Apeldoorn, Garant.
- Harder, A.T. (2011). *The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care* (proefschrift). Groningen, Rijksuniversiteit Groningen.
- Harder, A.T., Knorth, E.J. & Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam, Uitgeverij SWP.
- Helm, P. van der (2011). *First do no harm. Living group climate in secure juvenile correctional institutions* (proefschrift). Amsterdam, Uitgeverij SWP.
- Huefner, J.C., James, S., Ringle, J., Thompson, R.W. & Daly, D.L. (2010). Patterns of movement for youth within an integrated continuum of residential services. *Children and Youth Services Review*, jaargang 32, nummer 6, pagina 857-864.
- Jeugdzorg Nederland (2011). *Brancherapportage Jeugdzorg 2010*. Utrecht, Jeugdzorg Nederland.
- Lange, M. de e.a. (2011). Verzorging en opvoeding in de residentiële jeugdzorg. *Jeugd en Co Kennis*, jaargang 5, nummer 2, pagina 40-50.
- Lange, M. de, Eijgenraam, K. & Baat, M. de (2010). *Effect en kwaliteit vereisen interventies, hulpverleners en tijd. Een verkennend onderzoek naar een inhoudelijke onderbouwing van de normprijzen van residentiële zorg in de provincie Noord-Brabant*. Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
- Orobio de Castro, B., Veerman, J.W., Bons, E. & De Beer, L. (2002). *Kansen Gekeerd? Criminaliteitspreventie door vroegtijdige signalering en gezinsondersteuning*. Duivendrecht/Utrecht, PI Research/Universiteit Utrecht.
- Reid, J.B., Patterson, G.R. & Snyder, J. (2002). *Antisocial Behavior in Children and Adolescents. A Developmental Analysis and Model for Intervention*. Washington, APA Books.
- Sällnass, M., Vinnerljung, B. & Kyhle-Westermarck, P. (2004). Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. *Child and Family Social Work*, jaargang 9, nummer 2, pagina 141-152.
- Slot, N.W. & Spanjaard, H.J.M. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn, Intro.
- Stein, M. (2006). Research review: Young people leaving care. *Child and Family Social Work*, jaargang 11, nummer 3, pagina 273-279.
- Stein, M. & Munro, E.R. (red.) (2008). *Young People's Transitions from Care to Adulthood. International Research and Practice*. London/Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.
- Toorn, S. van, Geurts, E.M.W. & Lange, M. de (2010). *Een eerste verkenning van JeugdzorgPlus trajecten. Eindverslag* (interne publicatie). Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
- Vlaardingebroek, P. (2011). *Intensieve zorgtrajecten. Een stap naar integrale zorg* (presentatie tijdens studiemiddag over JeugdzorgPlus, 17 juni 2011. Breda, Tender.

Marjan de Lange (M.deLange@nji.nl) is adviseur bij de afdeling Jeugdzorg & Opvoedhulp van het Nederlands Jeugdinstituut.

Coleta van Dam (C.vanDam@acsw.ru.nl) is onderzoeker bij Praktikon.

Coen Dresen (c.dresen@tenderjeugdzorg.nl) is bestuurder bij Tender en portefeuillehouder effectiviteit & onderzoek van JeugdzorgPlus.

Esther Geurts (esther.geurts@nji.nl) is adviseur bij de afdeling Jeugdzorg & Opvoedhulp van het Nederlands Jeugdinstituut.

Erik Knorth (E.J.Knorth@rug.nl) is hoogleraar Orthopedagogiek, in het bijzonder de jeugdzorg, aan de Rijksuniversiteit Groningen.