university of groningen

umcg

University of Groningen

Therapeutische residentiële hulp voor kinderen en jongeren

Whittaker, James K.; Holmes, Lisa; del Valle, Jorge F.; Ainsworth, Frank; Andreassen, Tore; Anglin, James P.; Bellonci, Christopher; Berridge, David; Bravo, Amaia; Canali, Cinzia

Published in:
Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Final author's version (accepted by publisher, after peer review)

Publication date:
2017

Link to publication in University of Groningen/UMCG research database

Citation for published version (APA):
Whittaker, J. K., Holmes, L., del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J. P., Bellonci, C., Berridge, D., Bravo, A., Canali, C., Courtney, M. E., Currey, L., Daly, D. L., Gilligan, R., Grietens, H., Harder, A. T., Holden, M. J., James, S., Kendrick, A., ... Zeira, A. (2017). Therapeutische residentiële hulp voor kinderen en jongeren: Een consensus verklaring van de Internationale Werkgroep Therapeutische Residentiële Zorg. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, *55*(11/12), 268-286.

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

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license. More information can be found on the University of Groningen website: https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment.

Take-down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): http://www.rug.nl/research/portal. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Download date: 13-09-2026

Therapeutische residentiële hulp voor kinderen en jongeren: Een consensus verklaring van de Internationale Werkgroep Therapeutische Residentiële Zorg [1] [2]

James K. Whittaker, Lisa Holmes, Jorge F. del Valle, Frank Ainsworth, Tore Andreassen, James P. Anglin, Christopher Bellonci, David Berridge, Amaia Bravo, Cinzia Canali, Mark E. Courtney, Laurah Currey, Daniel L. Daly, Robbie Gilligan, Hans Grietens, Annemiek T. Harder, Martha J. Holden, Sigrid James, Andrew Kendrick, Erik J. Knorth, Mette Lausten, John S. Lyons, Eduardo Martín, Samantha McDermid, Patricia M. McNamara, Laura Palareti, Susan Ramsey, Kari M. Sisson, Richard W. Small, June Thoburn, Ronald W. Thompson & Anat Zeira

Therapeutic Residential Care for Children and Youth: A Consensus Statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care

Samenvatting

In veel ontwikkelde landen wordt in toenemende mate kritiek geleverd op residentiële interventies bij kinderen en jongeren. Tegen de achtergrond hiervan vond in het voorjaar 2016 in Engeland een internationale conferentie plaats van experts uit 13 landen op het gebied van therapeutische residentiële zorg (TRZ). De volgende werkdefinitie van TRZ was leidend: "Therapeutische residentiële zorg omvat het geplande gebruik van een speciaal hiervoor ontwikkelde, multi-dimensionale leefomgeving,die tot doel heeft behandeling, onderwijs, socialisatie, ondersteuning en bescherming te bieden of te versterken voor kinderen en jongeren met welomschreven psychische en/of gedragsmatige problematiek; dit in samenwerking met hun gezin/familie en een breed scala aan formele en informele hulpbronnen in de samenleving". De bijeenkomst stond in het teken van kennisuitwisseling en het ontwikkelen van een internationale onderzoeksagenda. Tevens werden de contouren van een consensus verklaring over TRZ besproken. Deze verklaring, die hier integraal wordt weergegeven, omvat onder meer een vijftal basisprincipes van zorg, die in de visie van de Werkgroep TRZ altijd richtinggevend dienen te zijn voor goede residentiële jeugdhulp.

Over de auteurs

Prof. dr. James K. Whittaker is Charles O. Cressey emeritus hoogleraar Social Work aan de University of Washington, Seattle, USA. *E-mail*: JimW@uw.edu.
Dr. Lisa Holmes is hoofd van het Centre for Child and Family Research (CCFR), Loughborough University, England. *E-mail*: L.J.Holmes@Lboro.ac.uk.
Prof. dr. Jorge F. del Valle is hoofd van de Child and Family Research Group (GIFI) en hoogleraar psychologie aan de University of Oviedo, Spain. *E-mail*: JValle@uniovi.es.
Dr. Frank Ainsworth is senior hoofdonderzoeker aan de James Cook University, School of Social Work and Human Services, Townsville, Australia. *E-mail*: FrankAinsworth@hotmail.com.
Dr. Tore Andreassen, psycholoog, is hoofdadviseur van het Norwegian Directorate for Children, Youth and Family

[1] Dit artikel is een naar het Nederlands vertaalde, (door Annemiek Harder en Erik Knorth) bewerkte versie van: Whittaker, J. K., et al. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care. *Residential Treatment for Children and Youth, 33*(2), 89-106. doi: 10.1080/0886571X.2016.1215755. Dit Nederlandstalige artikel is gepubliceerd in het tijdschrift *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*.

[2] Instemming met de onderhavige consensus verklaring is in juli 2016 verkregen van de International Association for Outcome-Based Evaluation and Research on family and children's services (IAOBER), van de European Scientific Association on Residential and Family Care for children and adolescents (EUSARF), van de American Association of Children's Residential Centers (ACRC), en van het Centre of Excellence for Looked After Children (CELCIS) in Schotland.

Affairs, Oslo, Norway. *E-mail*: To-Henn@online.no.
Prof. dr. James P. Anglin is hoogleraar en voormalig hoofd van de School of Child and Youth Care van de University of Victoria, Canada. *E-mail*: JAnglin@UVic.ca.
Dr. Christopher Bellonci is psychiater and universitair hoofddocent bij de School of Medicine, Tufts University, Boston, USA. *E-mail*: CBellonci@TuftsMedical Center.org.
Prof. dr. David Berridge is hoogleraar Child and Family Welfare aan de University of Bristol, England. *E-mail*: David.Berridge@bristol.ac.uk.
Dr. Amaia Bravo is adjunct-hoofd van de Child and Family Research Group (GIFI), en universitair docent bij het Department of Psychology, University of Oviedo, Spain. *E-mail*: AmaiaBravo@uniovi.es.
Dr. Cinzia Canali is hoofdonderzoeker bij de Fondatione Emanuela Zancan, Padova, Italy, en voorzitter van de International Association for Outcome-Based Evaluation and Research on family and children's services (IAOBER). *E-mail*: CinziaCanali@FondazioneZancan.it.
Prof. dr. Mark E. Courtney is als hoogleraar verbonden aan de School of Social Service Administration, University of Chicago, USA. *E-mail*: MarkC@UChicago.edu.
Laurah Currey is directeur behandeling bij Pressley Ridge, Pittburgh, USA, en voorzitter van de Association of Children's Residential Centers (ACRC). *E-mail*: LCurrey@PressleyRidge.org.
Dr. Daniel L. Daly is vice-voorzitter en directeur behandeling van Father Flanagan's Boys' Home, Boys Town, USA. *E-mail*: Daniel.Daly@Boystown.org.
Prof. dr. Robbie Gilligan is als hoogleraar Social Work and Social Policy verbonden aan het Trinity College, University of Dublin, Ireland. *E-mail*: Robbie.Gilligan@tcd.ie.
Prof. dr. Hans Grietens is als hoogleraar orthopedagogiek/jeugdzorg verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, en voorzitter van de European Scientific Association on Residential and Family Care for children and adolescents (EUSARF). *E-mail*: H.Grietens@rug.nl.
Dr. Annemiek T. Harder is als universitair hoofddocent orthopedagogiek/jeugdzorg verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen. *E-mail*: A.T.Harder@rug.nl.
Dr. Martha J. Holden is als senior onderzoeker verbonden aan het Bronfenbrenner Center for Translational Research, Cornell University, Ithaca, USA. *E-mail*: MJH19@Cornell.edu.
Prof. dr. Sigrid James is als hoogleraar werkzaam bij het Department of Social Work and Social Ecology, Loma Linda University, USA, en bij het Institute for Social Work and Social Welfare, University of Kassel, Germany. *E-mail*: SSJames@LLU.edu.
Prof. dr. Andrew Kendrick is hoogleraar Residential Child Care bij de School of Social Work and Social Policy, University of Strathclyde, Glasgow, Scotland. *E-mail*: Andrew.Kendrick@Strath.ac.uk.
Prof. dr. Erik J. Knorth is als hoogleraar orthopedagogiek/jeugdzorg verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen. *E-mail*: E.J.Knorth@rug.nl.
Dr. Mette Lausten is senior onderzoeker bij het Danish National Centre for Social Research (SFI), Copenhagen, Denmark. *E-mail*: MeL@sfi.dk.
Dr. John S. Lyons is senior beleidsonderzoeker/adviseur bij het Chapin Hall Research Center van de University of Chicago, USA. *E-mail*: JLyons@ChapinHall.org.
Dr. Eduardo Martín is universitair hoofddocent bij het Department of Developmental and Educational Psychology, University of La Laguna, Tenerife, Spain. *E-mail*: EdMartin@ULL.edu.es.
Samantha McDermid, MSc, is onderzoeker bij het Centre for Child and Family Research (CCFR), Loughborough University, England. *E-mail*: S.McDermid@Lboro.ac.uk.
Dr. Patricia M. McNamara is senior docent bij het Department of Social Work, La Trobe University of Melbourne, Australia. *E-mail*: P.McNamara@LaTrobe.edu.au.
Dr. Laura Palareti is universitair docent sociale psychologie bij de University of Bologna, Italy. *E-mail*: Laura.Palareti2@UniBo.it.
Susan Ramsey is kinderombudsvrouw bij de Walker School, Needham, USA. *E-mail*: SR8146@aol.com.
Kari M. Sisson is directeur van de Association of Children's Residential Centers (ACRC), Milwaukee, USA. *E-mail*: KSisson@AACRC-dc.org.
Dr. Richard W. Small is voormalig directeur van de Walker School, Needham, USA. *E-mail*: RSmall8941@gmail.com.
Prof. dr. June Thoburn is emeritus hoogleraar Social Work bij de University of East Anglia, England. *E-mail*: J.Thoburn@UEA.ac.uk.
Dr. Ronald W. Thompson is hoofd van het Boys Town National Research Institute for Child and Family Studies, Boystown, USA. *E-mail*: Ronald.Thompson@Boystown.org.
Prof. dr. Anat Zeira is als hoogleraar verbonden aan de School of Social Work and Social Welfare van de Hebrew University of Jerusalem, Israel. *E-mail*: Anat.Zeira@mail.huji.ac.il.

Inleiding

In veel ontwikkelde landen, waaronder Nederland, wordt in toenemende mate kritiek geleverd op residentiële interventies bij kinderen en jongeren. Deze kritiek komt vanuit de overheid en vanuit de jeugdzorg zelf, waarbij achterliggende gedachten zijn:

1) dat betere resultaten voor kwetsbare kinderen en jongeren moeten worden gerealiseerd;
2) dat deze resultaten kunnen worden behaald in samenwerking met het gezin en met inzet van het sociale netwerk, dichter bij huis en aansluitend bij de eigen cultuur, en dit op een manier die (mogelijk verdere) kindermishandeling stopt; en
3) dat daarmee de hoge kosten worden beperkt die vaak samengaan met een residentiële plaatsing van een kind.

In sommige regio's hebben de pogingen om het residentiële zorgaanbod in omvang te reduceren − en dat in combinatie met een gebrek aan voldoende alternatieve vormen van hulp welke aansluiten op de behoeften van jongeren die intensieve begeleiding nodig hebben − onbedoeld negatieve gevolgen gehad (Ainsworth & Hansen, 2005).[3] Aan (pogingen tot) vernieuwingen ligt gewoonlijk de wens ten grondslag om interventies te creëren die effectief zijn, die aansluiten bij wat er bekend is over het vermijden van iatrogene effecten - zoals *deviantietraining* -, en die de kinderen betere kansen bieden om zich zo optimaal mogelijk te ontwikkelen, ongeacht waar ze behandeld worden. In dat verband geeft bijvoorbeeld Gilligan (2015) van Trinity College in Dublin (Ierland) heel duidelijk aan welke uitdagingen er liggen voor een residentieel aanbod van hoge kwaliteit binnen het totaal van de jeugdhulpvoorzieningen.

Binnen de VS worden dit soort pogingen tot vernieuwing geïnitieerd vanuit het werkveld, bijvoorbeeld door de Association of Children's Residential Centers (ACRC, 2016), vanuit overheidsinstellingen zoals het Center for Mental Health Services, en vanuit enkele vermogende liefdadigheidsinstellingen zoals de Annie E. Casey Foundation (AECF). De AECF richt zich op innovatie van de jeugdzorg, meer specifiek op "het inkrimpen van residentiële zorg" door middel van een pakket van onderling samenhangende, strategische initiatieven. De apart van AECF opererende Stichting 'Casey Family Programs' (CFP) richt zich eveneens op innovatie van de jeugdzorg, met name op het hervormen van de zorg voor uithuisgeplaatste kinderen. CFP's onlangs gepubliceerde review *Elements of Effective Practice for Children and Youth Served by Therapeutic Residential Care* (Pecora & English, 2016) is een voorbeeld van het werk van deze Stichting. De studie bevat een gedetailleerde en genuanceerde uiteenzetting met betrekking tot vraagstukken waar therapeutische residentiële zorg (TRZ) voor staat, inclusief veelbelovende oplossingen.[4]

De voormalige Britse premier David Cameron gaf medio 2015 opdracht voor een onderzoek naar residentiële jeugdhulpinstellingen in Engeland. Dit onderzoek, dat in de zomer van 2016 is gepubliceerd, is uitgevoerd door Sir Martin Narey, voormalig hoofd van

---

[3] Hoewel dit artikel en ook het eerder gepubliceerde boek (Whittaker, Del Valle, & Holmes, 2015) beide betrekking hebben op wat we aanduiden als 'therapeutische residentiële zorg', beschouwen we ons werk als deel van een veel bredere internationale beweging gericht op het versterken en borgen van de kwaliteit van de zorg die kinderen ontvangen wanneer ze, om verschillende redenen, niet thuis kunnen blijven wonen. Zie bijvoorbeeld 'The Better Care Network' als voorbeeld van een poging om wereldwijd de zorg voor kinderen te verbeteren (http://www.bettercarenetwork.org/). Zie verder het werk van CELCIS (Glasgow) over de VN-richtlijnen voor de zorg voor kinderen die niet thuis kunnen verblijven (UN Guidelines on Alternative Care) en de publicatie van 'Moving Forward' in verschillende talen: http://www.alternativecareguidelines.org/Home/tabid/2372/language/en-GB/Default.aspx

[4] De twee Casey Stichtingen leveren een belangrijke bijdrage aan het debat over het jeugdzorgbeleid in de VS; beide Stichtingen beschikken over grote financiële buffers, evenals over een groot aantal medewerkers die onderzoek doen en/of pleitbezorger zijn voor een betere jeugdzorg.

Barnardo's.[5] Het sluit aan bij vergelijkbare parlementaire onderzoeken naar de rol en het doel van uithuisplaatsing van jeugdigen binnen de zorg voor jeugd.[6] De betreffende studie past ook bij een herziening van de inspectievoorschriften en een nieuw raamwerk voor het toezicht op de residentiële zorg in Engeland uit 2015 (Ofsted, 2015), en bij uitgebreid onderzoek naar de huidige positie van residentiële hulp binnen de Engelse jeugdzorg (Hart, La Valle, & Holmes, 2015). Nieuwe programma's voor residentiële jeugdhulp maken ook deel uit van een door het Engelse Ministerie van Onderwijs gefinancierd initiatief dat zich richt op innovatie binnen de jeugdzorg.[7] Voorbeelden hiervan zijn: het invoeren van het principe van *whole home training* (trainingen voor álle personeelsleden van instellingen) binnen de residentiële jeugdzorg; RESuLT, ontwikkeld door de National Implementation Service (Berridge et al., 2016); en een programma van verschillende instellingen, genaamd 'No Wrong Door', dat adolescenten ondersteunt. In 'No Wrong Door' worden residentiële jeugdhulpinstellingen ingezet als centra voor het ondersteunen van zowel jongeren die uit huis zijn geplaatst als jongeren die nog thuis wonen (Holmes et al., in voorbereiding).

Recentelijk heeft Schotland vanuit de University of Strathclyde een expertisecentrum voor ondersteuning en onderzoek opgezet ter verbetering van de zorg voor uithuisgeplaatste kinderen, waaronder residentiële zorg, bestandspleegzorg en netwerkpleegzorg: het Centre of Excellence for Looked after Children in Scotland (CELCIS) (zie: www.celcis.org).

Ook in Spanje (Del Valle, Sainero, & Bravo, 2015) en Italië (persoonlijke communicatie: Cinzia Canali, Fondazione Zancan, 29 mei 2016) worden momenteel de behoeften en vragen binnen een veranderende residentiële jeugdzorgsector in kaart gebracht, net als in andere Europese landen. Het Spaanse Ministerie van Gezondheid, Sociale Zaken en Gelijkheid gaf bijvoorbeeld opdracht tot de ontwikkeling van inmiddels gepubliceerde, gedetailleerde Quality Standards of Residential Child Care (Del Valle et al., 2013); dit om bestaande hulpprogramma's te verbeteren, met name de programma's die gericht zijn op adolescenten met ernstige gedragsstoornissen. Verder is bij een recente aanpassing van de Spaanse nationale kinderbeschermingswet (2015) een hoofdstuk toegevoegd dat het gebruik van 'speciale residentiële jeugdzorg' (vergelijkbaar met de internationale term 'therapeutic residential care') reguleert. Hiermee wordt de relevantie van dergelijke programma's, alsmede de noodzaak om deze formeel in wetgeving te verankeren, erkend.

Tegen de achtergrond van al deze ontwikkelingen vond bij het Centre for Child and Family Research van de Loughborough University (Engeland) in het voorjaar 2016 een conferentie plaats van internationale experts op het gebied van onderzoek, beleid, en hulpverlening binnen therapeutische residentiële zorg voor kinderen en jeugdigen, gefinancierd door de Britse Sir Halley Stewart Trust. De Werkgroep (International Work Group for Therapeutic Residential Care)[8] heeft zich gericht op de bestaande kennis over therapeutische residentiële zorg, bijvoorbeeld voor wat betreft de ontwikkeling en *evidence-base* van modelprogramma's, en over de onderzoeksvragen die prioriteit zouden moeten krijgen bij toekomstig onderzoek. Het uitgangspunt daarbij is dat er binnen de jeugdhulp een goed uitgewerkte, zorgvuldig

[5] Barnardo's is de bekendste liefdadigheidsinstelling in het Verenigd Koninkrijk die zich richt op (financiële) ondersteuning van (programma's voor) kwetsbare kinderen.

[6] *Residential Care in England. Report of Sir Martin Narey's independent review of children's residential care*, July 2016. Zie: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/534560/Residential-Care-in-England-Sir-Martin-Narey-July-2016.pdf.

[7] Het Department for Education Children's Social Care Innovation Programme is van start gegaan in 2014 (zie: https://www.gov.uk/government/publications/childrens-social-care-innovation-programme). Onlangs zijn de eerste, tussentijdse bevindingen uit het programma gepubliceerd (zie: http://www.innovationunit.org/sites/default/files/DfE%20Innovation%20Programme%20-%20Interim%20Learning%20Report.pdf).

[8] De deelnemers (de auteurs van dit artikel) komen uit 13 landen, te weten: Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland, Ierland, Israël, Italië, Nederland, Noorwegen, Schotland, Spanje en de Verenigde Staten.

gemonitorde en goed geïmplementeerde therapeutische residentiële zorgvariant moet bestaan − dit als onderdeel van een breed spectrum aan intensieve interventies binnen en buiten het gezin −, zodat zowel de zorgverleners als de gezinnen en jongeren met intensieve zorgbehoeften een keuze hebben.

Verder kan worden opgemerkt dat er binnen de Werkgroep enige urgentie wordt gevoeld aangezien in diverse landen (waaronder met name, maar zeker niet alleen, de VS) organisatorische en wettelijke veranderingen hun beslag krijgen of hebben gekregen die tot doel hebben het gebruik van residentiële zorg substantieel te verminderen.[9] Factoren die hierbij een rol spelen zijn bijvoorbeeld de verslaglegging in de media over actueel en historisch misbruik van jeugdigen in residentiële instellingen, een gebrek aan consensus over de belangrijkste werkzame componenten, vragen rond de mogelijkheden tot hechting van kinderen in een residentiële omgeving, de naar verhouding beperkte hoeveelheid wetenschappelijk bewijs die er is (cf. James, 2014), zorgen over een mogelijke 'deviantietraining' (dat is de onbedoelde blootstelling van jongeren aan negatieve invloeden door deviant gedrag van groepsgenoten binnen de leefgroep), de beperkte betrokkenheid bij de behandeling van gezins- en familieleden, en de stijgende kosten.

We doen hier geen poging om de beleidsinitiatieven of het onderzoek dat aan dit afnemende vertrouwen ten grondslag ligt, toe te lichten. Lezers die geïnteresseerd zijn kunnen terecht op onze website (https://lboro-trc.org.uk/). Deze website is opgezet als integraal onderdeel van de eerder genoemde conferentie om iedereen toegang te bieden tot belangrijke verslagen en artikelen, waaronder rapporten van de Annie E. Casey Foundation, zoals het beleidsstuk *Rightsizing Congregate Care* (2010), en het onderzoek in opdracht van de AECF naar residentiële hulp door Wulczyn et al. (2015) van het Chapin Hall Center for Children van de University of Chicago. Zie hier ook de eerder geciteerde review door Pecora en English (2016). In het overzichtswerk dat we publiceerden (Whittaker, Del Valle, & Holmes, 2015) – een gezamenlijke onderneming waarbij vele aanwezigen tijdens de Loughborough conferentie betrokken waren – is getracht de huidige internationale context met betrekking tot therapeutische residentiële zorg te duiden. Om slechts één voorbeeld te geven: uit in hoofdstuk 2 van het boek beschreven onderzoek, dat werd uitgevoerd in veel verschillende landen, blijkt dat er aanmerkelijke verschillen bestaan tussen vormen van residentiële zorg in diverse landen (Thoburn & Ainsworth, 2015). Eenzelfde resultaat werd ook gevonden in een onderzoek naar residentiële zorg in de VS waarbij een vergelijking werd gemaakt tussen en binnen staten (Wulczyn, Alpert, Martinez, & Weiss, 2015).

We zijn dan ook van mening dat het, voor vergelijkingen tussen en binnen landen, een vereiste is om tot een helderdere afbakening te komen van de verschillende vormen van residentiële jeugdhulp. Ook is het noodzakelijk om een beter begrip te krijgen van de termen die worden gebruikt om deze vorm van jeugdhulp te benoemen. Denk (in de Nederlandstalige context) bijvoorbeeld aan termen als: ‘residentiële zorg’, 'intramurale zorg', 'klinische zorg', '24-uurs zorg', ‘hulp in leefgroepen’, ‘therapeutische residentiële zorg’, 'jeugdinternaten', ‘kindertehuizen’, ‘jeugdinstellingen’, 'jeugdinrichtingen' of ‘sociaal-pedagogische tehuizen’.[10]

[9] Desalniettemin rapporteren Thompson en Daly (2015) over veelbelovende resultaten van het Boys Town Family Home Program in de VS, een van de programma’s waarvan door James (2011, 2014) is vastgesteld dat ze voldoen aan het criterium ‘promising evidence’ volgens de richtlijnen van de California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. Een ander voorbeeld van veelbelovende resultaten geeft Andreassen (2015). Hij schrijft over MultifunC, een modelprogramma voor therapeutische residentiële zorg dat is ontwikkeld in Noorwegen, en dat momenteel in diverse Scandinavische landen wordt uitgerold.

[10] TRZ maakt deel uit van de zorg voor uit huis geplaatste kinderen en adolescenten. Deze zorg omvat ook netwerkpleegzorg en bestandspleegzorg waarbij soms, naast de basiszorg, ook behandeling wordt geboden. Deze laatste vorm staat in Nederland bekend als Therapeutische Gezinsverpleging, TGV (Jonkman, 2015; Konijn, 2007) of (multidimensionele) behandelpleegzorg (Panneman & Groenewegen, 2006). Zoals blijkt uit onderzoek van Thoburn en Ainsworth (2015) zijn er tussen landen aanmerkelijke verschillen, zowel in het aandeel van pleegzorg en residentiële zorg als in de terminologie die wordt gebruikt, de filosofie die eraan ten grondslag ligt, en de zorg die feitelijk wordt geboden.

Omschrijving van therapeutische residentiële zorg

Een noodzakelijke eerste stap in het bepalen van de cruciale elementen van therapeutische residentiële zorg is dat er een algemeen aanvaarde werkdefinitie komt die zowel een verwijzing inhoudt naar basale principes als naar excellente voorbeelden van TRZ. De definitie moet tegelijkertijd ruimte bieden tot het uitdrukken van culturele, filosofische en historische verschillen die in een internationale context het zorgaanbod kleuren.

Tijdens de conferentie hanteerden we als uitgangspunt een omschrijving, ontleend aan het hiervoor geciteerde overzichtswerk (Whittaker et al., 2015) en geïnspireerd door een eerdere bijdrage van Whittaker (2005). De omschrijving luidt als volgt:

> " 'Therapeutische residentiële zorg' omvat het geplande gebruik van een speciaal hiervoor ontwikkelde, multidimensionale leefomgeving, die tot doel heeft behandeling, onderwijs, socialisatie, ondersteuning en bescherming te bieden of te versterken voor kinderen en jongeren met welomschreven psychische en/of gedragsmatige problematiek; dit in samenwerking met hun gezin/familie en een breed scala aan formele en informele hulpbronnen in de samenleving" (Whittaker et al., 2015, p. 24).

Therapeutische residentiële zorg wordt gewoonlijk geboden via regionaal of (soms) landelijk werkzame instellingen, waarbij gebruik wordt gemaakt van lokaal aanwezige of interne onderwijsvoorzieningen. We beschouwen alle vormen van TRZ als een gespecialiseerd deel van de residentiële jeugdzorg, waarbij we overigens van oordeel zijn dat de principes die aan TRZ ten grondslag liggen relevant zijn voor alle vormen van residentiële jeugdzorg. Hoewel er qua behuizing de nodige overeenkomsten kunnen bestaan, loopt het zorgaanbod sterk uiteen qua behandelfilosofie en -praktijk, zoals ook zichtbaar is in het doel, de intensiteit en de duur van de geboden interventies. We realiseren ons dat in het debat over residentiële zorg (of over *congregate care* zoals deze in de VS wordt aangeduid) veel van het behandelaanbod onder één noemer wordt geschaard, waardoor belangrijke verschillen vervagen. Daarom hebben we ons zowel in ons boek als tijdens de conferentie specifiek gericht op enkele typerende voorbeelden van TRZ, ontwikkeld als complexe hulparrangementen voor kinderen en jongeren die intensieve begeleiding nodig hebben.

De deelnemers aan de conferentie beschouwden de werkdefinitie als een zinvol raamwerk tijdens de gedachtewisseling. De definitie beperkt zich niet tot één enkel model van TRZ, net zomin als een term als 'intensieve pedagogische thuishulp' (IPT) staat voor één enkele benadering zoals multisysteemtherapie (MST). Algemeen gedeelde uitgangspunten voor TRZ, en ook innovatieve en veelbelovende programma's binnen verschillende culturele en politieke contexten kunnen leiden tot uiteenlopende vormen van zorg. We vatten deze verschillen op als een kans om te leren hoe cultuur en ervaring invloed hebben op de geboden hulp. Ze vormen een extra reden om internationaal onderzoek naar TRZ en daaraan gerelateerde jeugdzorg te doen (Berridge et al., 2011; Berridge, Biehal, & Henry, 2012; Grupper, 2013).

We zien de werkdefinitie ook als een stap in de richting van het vaststellen van een gezamenlijke taal voor TRZ. De definitie draagt er immers toe bij dat er een debat over beleid kan worden gevoerd dat aansluit bij het wetenschappelijk denken over basisprincipes van moderne jeugdwelzijnszorg en geestelijke gezondheidszorg, waarbij tevens rekening wordt gehouden met wat er bekend is over de normale ontwikkeling van kinderen. In de VS betekent dit dat onder andere de *Systems of Care Principles*[11] van het federale Center for Mental Health

[11] De kernwaarden van de *Systems of Care*−filosofie impliceren dat zorgsystemen moeten voldoen aan de volgende voorwaarden:
- zorg is gericht op het gezin waarbij de jeugdige een essentiële stem heeft en waarbij de sterke kanten en behoeften van jeugdige en gezin bepalen welke typen en combinaties van zorg en ondersteuning worden aangeboden;

Services een rol moeten spelen bij de formulering van degelijke basisprincipes.

Verder zorgt een preciezere definitie van TRZ ervoor dat we minder snel te maken hebben met de onbedoelde connotaties van een in de VS veelvuldig gebruikte term als *congregate care*. Door dit label worden uiteenlopende zorgprogramma's op één hoop geveegd en belangrijke onderlinge verschillen aan het oog onttrokken. Het woord 'congregate' − dat zoiets betekent als 'samenkomend' − doet denken aan de overgang in de 20e eeuw van grote, op barakken lijkende instituten (congregaties) naar kleinschaliger 'cottage modellen' van zorg; het geeft aan elk type residentiële interventie een negatieve bijklank. In de praktijk en als omschrijving is de term 'congregate' een slechte, misleidende aanduiding van datgene wat kwalitatief goede therapeutische residentiële zorg te bieden heeft.

Basisprincipes van therapeutische residentiële zorg

De Werkgroep is van oordeel dat therapeutische residentiële zorg, in welke vorm dan ook, niet alleen vormgegeven moet worden door het simpelweg afvinken van een lijstje van kenmerken of strategieën. In plaats daarvan moet deze zorg worden gebouwd op een fundament van gedeelde waarden. De volgende *basisprincipes* zijn daarbij essentieel.

1. We zijn ons er sterk van bewust dat het eerste basisprincipe dat therapeutische residentiële zorg ondersteunt moet zijn: *primum non nocere* – allereerst geen kwaad doen. Daarom moet 'veiligheid voorop' het leidende principe zijn bij het ontwikkelen en implementeren van TRZ-programma's.

Gezien de prevalentie van historisch en actueel misbruik in instellingen voor jeugdzorg in verschillende landen, wordt de veiligheid van het kind door de Werkgroep unaniem gezien als de *primus inter pares* onder de bouwstenen van TRZ van hoge kwaliteit. Er zijn vele andere componenten essentieel om dit principe te realiseren, zoals het screenen van medewerkers, het toezicht houden op kinderen, het werken met gedetailleerde procedures voor het opsporen van en rapporteren over (indicaties van) verwaarlozing en mishandeling of geweld, het luisteren naar kinderen en jongeren, en het betrekken en betrokken houden van de samenleving. Een goed ontworpen, op de ontwikkeling van kinderen gericht, zorgvuldig geïmplementeerd en doorlopend geëvalueerd programma is daarbij van essentieel belang om zowel misbruik als 'deviantietraining' van kinderen en jongeren in TRZ te voorkomen.

2. In onze opvatting van therapeutische residentiële zorg dient er sprake te zijn van een partnerverband tussen de gezinnen die worden ondersteund en de professionals die daar uitvoering aan geven – of het nu gaat om jeugdzorgwerkers in de leefgroep, ambulante gezinsbegeleiders of gedragsdeskundigen zoals psychologen of orthopedagogen. Elk TRZ-programma, in welke culturele vorm of context dan ook, moet gericht zijn op het creëren en onderhouden van sterke verbindingen met het gezin en/of de familie van het kind.

- zorg is verankerd in de samenleving waarbij de geboden hulp evenals het beheer daarvan worden ondersteund door een geëigende infrastructuur van structuren, processen en relaties op het niveau van de woon- en leefomgeving;
- zorg is adequaat qua taal en cultuur, met instanties, programma's en een hulpaanbod die de verschillen weerspiegelen in de populatie van cliënten op het gebied van cultuur, ras, etniciteit en taal zodat de zorg voor iedereen toegankelijk is en ongelijkheden in de verleende zorg worden weggenomen (http://www.tapartnership.org/ SOC/SOCvalues.php).

Een soortgelijk initiatief van het Center for Mental Health Services, in samenwerking met vele partners, is het BUILDING BRIDGES INITIATIVE (BBI): een landelijk initiatief in de VS dat streeft naar het in kaart brengen en stimuleren van praktijken en beleid die sterke, zorgvuldig gecoördineerde *samenwerkingsverbanden* creëren tussen gezinnen, jongeren, zorgverleners, behandelaars, advocaten en beleidsmakers zodat uitgebreide geestelijke gezondheidszorg en ondersteuning beschikbaar is ter verbetering van het leven van jongeren en hun gezinnen (www.buildingbridges4youth.org). Zie ook: Blau, Caldwell en Lieberman (2014), en Harrington et al. (2014).

Small, Bellonci en Ramsey (2015, p. 157) hebben drie centrale aandachtspunten geformuleerd voor een gezinsgerichte uitvoering van therapeutische residentiële zorg:
- onderhoud, en versterk waar mogelijk, de banden tussen de jeugdige die zorg krijgt, en zijn of haar gezin en familie in de breedste zin van het woord;
- faciliteer en ondersteun actief de volledige deelname van gezins- of familieleden aan het dagelijks leven in het programma; en
- bevorder gedeelde verantwoordelijkheid voor de resultaten, gedeelde besluitvorming, en actieve samenwerking tussen gezinsleden en alle hulpverleners.

Er wordt en is al veel ontwikkeld op het gebied van het betrekken van het gezin. De Werkgroep hecht eraan duidelijk uit te spreken dat effectieve en humane TRZ gezien moet worden als een ondersteuning voor gezinnen die het moeilijk hebben, en niet als een substituut voor gezinnen die hebben 'gefaald' (Geurts, Boddy, Noom, & Knorth, 2012). De vele, creatieve manieren waarop binnen TRZ de samenwerking met het gezin of de familie vorm krijgt zijn illustratief voor het vaak geciteerde mantra: “niets over ons zonder ons” (*nothing about us without us*). Daarbij blijft, zoals verwoord in het eerste basisprincipe, ‘veiligheid voorop’ de hoogste prioriteit voor alle betrokkenen.

3. In ons beeld van therapeutische residentiële zorg dient de hulp die geboden wordt verankerd te zijn in de samenleving, de cultuur en het netwerk van sociale relaties die kenmerkend en vormend zijn voor de kinderen en gezinnen die de doelgroep vormen. TRZ-programma’s zijn geen geïsoleerde, op zichzelf staande eilandjes, maar zij moeten in elke zin van het woord geworteld zijn in de (lokale) gemeenschap.
Het is van cruciaal belang om te streven naar, wat Bronfenbrenner (1979) heeft omschreven als ‘ecologische validiteit’. Tevens is het van belang datasystemen te ontwikkelen, resultaten van het werk te beoordelen en interventies 'op maat' te maken om zo aan te sluiten bij de individuele behoeften van elk kind, met respect voor persoonlijke sterke kanten en culturele *assets*, en dit alles op een wijze waardoor sociale uitsluiting en isolatie worden beperkt (Palareti & Berti, 2009). We zien TRZ als een onmisbaar deel van een rijk en gevarieerd continuüm van zorgvoorzieningen waarin verschillende vormen van hulp beschikbaar zijn waaronder preventieve en ambulante hulp, thuishulp en pleegzorg. Tussen de uitvoerders van deze uiteenlopende vormen van hulp wordt samengewerkt; ze kunnen soms ook gecombineerd worden om gezinnen zoveel mogelijk een keuze en een geïndividualiseerde begeleiding of behandeling te bieden.

4. We beschouwen therapeutische residentiële zorg als veel meer dan een verzamelplaats van *evidence-based* interventies of veelbelovende technieken en strategieën. In de kern wordt TRZ gevormd door een cultuur waarin groot belang wordt gehecht aan 'leren door te leven' (*learning by living*), en waar de essentie van het opvoedings- en begeleidingsproces zich afspeelt binnen een geheel van zeer persoonlijke, menselijke relaties.
Er zijn diverse takken van praktijkonderzoek en wetenschap die hebben bijgedragen aan en nog steeds een inspiratie vormen voor de notie van 'iets gemeenschappelijks' (*a unifying something*) binnen TRZ. Het gaat om een rijke literatuur: van vroege bijdragen over het therapeutische milieu (Hobbs, 1966; Redl & Wineman, 1957) of over het belang van 'de andere 23 uur', niet alleen als middel maar ook als context voor opvoeding en leren (Trieschman, Whittaker, & Brendtro 1969), met latere bijdragen over het toepassen van de principes van toegepaste gedragsanalyse binnen een groepsleefomgeving die het gezinsleven probeert te repliceren (Phillips, Phillips, Fixsen, & Wolf, 1974), tot aan recentere bijdragen, waaronder die van Anglin (2002), Thompson en Daly (2015), en Holden et al. (2015) over het betrekken van de totale TRZ-omgeving bij initiatieven voor kwaliteitsverbetering. We wijzen hier met nadruk ook op de mogelijkheden voor onderzoek op het snijvlak van een rijke Europese traditie en literatuur over sociaal-pedagogische benaderingen in de zorg – zoals beschreven door Grietens (2015) – en wat door Lyons en Schmidt (2015) in een Noord-Amerikaanse context is omschreven als de

'transformationele rol' van TRZ in het leven van jeugdigen.

5. We zien het volgende als uiteindelijk kennistheoretisch doel voor therapeutische residentiële zorg: het identificeren van een groep praktijkmodellen of -strategieën die effectief zijn in het bereiken van de gewenste resultaten voor jeugdigen en gezinnen, die gerepliceerd kunnen worden op verschillende locaties, en die qua schaalgrootte passend zijn (*scalable*). Met dat laatste bedoelen we dat ze voldoende transparant zijn qua procedures, structuur en protocollen zodat kinderen en gezinnen in een bepaalde plaats of regio, wanneer dat wenselijk is, onbeperkt toegang hebben tot de betreffende hulp.
Onze Werkgroep heeft hierbij kennisgenomen van het werk van onderzoekers zoals James (2011, 2014), Harder en Knorth (2015) en anderen, waarin gerapporteerd wordt over de relatieve doeltreffendheid van bestaande modellen voor TRZ en waarin geprobeerd is door te dringen tot de inhoud van de 'zwarte doos' van een effectieve TRZ-praktijk. We zijn het eens met James (2011, p. 320) wanneer zij het volgende stelt:

> "Het is in het belang van residentiële instellingen die werkelijk zorg van hoge kwaliteit willen leveren, om samen te werken met kenniscentra en onderzoekers op het terrein van jeugdwelzijn, om de essentiële elementen van hun zorgprogramma's te identificeren, om hun aanbod kritisch tegen het licht te houden gegeven de vragen om hulp (*needs*) van de jeugdigen die zij zorg bieden, en te overwegen om elementen of kennis over te nemen vanuit die behandelmodellen die al *evidence-based* zijn".

Dat gezegd hebbende, zijn we ons bewust van de problemen die verbonden zijn aan de opzet van methodologisch gezien 'streng' (*rigorous*) onderzoek binnen een context waarin contracten (in Nederland tussen zorgaanbieders en gemeenten) in toenemende mate gericht zijn op het in zo kort mogelijke tijd behalen van specifieke gewenste resultaten. Het is onwaarschijnlijk dat alleen op basis van de ruimte die deze zorgcontracten bieden *evidence-based* modellen voor therapeutische residentiële zorg zullen kunnen worden geïdentificeerd. Daar komt nog bij dat er weinig geld beschikbaar is voor het ontwikkelen, testen, bijschaven en verspreiden van modellen voor therapeutische residentiële zorg. In de VS zijn er bijvoorbeeld al meer dan 40 jaar geen substantiële subsidies van de overheid of van particuliere instellingen meer verstrekt voor het ontwikkelen van modelprogramma's voor TRZ. Het *Teaching Family Model* (voorheen *Achievement Place*) is in de eerste helft van de jaren '70 het laatste model geweest dat financiering voor onderzoek heeft ontvangen, in dit geval van het Center for Crime and Delinquency Studies van het National Institute for Mental Health.[12]

Deze lacune in de financiering van het ontwikkelen van modellen voor TRZ vormt een scherp contrast met de vele overheidssubsidies en particuliere gelden die beschikbaar zijn en worden gesteld voor onderzoek naar en ontwikkeling van wat nu 'evidence-based' of 'evidence-informed', *niet*-residentiële interventies zijn. Om een voorbeeld te noemen: *Wraparound Services* – een veelbelovend initiatief voor zorg binnen het gezin en de lokale gemeenschap dat in de late jaren '70 en in de jaren '80 op verschillende locaties binnen de VS is geïmplementeerd – werden opgezet als alternatief voor meer medisch georiënteerde zorgmodellen die als mislukt werden beschouwd:

> "De wraparound-veranderingstheorie[13] die zich heeft ontwikkeld vanuit burgerinitiatieven (*grassroots development*), stelt dat kinderen met ernstige emotionele of gedragsmatige problemen een normaler leven kunnen leiden als de zorg en ondersteuning die ze

[12] In Nederland werd in de jaren '80 vanuit het Paedologisch Instituut van de Vrije Universiteit eveneens onderzoek gedaan naar het Teaching Family Model, dat hier de naam *Kursushuizen* kreeg (zie Slot, 1988).
[13] 'Wraparound' betekent zoiets als: volledig omwikkelen.

> ontvangen gericht is op kind en gezin, gericht is op hun sterke kanten, geïndividualiseerd is, plaatsvindt binnen de samenleving, gecoördineerd wordt wanneer meerdere instellingen een rol spelen, en cultureel passend (*competent*) is" (Burns & Hoagwood, 2002, p. 70).[14]

Sinds het begin van de 21ste eeuw heeft de *wraparound*-benadering zich verder ontwikkeld onder leiding van Janet Walker en Eric Burns. Het National Wraparound Initiative (NWI) heeft substantiële steun van diverse overheidsinstellingen in de VS gekregen voor onderzoek naar en het ontwikkelen en verspreiden van modellen, en recent ook voor het oprichten van een National Wraparound Implementation Center (http://nwi.pdx.edu):

> "Gedurende eind jaren '70 en de jaren '80 is Wraparound geleidelijk ontstaan vanuit de inspanningen van individuele personen en organisaties die zich inzetten voor het leveren van geïndividualiseerde, allesomvattende zorg in de (locale) samenleving voor kinderen en hun gezinnen. Hoewel de term 'Wraparound' gedurende de jaren '90 steeds meer werd gebruikt, was er nog geen formele overeenstemming over wat Wraparound nu exact inhield. Veel Wraparound-programma's deelden bepaalde kenmerken, maar er was geen consensus over de essentiële elementen waaruit Wraparound nu precies bestond. Sommige programma's maakten melding van grote successen, maar het werd ook duidelijk dat de werkwijze van veel teams en programma's niet in overeenstemming was met de Wraparound uitgangspunten. Rond de eeuwwisseling werd het steeds duidelijker dat er een heldere definitie moest komen van wat Wraparound precies wel en niet was, omdat de naam anders door willekeurige programma's gebruikt kon worden, ongeacht de kwaliteit van de zorg. Bovendien zou het zonder heldere definitie onmogelijk zijn bewijs te verzamelen over de effectiviteit van Wraparound." (zie 'NWI Mission and History' via: http://nwi.pdx.edu).

In de VS zijn er nog geen vergelijkbare middelen beschikbaar gesteld aan TRZ voor onderzoek en ontwikkeling, met name op het gebied van modelspecificatie en implementatie. Zoals eerder opgemerkt is het niet waarschijnlijk dat de bestaande zorgcontracten voor TRZ de ruimte bieden om onderzoek te doen en resultaten op te leveren zoals bij het NWI. Zonder nieuwe financiering voor onderzoek en ontwikkeling, in het bijzonder voor het uitzoeken van wat de essentiële zorgcomponenten zijn, is het waarschijnlijk dat de belangrijke vragen over TRZ die zijn opgeworpen door James (2014) vooralsnog grotendeels onbeantwoord zullen blijven.

Dimensies van therapeutische residentiële zorg: paden voor toekomstig onderzoek

In het laatste hoofdstuk van het eerder geciteerde overzichtswerk over TRZ merken Whittaker et al. (2015, p. 329) het volgende op:

> "De omschrijving 'residentiële zorg' geeft weinig of minimale informatie over de setting. Er bestaat een grote verscheidenheid aan zorgcomponenten, veranderingstheorieën, frequentie, intensiteit en duur van specifieke interventiestrategieën, en verschillen in organisatorische inrichting (bijvoorbeeld omvang leefgroep, verblijfsduur, personele bezetting). Ook zijn er verschillen in opleiding en training van medewerkers en in de mate waarin systematisch wordt geëvalueerd als integraal onderdeel van de hulp. Deze verscheidenheid pleit voor meer precisie en specificiteit bij zowel de omschrijving als analyse van residentiële jeugdzorg. Als residentiële zorg inderdaad uit de gratie is geraakt,

[14] Zie voor een Nederlandse introductie: Klap, Zwart, Hermanns en Smit (2011). Recent onderzoek (Sondeijker, Van Rooij, Hermanns, & Van Rijn-Van Gelderen, 2016) geeft indicaties voor de doeltreffendheid en werkzaamheid van het Wraparound Care Model in Nederland.

> zoals uit veel van de bijdragen in het genoemde overzichtswerk blijkt, dan heeft dat onder andere te maken met de meerduidigheid van dit concept. Het miskennen van verschillen door het gebruik van een verzamelterm als 'residentiële zorg' staat in steeds sterker contrast met de conceptuele en empirische precisie die kenmerkend is voor veel van de recente *evidence-informed* en *evidence-based* benaderingen bij het werken met kinderen en jongeren met problemen".

In dit artikel hebben we getracht enige helderheid te scheppen met betrekking tot de definitie en het bereik van wat we bedoelen met 'therapeutische residentiële zorg'.[15] Maar er is nog veel werk te doen. Zo zijn er nog steeds zorgen met betrekking tot het risico van 'deviantietraining' van jeugdigen in een residentiële setting. Onderzoek van het Boys Town Family Home - programma lijkt er overigens op te wijzen dat een goed gespecificeerd, goed ontwikkeld en gecontroleerd programma de potentiële negatieve effecten van specifieke interacties met andere jongeren tegengaat (Huefner, Smith, & Stevens, 2014; Lee & Thompson, 2009). In het werkveld moet grondig onderzoek worden uitgevoerd naar de beeldvorming dat het overnemen van negatief gedrag een onvermijdelijke bijkomstigheid is van elke vorm van zorg in groepsverband (Weiss et al., 2005). Whittaker, Del Valle en Holmes vervolgen met:

> "Wat in toenemende mate pleit voor residentiële zorg, is dat er meer geboden kan worden dan alleen basiszorg. Hierbij geldt de overweging dat intensieve zorg noodzakelijk is voor een kleine, maar uitdagende groep kinderen en jongeren die meervoudige behoeften (*needs*) hebben waarin noch in hun gezinssituatie, noch in ambulante hulp of zelfs gespecialiseerde pleegzorg effectief kan worden voorzien. We blijven hoopvol dat er voor jeugdigen andere routes zijn naar effectieve therapeutische residentiële zorg dan alleen het idee dat het een laatste redmiddel is. Kinderen met een meervoudige, complexe zorgbehoefte zouden de benodigde hulp niet pas moeten krijgen wanneer 'alle andere manieren gefaald hebben ', maar zouden hiervoor moeten kunnen kiezen indien er duidelijke indicaties zijn voor deze vorm van behandeling" (Whittaker et al., 2015, p. 330).

Over therapeutische pleegzorg willen we kort twee dingen opmerken. Allereerst is er enorme vooruitgang geboekt sinds de eerste experimenten met therapeutische pleegzorg door Nancy Hazel in Kent (Verenigd Koninkrijk) in de jaren '70 van de vorige eeuw. Patricia Chamberlain van het Oregon Social Learning Center en haar team werken inmiddels al weer een aantal jaren aan verbeteringen in de opzet en de resultaten van het Oregon Treatment Foster Care programma (voorheen: Multi-Dimensional Treatment Foster Care) dat op dit moment over de hele wereld in gebruik is als *evidence-based* interventie (cf. Chadwick Center and Chapin Hall, 2016). Deze behandeling neemt in het aanbod van zorg een belangrijke plaats in wanneer het erom gaat te voorzien in behoeften van jongeren die intensieve zorg nodig hebben. Opvallend zijn de overeenkomsten met het Teaching Family Model – met name het Boys Town Teaching Family Model (Thompson & Daly, 2015) – op het gebied van veranderingstheorie, principes van toegepaste gedragsanalyse, en de inzet van echtparen als primaire hulpverleners. Meer vergelijkend onderzoek is nodig om helder te krijgen wat de overeenkomsten en verschillen zijn, en na te gaan welke nieuwe behandelvormen mogelijk zijn.

Ten tweede blijkt uit onderzoek dat het inzetten van pleeggezinnen als hulpvorm ook potentiële gevaren met zich mee kan brengen. In een uitgebreid onderzoek onder hun 'eigen' voormalige pleegkinderen, alsmede onder vergelijkingsgroepen die vanuit de Amerikaanse overheid pleegzorg hadden ontvangen, stuitten onderzoekers van de Casey Family Programs in de VS op ernstige aanhoudende problemen onder deze kinderen op het gebied van geestelijke en

[15] We hebben het hier bijvoorbeeld *niet* over grote, streng gedisciplineerde settingen voor groepszorg waarin kinderen worden geplaatst omdat niemand voor hen kan zorgen en waar ze vaak hun hele jeugd doorbrengen. Het zijn deze settingen die het primaire doelwit lijken te zijn van recente kritiek op de zorg in groepsverband (Dozier et al., 2014).

lichamelijke gezondheid, onderwijsniveau, en deelname aan de arbeidsmarkt, alsmede op gerapporteerd seksueel misbruik tijdens het verblijf in de pleegzorg.[16] Wij denken dat elke interventie waarbij een kind uit huis wordt geplaatst zowel voordelen als risico's met zich meebrengt, en dat het van cruciaal belang is dat door middel van verder onderzoek wordt gespecificeerd wat deze risico's zijn, zodat hiervoor passende interventies kunnen worden ontwikkeld.[17]

Tot besluit: naar een onderzoekagenda

Ons boek (Whittaker et al., 2015) was opgebouwd rond zeven belangrijke thema's, die samen een zinvol uitgangspunt vormen voor verder onderzoek naar de vele facetten van TRZ, te weten:

1. Veelbelovende programma-modellen en innovatieve praktijken (zie Andreassen, 2015; Jakobsen, 2015; James, 2015; McNamara, 2015; Thompson & Daly, 2015).
2. Routes naar TRZ (zie Del Valle, Sainero, & Bravo, 2015; Lausten, 2015; Lyons, Obeid, & Cummings, 2015; Thoburn & Ainsworth, 2015).
3. Actieve betrokkenheid van gezin/familie bij de zorg/behandeling (zie Small, Bellonci, & Ramsey, 2015).
4. Voorbereiding jongeren op succesvol vertrek uit TRZ (zie Okpych & Courtney, 2015; Stein, 2015; Zeira, 2015).
5. Verbetering onderzoeksbasis voor TRZ: onderzoekslogistieke en analytische problemen, en methodologische innovaties (zie Harder & Knorth, 2015; Lee & Barth, 2015).
6. Berekening kosten voor TRZ (zie Holmes, 2015).
7. Gerichte training en kritische evaluatie als basis voor ondersteuning van medewerkers in TRZ (zie Bravo, Del Valle, & Santos, 2015; Grietens, 2015; Holden, Anglin, Nunno, & Izzo, 2015; Lyons & Schmidt, 2015).

Hoewel het buiten het bestek van dit korte artikel ligt, is onze Werkgroep van plan om voort te bouwen op de bijdragen die aan het boek werden geleverd. Met gebruikmaking van ook andere bronnen zullen we op basis de genoemde dimensies onderzoeksvragen prioriteren en een onderzoeksagenda ontwikkelen met een duidelijk potentieel voor internationale samenwerking. We realiseren ons dat verschillen tussen landen en regio's weliswaar de specifieke vormgeving van TRZ beïnvloeden, maar dat desondanks veel gewonnen kan worden wanneer we onze blik verbreden door middel van een cross-nationaal perspectief. Wij willen ons inzetten voor het versterken van dat potentieel ten behoeve van internationale samenwerking in onderzoek, beleidsontwikkeling en uitwisseling van 'best practices'.

---

[16] Pecora, P. J., Kessler, R. C., Williams, J., O'Brien, K., Downs, A. C., English, D., White, J., Hiripi, E., White, C. R., Wiggins, T., & Holmes, K. E. (2005). *Improving family foster care: Findings from the Northwest Foster Care Alumni Study*. Seattle, WA: Casey Family Programs. Beschikbaar op: www.casey.org.

[17] In onderzoek in een kleinere steekproef in Nederland door Euser et al. (2013) werd een hogere prevalentie gevonden van seksueel misbruik bij jeugdigen in een residentiële setting dan in pleeggezinnen. Jeugdigen in gesloten settingen waren oververtegenwoordigd in de steekproef. We citeren: "Uit de resultaten op basis van meldingen door derden en zelf gerapporteerd misbruik door slachtoffers, bleek een hogere prevalentie van misbruik onder uit huis geplaatste jongeren dan onder de algemene bevolking. De prevalentie was het hoogst in de residentiële zorg. De prevalentie binnen de pleegzorg week niet af van die in de algemene bevolking. Volgens onze bevindingen lopen kinderen en adolescenten in de residentiële zorg een verhoogd risico op seksueel misbruik in vergelijking met kinderen in pleeggezinnen. Pleegzorg beschermt kinderen echter ook niet volledig tegen seksueel misbruik. De kwaliteit van pleegzorg dient dus nog verder verbeterd te worden" (Euser et al., 2013, p. 221).

Referenties

Ainsworth, F., & Hansen, P. (2005). A dream come true – no more residential care. A corrective note. *International Journal of Social Welfare, 14*(3), 195-199. doi: 10.1111/j.1468-2397.2005.00359.x.

Andreassen, T. (2015). MultifunC: Multifunctional treatment in residential and community settings. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 100-113). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Anglin, J. P. (2002). *Pain, normality, and the struggle for congruence: Reinterpreting residential care for children and youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Association of Children's Residential Centers (ACRC) (2016). *Position Papers on Therapeutic Residential Care* (pp. 1-12). Association of Children's Residential Centers. Zie: http://togetherthevoice.org

Berridge, D., Biehal, N., & Henry, L. (2012). *Living in children's residential homes.* London: Department for Education.

Berridge, D., Biehal, N., Lutman, E., Henry, L., & Palomares, M. (2011). *Raising the bar? Evaluation of the Social Pedagogy Pilot Programme in residential children's homes.* London: Department for Education.

Berridge, D., Holmes, L., Wood, M., Mollidor, C., Knibbs, S., & Bierman, R. (2016). *RESuLT training. Evaluation report.* London: Ofsted.

Blau, G. M., Caldwell, C., & Lieberman, R. E. (Eds.) (2014). *Residential interventions for children, youth and families: A best practice guide.* New York, NY: Routledge.

Bravo, A., Del Valle, J. F., & Santos, I. (2015). Helping staff to connect quality, practice and evaluation in therapeutic residential care: The SERAR Model in Spain. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 275-288). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Burns, B. J., & Hoagwood, K. (2002). *Community treatment for youth: Evidence-based interventions for severe emotional and behavioral disorders.* New York: Oxford University Press.

Chadwick Center and Chapin Hall (2016). *Using evidence to accelerate the safe and effective reduction of congregate care for youth involved with child welfare.* San Diego, CA / Chicago, IL: Collaborating at the Intersection of Research and Policy. Retrieved from: http://www.chadwickcenter.com/Documents/CC_Research_vF.PDF

Del Valle, J. F., Bravo, A., Martínez, M., & Santos, I. (2013). *Estándares de calidad en acogimiento residencial EQUAR* [Quality standards in residential care EQUAR]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Del Valle, J. F., Sainero, A., & Bravo, A. (2015). Needs and characteristics of high-resource using children and youth: Spain. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 49-62). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Dozier, M., Kaufman, J., Kobak, R., O'Connor, T. G., Sagi-Schwartz, A., Scott, S., Shauffer, C., Smetana, J., Van IJzendoorn, M. H., & Zeanah, C. H. (2014). Consensus statement on group care for children and adolescents: A statement of policy of the American Orthopsychiatric Association. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(3), 219-225. doi: 10.1037/ort0000005.

Euser, S., Alink, L. R. A., Tharner, A., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: A comparison between abuse in residential and in foster care. *Child Maltreatment, 18*(4), 221-231. doi: 10.1177/1077559513489848.

Geurts, E. M. W., Boddy, J., Noom, M. J., & Knorth, E. J. (2012). Family-centered residential care: the new reality? *Child and Family Social Work, 17*(2), 170-179. doi: 10.1111/j.1365-2206.2012.00838.x.

Gilligan, R. (2015). Foreword. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 11-20). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Grietens, H. (2015). A European perspective on the context and content for social pedagogy in therapeutic residential care. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 288-301). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Grupper, E. (2013). The youth village: A multicultural approach to residential education and care for immigrant youth in Israel. *International Journal of Child, Youth and Family Studies, 4*(2), 224-244. doi: 10.18357/ijcyfs42201312209.

Harder, A. T., & Knorth, E. J. (2015). Uncovering what is inside the "black box" of effective therapeutic residential youth care. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 217-231). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Harrington, K., Williams-Washington, K., Caldwell, B., Lieberman, R. E., & Blau, G. M. (2014). Improving outcomes in residential. In G. M. Blau, B. Caldwell, & R. E. Lieberman (Eds.), *Residential interventions for children, youth and families: A best practice guide* (pp. 1-7). New York, NY: Routledge.

Hart, D., La Valle, I., & Holmes, L. (2015). *The place of residential care in the English child welfare system.* London: Department for Education.

Hobbs, N. (1966). Helping disturbed children: Psychological and ecological strategies. *American Psychologist, 21*, 1105-1115.

Holden, M. J., Anglin, J. P. Nunno, M. A., & Izzo, C. P. (2015). Engaging the total therapeutic residential care program in a process of quality improvement: Learning from the CARE model. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 301-316). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Holmes, L. (2015). Estimating unit costs for therapeutic residential care. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 247-273). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Holmes, L., Lushey, C., Hyde-Dryden, G., & Blackmore, J. (in voorbereiding). *Evaluation of the No Wrong Door Model.* London: Department for Education.

Huefner, J. C., Smith, G. L., & Stevens, A. L. (2014, April). *Positive and negative peer contagion in residential care.* Poster presentation at ASACRC Annual Conference, Savannah, GA.

Jakobsen, T. B. (2015). Varieties of Nordic residential care: A way forward for institutionalized therapeutic interventions? In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 87-100). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

James, S. (2011). *Preliminary findings of a survey of California group homes.* Paper presented at the Conference of the California Alliance of Child and Family Services, Napa, CA.

James, S. (2014). What works in group care? A structured review of treatment models for group homes and residential care. *Children and Youth Services Review, 33*(2), 301-321. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.09.014.

James, S. (2015). Evidence-based practices in therapeutic residential care. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 142-153). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Jonkman, C. S. (2015). *Young children in treatment foster care: Intervening in problematic behavior, disturbed attachment, trauma, and atypical neurobiological functioning.* Academische proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.

Klap, A., Zwart, A., Hermanns, J., & Smit, K. (2011). *Wraparound care in de jeugdzorg.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Konijn, C. (2007). Therapeutische pleegzorg: kinderen met hechtings- en gedragsproblemen. In C. Konijn (red.), *Werkzame werkwijzen: Verkenning van effectieve interventies in de jeugdzorg* (pp. 75-90). Utrecht/Woerden: Nederlands Jeugdinstituut (NJi)/Adviesbureau Van Montfoort (AVM).

Lausten, M. (2015). Needs and characteristics of high-resource using children and youth: Denmark (pp. 73-85). In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 73-85). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Lee, B. R., & Barth, R. P. (2015). Improving the research base for therapeutic residential care. Logistical and analytic challenges meet methodological innovations. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 231-245). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Lee, B. R., & Thompson, R. W. (2009). Examining externalizing behavior trajectories of youth in group homes: Is there evidence for peer contagion? *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*(1), 31-44. doi: 10.1007/s10802-008-9254-4.

Lyons, J. S., Obeid, N., & Cummings, M. (2015). Needs and characteristics of high-resource using youth: North America. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 62-73). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Lyons, J. S., & Schmidt, L. (2015). Outcomes management in residential treatment: The CANS approach. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 316-329). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

McNamara, P. M. (2015). A new era in the development of therapeutic residential in the State of Victoria. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 126-142). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Ofsted (2015). *Inspection of children's homes. Framework for inspection from 1st April 2015*. London: Ofsted. Zie: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/511227/Inspection_of_childrens_homes_framework_for_inspection_from_1_April_2015.pdf.

Okpych, N. J., & Courtney, M. E. (2015). Relationship between adult outcomes of young people. Making the transition to adulthood from out-of-home care and prior residential care. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 173-189). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Palareti, L., & Berti, C. (2009). Different ecological perspectives for evaluating residential care outcomes: Which window for the black box? *Children and Youth Services Review, 31*(10), 1080-1085. doi: 10.1016/j.childyouth.2009.07.011.

Panneman, M., & Groenewegen, E. (2006). TGV of behandelpleegzorg: Een oude dame in een nieuwe jas? *Mobiel, Tijdschrift voor Pleegzorg, 6*, zie: http://www.mobiel-pleegzorg.nl/2006/11/een-oude-dame-in-een-nieuwe-jas/.

Pecora, P. J., & English, D. J. (2016). *Elements of effective practice for children and youth served by therapeutic residential care. Research Brief.* March 2016. Seattle, WA: Casey Family Programs. Zie: http://www.casey.org/media/Group-Care-complete.pdf.

Pecora, P. J., Kessler, R. C., Williams, J., O'Brien, K., Downs, A. C., English, D., White, J., Hiripi, E., White, C. R., Wiggins, T., & Holmes, K. E. (2005). *Improving family foster care: Findings from the Northwest Foster Care Alumni Study.* Seattle, WA: Casey Family Programs. Zie: www.casey.org.

Phillips, E. L., Phillips, E. A., Fixsen, D. I., & Wolf, M. M. (1974). *The teaching family handbook - Second edition.* Lawrence, KS: University Press of Kansas.

Redl, F., & Wineman, D. (1957). *The aggressive child.* New York, NY: Free Press.

Slot, N. W. (1988). *Residentiële hulp voor jongeren met antisociaal gedrag [Residential care for youths with antisocial behaviour]*. Academisch proefschrift Vrije Universiteit. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

Small, R. W., Bellonci, C., & Ramsey, S. (2015). Creating and maintaining family partnerships in residential treatment programs: Shared decisions, full participation, mutual responsibility. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 156-171). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Sondeijker, F. E. P. L., Van Rooij, F. B., Hermanns, J., & Van Rijn-Van Gelderen, L. (2016). Doeltreffendheid en werkzaamheid van het Wraparound Care Model in de ambulante jeugdhulp [Empirical indications for effectiveness of the Wraparound Care Model in ambulatory care]. *Kind en Adolescent, 37*(4), 195-212. doi:10.1007/s12453-016-0125-4.

Stein, M. (2015). Supportive pathways for young people leaving care. Lessons learned from four decades of research. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 189-203). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

The Annie E. Casey Foundation (2010). *Rightsizing congregate care: A powerful first step in transforming child welfare systems.* Baltimore, MD: The Annie E. Casey Foundation.

Thoburn, J., & Ainsworth, F. (2015). Making sense of differential cross-national placement rates for therapeutic residential care: Some takeaway messages for policy. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes, L. (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 37-49). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Thompson, R., & Daly, D. (2015). The Family Home Program: An adaptation of the teaching family model at Boys Town. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 113-126). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Trieschman, A. E., Whittaker, J. K., & Brendtro, L. K. (1969). *The other 23 hours: Child care work with emotional disturbed children in a therapeutic milieu.* New York, NY: Aldine de Gruyter.

Weiss, B., Caron, A., Ball, S., Tapp, J., Johnson, M., & Weisz, J. R. (2005). Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(6), 1036-1044. doi: 037/0022-006X.73.6.1036.

Whittaker, J. K. (2005). Creating "prosthetic environments" for vulnerable children: Emergent cross-national challenges for traditional child and family services practice. In H. Grietens, W. Hellinckx, & L. Vandemeulebroecke (Eds.), *In the best interests of children and youth: International perspectives* (pp. 99-119). Leuven, Belgium: Leuven University Press.

Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L. (Eds.) (2015). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice.* London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Wulczyn, F., Alpert, L., Martinez, Z., & Weiss, A. (2015). *Within and between state variation in the use of congregate care.* Chicago, IL: The Center for State Child Welfare Data, Chapin Hall at the University of Chicago.

Zeira, A. (2015). Listening to young alumni of care in Israel. A brief note from research about successful transitions to adulthood. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 203-215). London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.