

KaderMethode

JeugdZorg^{Plus}

startversie

Woerden, september 2008

Van Montfoort

© september 2008, Van Montfoort

De ontwikkeling en beschrijving van de KaderMethode Jeugdzorg^{Plus} is door Van Montfoort uitgevoerd in samenwerking met Paljas Plus, De Koppeling, Hand in Hand en de Hoenderloo Groep.
Het project is uitgevoerd in opdracht van ZonMw.

Van Montfoort
Houttuinlaan 4
3447 GM Woerden
Tel.: 0348 48 12 00
www.vanmontfoort.nl

Auteurs:

Drs. Annette van der Poel
Dr. Esther Rutten
Dr. Frouke Sondejker

Met medewerking van:

Drs. Baukje Vermeiden
Dr. Bas Vogelvang

Voorwoord

Op 1 januari 2008 is de gewijzigde wet op de jeugdzorg (Wjz) in werking getreden. Met de wijziging van de Wjz wordt in een belangrijke omissie voorzien: de rechter kan nu een machtiging gesloten jeugdzorg afgeven voor jongeren als er gevaar dreigt voor de ontwikkeling of het leven van de jongere zelf of dat van andere(n).

Voor de wetswijziging was het gebruikelijk deze jongeren gesloten te plaatsen in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI's), hetgeen veel maatschappelijke weerstand gaf. Jongeren met zeer ernstige gedragsproblemen werden civielrechtelijk geplaatst tussen strafrechtelijk veroordeelde jongeren, die uiteenlopende (ernstige) delicten hadden begaan.

Vooruitlopend op genoemde wetswijziging heeft het ministerie van VWS enkele zorgaanbieders gevraagd een zorgaanbod te ontwikkelen voor de gesloten jeugdzorg. Samen met de betreffende pilot-instellingen, Paljas Plus, De Koppeling, Hand in Hand en de Hoenderloo Groep, startte Adviesbureau Van Montfoort halverwege 2007 met de ontwikkeling van de methode, die inmiddels de naam KaderMethode Jeugdzorg^{Plus} heeft gekregen. Voor u ligt de startversie van de KaderMethode, waarin de gezamenlijke visie van de betrokken instellingen is verwoord.

De doelgroep van Jeugdzorg^{Plus} bestaat uit jongeren die ernstige gedragproblemen hebben, veelal gecombineerd met een psychiatrische stoornis. Binnen de Nederlandse jeugdzorgketen is de financiering zodanig georganiseerd, dat de provincies verantwoordelijk zijn voor de jeugdzorg (gedragsproblemen), de AWBZ voor de zorg aan licht verstandelijk gehandicapten (LVG) en de GGZ voor jongeren met psychiatrische problematiek. De ambitie van Jeugdzorg^{Plus} is het ontwikkelen van een sectordoorbreekende benadering en behandeling, die voorkomt dat jongeren tussen de wal en het schip vallen.

Bij de ontwikkeling van de KaderMethode Jeugdzorg^{Plus} is primair gezocht naar evidence-based programma's voor deze specifieke doelgroep. Daarnaast is aangesloten bij de praktijkervaringen van de verschillende instellingen (practice-based). De nauwe samenwerking met de instellingen is bijzonder en kenmerkt de ontwikkeling van Jeugdzorg^{Plus}. Terwijl de praktijk hectisch is - er vinden geregeld crisissen plaats - lukt het de instellingen toch om gezamenlijk kennis en ervaringen uit te wisselen en op de nodige aanpak te reflecteren. Centrale vragen hierbij zijn: wat staat bekend als evidence-based, wat doen we al en wat moeten we nog ontwikkelen.

Op twee manieren wordt geprobeerd op termijn te voorzien in voldoende aanbod. In de eerste plaats zijn er enkele nieuwe instellingen opgericht. Daarnaast is eind 2006 door de ministeries van justitie en VWS besloten om voor 2010 stapsgewijs enkele JJI's van het ministerie van Justitie over te hevelen naar het onderwijl geformeerde ministerie voor Jeugd en Gezin, met als bestemming gesloten jeugdzorg.

De komende periode dragen de pilotinstellingen en de overkomende JJI's samen zorg voor de implementatie en de verdere ontwikkeling van de KaderMethode Jeugdzorg^{Plus}. Een goede samenwerking is hierbij van essentieel belang, met name voor een efficiënte en optimale aanpak. Om samen met jongeren de beste resultaten te kunnen bereiken, dient er sprake te zijn van een voortdurende doorontwikkeling, daarbij kan goed gebruik worden gemaakt van het onderzoek dat Praktikon momenteel uitvoert naar de doelgroep en de effectiviteit van de methode. Samen met de onderlinge kennisuitwisseling van de instellingen en de voortgang van (internationaal) wetenschappelijk onderzoek geeft dit concrete bouwstenen voor verbetering en verfijning van de KaderMethode Jeugdzorg^{Plus}.

Woerden, september 2008

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
1 Achtergrond bij de doelgroep.....	9
1.1 Landelijke afspraken over de doelgroep.....	9
1.2 Praktijkkennis en ervaring en dossieronderzoek naar het probleemgedrag	10
1.3 Theoretische benadering van de ontwikkeling van probleemgedrag	13
1.3.1 Ecologische benadering	13
1.3.2 Beschermende factoren en risicofactoren voor de ontwikkeling van probleemgedrag ..	15
1.3.3 Uitwerking van risico- en beschermende factoren op verschillende domeinen	17
1.3.4 Leeftijdsgebonden kijk op de ontwikkeling van probleemgedrag	22
1.3.5 Aangrijpingspunten voor behandeling	25
2 Wettelijk kader van Jeugdzorg^{Plus}	27
2.1 Toeleiding en voorwaarden voor plaatsing en verblijf in de gesloten jeugdzorg	27
2.2 Mogelijkheden voor inzet beperkende maatregelen, bijbehorende voorwaarden en doelstelling	28
2.2.1 Vrijheidsbeperkende maatregelen	29
2.2.2 Controlemaatregelen	32
2.2.3 Noodmaatregelen	33
2.2.4 Reglement beperkende maatregelen en huisregels.....	33
2.3 Voorwaarden bij behandelplanning.....	33
2.4 De waarborging van rechten en de mogelijkheden tot het indienen van klachten	35
3 Inhoudelijk kader: visie op de behandeling	36
3.1 Uitgangspunten en einddoel	36
3.2 Gedragsverandering	37
3.2.1 Diagnostiek vanaf de start	37
3.2.2 Gedragsverandering middels individuele gefaseerde aanpak	38
3.2.3 Motiveren tot gedragsverandering	40
3.2.4 Multidimensionele benadering	41
3.2.5 Trajectbenadering: een gefaseerde aanpak van gesloten/besloten naar open en ambulant	42
3.3 Gefaseerde aanpak	43
3.4 Realistische kijk op behandelen en behandel-effecten.....	47
4 Van programmadoel naar behandel- en werkdoelen.....	48
4.1 Programmadoel.....	48
4.2 Behandel-doelen	49
4.3 Werkdoelen	51
5 Jeugdzorg^{Plus}: een multidimensionele en gefaseerde aanpak	52
5.1 De start van de behandeling	52
5.1.1 Gezamenlijk onderzoek en oriëntatie op de toekomst.....	52

5.1.2 Doorlopende diagnostiek vanaf de start	53
5.2 Gezinsgericht werken: gezinsfocus creëren vanaf de start	54
5.3 De behandel leefgroep als basisaanbod	57
5.4 Gedragstrainingen met betrekking tot sociale vaardigheden, agressie regulatie en cognitieve en morele ontwikkeling.....	60
5.5 Individuele behandeling en therapie	61
5.6 Middelengebruik: uitgangspunten en behandelmodules	62
5.7 School en werk.....	64
5.8 Vrijtijdsbesteding en vrienden	65
5.9 Transferbegeleiding en nazorg: de praktijkfase	67
6 Effectief (be)handelen: continu evalueren en doorontwikkelen van de methode	68
6.1 De weg naar effectiever en efficiënter behandelen	68
6.2 Evaluatie en doorontwikkeling van de KaderMethode.....	70
6.2.1 Kennisintensieve doorontwikkeling middels de Bouwstenenmethode	70
6.2.2 Overlegvormen binnen de Bouwstenenmethode	71
6.3 Tot besluit.....	73
Referenties	75
Bijlagen (door de instellingen zelf toe te voegen)	79
1 Reglement beperkende maatregelen	
2 Huisregels	
3 Formats voor behandelplannen	
4 Afspraken m.b.t. buitenactiviteiten	
5 Het startgesprek: de GO	
6 De dagelijkse routine	
7 Fasering en feedbacksysteem met de fasekaarten	
8 Formats voor mentorgesprekken	
9 Omgaan met crisissen en incidenten	
10 Intensieve begeleiding van het systeem, MDFT, MST, FFT	
11 Onderwijs plan / arbeidstoeleiding	
12 Psychiatrische behandeling en medicatie	
13 Training sociale vaardigheden / agressieregulatie / morele ontwikkeling	
14 Vrijtijdstraining	
15 Behandeling van middelengebruik	
16 Cognitieve gedragstherapie	
17 Traumatherapie	
18 Creatieve therapie / muziektherapie / dramatherapie	
19 Competenties medewerkers	
20 Format casuïstiekbespreking	

LEESWIJZER

Deze methodemap bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt beschreven op welke basis de KaderMethode Jeugdzorg^{Plus} tot stand is gekomen, hoe deze eruit ziet en welke intensieve behandelvarianten in ieder geval uitgevoerd dienen te worden. In het tweede deel, dat zich achter de tabbladen bevindt, worden deze behandelvormen verder uitgewerkt. Deze uitwerking kan per instelling variëren, afhankelijk van de cultuur van de betreffende instelling en de regionale samenwerking met instellingen voor GGZ, LVG en onderwijs.

Er wordt voor de KaderMethode Jeugdzorg^{Plus} gebruik gemaakt van een methodemap, zodat instellingen zelf relevante documenten voor hun eigen instelling als bijlagen kunnen toevoegen.

Voor de leesbaarheid worden bepaalde termen (consequent) gebruikt of vermeden:

- Met de term jeugdigen wordt verwezen naar de gehele doelgroep van Jeugdzorg^{Plus}. De keuze hiervoor is gemaakt in het verlengde van Boendermaker (2005, p.9), die kinderen (0 tot en met 11 jaar) van jongeren (12 tot en met 18 jaar) onderscheidt en bij overlap van deze groepen van jeugdigen spreekt.
- Voor zowel jongens als meisjes die in aanmerking komen voor Jeugdzorg^{Plus} wordt voor de leesbaarheid de mannelijke aanspreekvorm gebruikt.
- De meeste jeugdigen die deelnemen aan Jeugdzorg^{Plus} worden opgevoed/verzorgd door (een van) hun ouders. Een deel van hen heeft echter geen ouders of wordt primair opgevoed/verzorgd door anderen. Naar deze personen wordt verwezen als opvoeder(s)/verzorger(s).
- Naar werknemers op Jeugdzorg^{Plus} groepen wordt voornamelijk verwezen als pedagogisch medewerkers. Uiteraard kan het bij instellingen gekoppeld aan de GGZ ook gaan om sociotherapeuten.

1 Achtergrond bij de doelgroep

Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren we een overzicht van de kenmerken, problemen en hulpvragen van jongeren uit de doelgroep van Jeugdzorg^{Plus}. Hiervoor is geput uit werkbezoeken aan uiteenlopende Jeugdzorg^{Plus} instellingen¹, gesprekken met behandelverantwoordelijken en dossieronderzoek. Vervolgens wordt de doelgroep vanuit theoretisch perspectief in beeld gebracht, resulterend in aangrijpingspunten voor de behandeling van probleemgedrag.

1.1 Landelijke afspraken over de doelgroep

Op 1 juli 2004 werd door de Tweede Kamer vastgesteld dat de hulpverlening aan civielrechtelijk uit huis geplaatste jongeren ontoereikend was. De bestaande (justitiële) opvanginrichtingen konden hen op dat moment niet de noodzakelijke hulp bieden. In reactie op deze constatering publiceerde het NIZW² in opdracht van de Ministeries van VWS en Justitie het rapport “De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen” (Boendermaker, 2005).

In het rapport (p.12) worden de zes belangrijkste hulpvragen van de jongeren op een rij gezet:

1. De jeugdige heeft behoefte aan een verblijfplaats voor langere tijd, aan het intact houden van relaties met het eigen netwerk (met name gezin en familie) en een dagbesteding (36%).
2. Het gezin heeft behoefte aan het verbeteren van de opvoedingssituatie en de gezinsrelaties, herstel van de gezagsrelatie en het leren hanteren/reguleren van de gedragstoornissen van de jongere (27%). Bij een deel van deze groep is er tevens behoefte aan een korte time-out voor de jongere, buiten het gezin.
3. Er is behoefte aan een tijdelijke verblijfplaats en aan duidelijkheid over wat er aan de hand is en welke hulp er nodig is om de problemen op te kunnen lossen (diagnostisch onderzoek), daarnaast is er behoefte aan het vergroten van de motivatie om hulp mogelijk te kunnen maken (21%).
4. De jeugdige heeft een verblijfplaats nodig voor langere tijd, waar hij/zij tegen zichzelf beschermd wordt en/of hem/haar bescherming geboden wordt tegen weglopen (7%).
5. De jeugdige heeft behoefte aan bescherming tegen mishandeling, dreiging en/of dwang vanuit de omgeving op een veilige (geheime) plek (4%).
6. De jeugdige heeft behoefte aan het ontwikkelen van assertiviteit/weerbaarheid en zelfstandigheid/zelfredzaamheid (3%).

Aanvullend wordt in het rapport (p.12) aangegeven: “Naast deze belangrijkste hulpvragen geldt voor alle jongeren dat er behandeling nodig is van hun ernstige gedragsstoornissen en (deels) internaliserende psychische problemen. In veel gevallen hebben ook de ouders hulp nodig, vanwege agressie, drank of druggebruik, schulden of andere problemen”.

¹ Het betreft hier de instellingen die aan de pilot hebben meegewerkt: Paljas Plus, De Koppeling, Hand in Hand, Hoenderloo Groep.

² Het NIZW is inmiddels opgegaan in het NJi, het Nederlands Jeugdinstituut.

De jongeren die in aanmerking komen voor Jeugdzorg^{Plus} kenmerken zich door de extremiteit van hun probleemgedrag. Ze kunnen zichzelf vaak niet meer bijsturen of corrigeren en accepteren meestal ook geen bemoeienis of hulp. Er is sprake van zware meervoudige problematiek, en de kinderrechter heeft een machtiging ter bescherming en ter voorkoming van verdere escalatie uitgesproken.

Boendermaker (2005) geeft aan dat bijna de helft van deze jongeren (45%) delicten heeft gepleegd.

Tot voor kort bestonden er geen instellingen voor gesloten en besloten jeugdzorg. Er was sprake van handelingsverlegenheid bij het regionale hulpverleningscircuit en jeugdigen met ernstige gedragsproblemen kwamen in de regel in het gesloten justitiële circuit terecht. Vaak gebeurde dit bij gebrek aan alternatieve mogelijkheden, omdat ze mede door het ontbreken van een adequate behandeling ernstig waren ontspoord en vaak bovendien in de criminaliteit terecht dreigden te komen. Met Jeugdzorg^{Plus} wordt per 1 januari 2008 voorzien in een nieuw ontwikkelde hulpverleningsvariant binnen deze omissie.

Over de doelgroep van de hulpverlening zijn landelijke afspraken gemaakt. Om in aanmerking te komen voor Jeugdzorg^{Plus}, dient er voor de betreffende jeugdige een machtiging gesloten jeugdzorg (Wjz 1-1-2008) afgegeven te zijn. Een dergelijke machtiging kan alleen worden afgegeven als er (indirect) gevaar dreigt voor de ontwikkeling of het leven van de jongere of dat van anderen. Het betreft jongens en meisjes in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar.

Bij Jeugdzorg^{Plus} wordt een categorisering gehanteerd die is gebaseerd op de ernst en urgentie van de situatie³. Het gaat om de volgende categorieën of situaties:

1. Slachtoffers van gedwongen prostitutie (inclusief slachtoffers loverboys)
2. Slachtoffers van seksueel misdrijf
3. Slachtoffers van geestelijke of lichamelijke mishandeling
4. Bescherming ter voorkoming van verdere escalatie tegen zichzelf (de jongere kan zichzelf niet meer bijsturen, corrigeren)
5. Dreiging in de situaties 1 t/m 4 te geraken
6. Politiebemoeienis ter voorkoming van verdere escalatie van geweld van de jeugdige tegen zijn/haar directe omgeving (de jongere kan zichzelf niet meer bijsturen, corrigeren) en waarin is afgezien van aangifte en strafrechtelijke vervolging wegens bloedverwantschap of angst voor represailles
7. Bescherming ter voorkoming van verdere escalatie tegen directe omgeving

Bij gebrek aan plaatsen binnen Jeugdzorg^{Plus} wordt voorrang verleend aan de jeugdigen uit de categorieën 1 t/m 4.

1.2 Praktijkkennis en ervaring en dossieronderzoek naar het probleemgedrag⁴

De praktijk binnen de instellingen voor gesloten jeugdzorg is dat de doelgroep van Jeugdzorg^{Plus} bestaat uit jongens en meisjes van 12 tot en met 18 jaar (een enkeling is ouder dan 18 jaar), die extreem probleemgedrag vertonen. Behandelverantwoordelijken en dossieronderzoek van Praktikon (Nijhof, Van Dam, Engels, Veerman, & Scholte, in voorbereiding) bevestigen dit en geven bovendien

³ Deze categorisering is beschreven in het zogenaamde Plaatsingsprotocol, dat op 1 januari 2008 van kracht is gegaan.

⁴ Zowel de praktijkervaringen als het dossieronderzoek betreffen de doelgroep van de gesloten jeugdzorg binnen de vier instellingen die bij de ontwikkeling van deze methodemap zijn betrokken. Deze paragraaf zal in de volgende versie van de methodemap verder worden uitgewerkt op basis van de dan geheel afgeronde onderzoeksrapportage van Praktikon, en zo mogelijk ook overige nieuw beschikbaar gekomen gegevens.

aan dat bij het grootste deel van de doelgroep sprake is van het gelijktijdig voorkomen van meerdere gedragsproblemen.

De onderzoekspopulatie van het dossieronderzoek betreft $N = 317$ jeugdigen die zijn opgenomen binnen de pilotinstellingen voor gesloten jeugdzorg: Paljas Plus, De Koppeling, Hand in Hand en de Hoenderloo Groep. De jongens (63%) en meisjes (37%) uit deze populatie hadden een gemiddelde leeftijd van ruim 15½ jaar op het moment van opname. Van deze jeugdigen is 87% in Nederland geboren, van de ouders een veel kleiner percentage: 58% van de moeders en 45% van de vaders. Van de ouders had 51% geen relatie of was gescheiden, het gemiddelde aantal kinderen in de gezinnen was twee.

Voorafgaand aan de opname ontving 79% van de jeugdigen hulpverlening. Van deze groep ($n = 249$) verbleef 79% in een Justitiële Jeugdinrichting, 10% in een andere residentiële instelling, 4% in een pleeggezin, 4% had te maken met open crisisopvang, 1% met ambulante hulp en 1% met overige hulpverlening.

Externaliserend of naar buiten gericht probleemgedrag zoals agressiviteit en opstandig gedrag bleek bij 98% van alle jeugdigen voor te komen. Naast externaliserend gedrag vertoonde 67% ook internaliserende of naar binnen gerichte problematiek zoals een depressie, angstig gedrag en extreme gevoelens van onzekerheid. Een groot deel van de jeugdigen heeft een DSM-diagnose (American Psychiatric Association, 2000) gekregen (62,1%). De meeste diagnoses hiervan betreffen oppositioneel opstandig gedrag (37%) en ADHD (28%).

Bij 70% van de jeugdigen waren politiecontacten geregistreerd. Voor deze jeugdigen ($n = 223$) was dat bij 80% in verband met vermogensdelicten, 71% voor geweldsdelicten, 30% voor vernieling/vandalisme/brandstichting, 4% voor zedendelicten en 14% voor overige typen delicten. Ruim 60% van de jongeren heeft een risicovolle vriendenkring, hun vrienden houden zich bezig met criminele activiteiten. Van de jeugdigen gebruikte 59% softdrugs, 17% harddrugs en bij 18% was sprake van problematisch alcoholgebruik.

Volgens het dossieronderzoek heeft 42% van de jeugdigen ernstige traumatische ervaringen meegemaakt. De dossiers geven aan dat maar liefst 95% van de jongeren zich voor de opname in een bedreigde opvoedingssituatie bevond. De onderzoekers van Praktikon concluderen dat de jongeren een diversiteit aan problematiek vertonen die zich op meerdere gebieden voordoet.

De ervaring van de behandelverantwoordelijken komt grotendeels overeen met de resultaten van Praktikon, die worden aangevuld met overige indrukken. De behandelverantwoordelijken vatten de kenmerken van de jongeren die tot de doelgroep behoren als volgt samen:

- Extreem antisociaal gedrag, veelal externaliserend gedrag.
- Vaak meervoudige problematiek bij de jongere: oppositioneel opstandig gedrag en ADHD of depressief gedrag en angststoornissen. Vooral ADHD komt vaak voor in combinatie met leer- of taalproblemen.
- Depressieve klachten, sombere stemming: verlies van belangstelling voor en plezier in allerlei activiteiten.
- Gedrag en beleving staan in het teken van directe behoeftebevrediging (lage frustratietolerantie).
- Gebrekkige sociale vaardigheden en gebrekkige probleemoplossende vaardigheden.
- Problematisch alcohol en drugsgebruik, vooral veel softdrugs.
- Seksueel misbruikt zijn.
- Slachtoffer zijn van geestelijke, lichamelijke en/of seksuele mishandeling door ouders, broers of zusjes.
- De jongeren komen bijna allemaal uit gezinnen waarbij het normale functioneren bemoeilijkt wordt door verhoogde draaglast / spanningsvelden. Te denken valt aan (geestelijke) gezondheidsproblemen van de ouders, echtscheiding(en) en wisseling(en) van opvoeders, huiselijk geweld, armoede, sociale isolatie.
- Er is vaak sprake van gezagsproblemen: de ouders/verzorgers zijn de greep op hun kind (volledig) kwijt en bieden hen onvoldoende veiligheid. Niet zelden zijn de jeugdigen dan ook slachtoffer van verwaarlozing, misbruik en/of mishandeling.
- Zowel 'vroeg' als 'late starters' wat betreft probleemgedrag.
- Structureel spijbelgedrag of verwijderd van school.
- Wegloopgedrag bij vrijwillige / open residentiële plaatsingen.
- Slechte interpersoonlijke relaties / vriendschappen.
- Afgewezen zijn/worden door prosociale leeftijdsgenoten en leerkrachten / trainers / coaches.
- Voortgezette socialisering door deviante leeftijdsgenoten.
- De ouders kunnen overigens ook zelf slachtoffer van het gedrag van hun kind zijn. In een deel van de gezinnen twijfelen de ouders er aan of zij nog wel verantwoordelijk voor hun kind kunnen en willen zijn.

1.3 Theoretische benadering van de ontwikkeling van probleemgedrag

Naast praktische kennis en ervaring is theoretische kennis essentieel om tot goede diagnostiek en behandeling te kunnen komen. Hiervoor is namelijk inzicht nodig, een verklaring voor het probleemgedrag, aandacht voor oorzakelijkheid of de in stand houdende rol van lichamelijke of psychische factoren bij het kind, omgevingsfactoren (gezin, school, etc.) en de ontwikkelingsgeschiedenis. Een theoretisch verklaringsmodel biedt een fundament waarin wordt aangetoond hoe het probleemgedrag zich ontwikkelt: er wordt een verklaring gegeven voor het ontstaan en de instandhouding van probleemgedrag, hetgeen leidt tot aangrijpingspunten voor de behandeling.

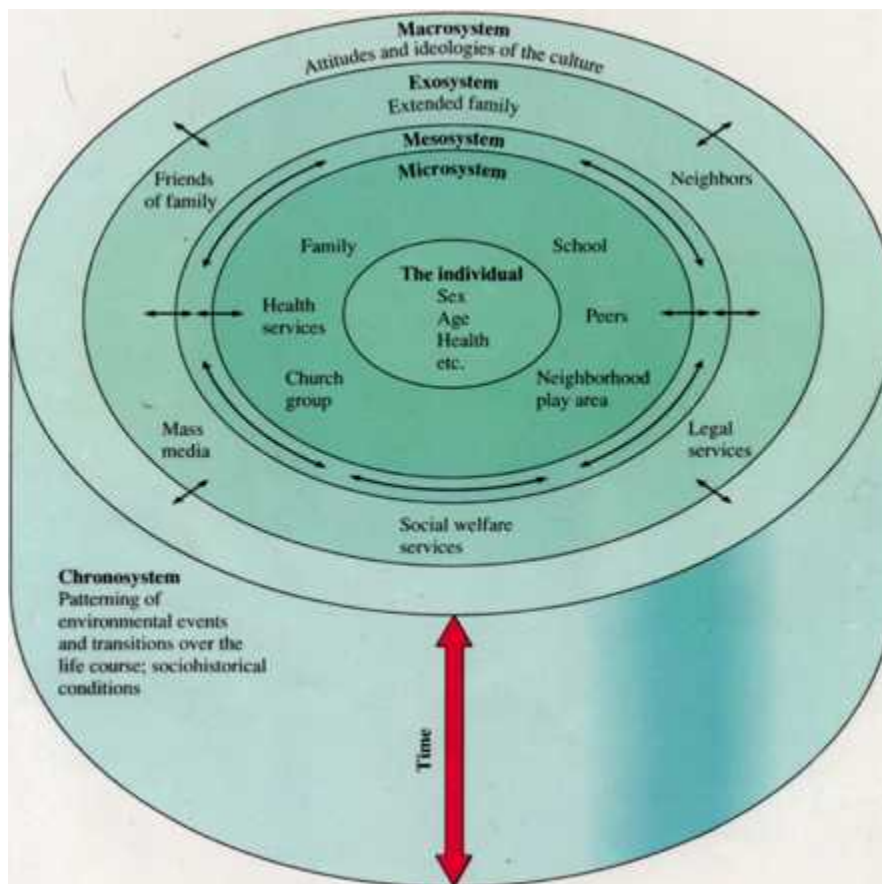
1.3.1 Ecologische benadering

Binnen Jeugdzorg^{Plus} is het uitgangspunt dat voor de meervoudige problematiek van de jeugdigen een meervoudige insteek en aanpak nodig zijn. Theorieën hebben uiteenlopende benaderingen ten aanzien van de factoren die primair een verklaring geven voor het ontstaan en in stand houden van problemen, zoals biologische, genetische, intrapersonlijke en interpersoonlijke factoren. Gezien de meervoudige problematiek van de doelgroep en gezien het feit dat men bij diagnostiek in de huidige praktijk over het algemeen van meerdere theorieën tegelijk uitgaat, is bij Jeugdzorg^{Plus} gekozen voor een geïntegreerde theoretische benadering. Deze zogeheten ecologische benadering wordt gebruikt als hulpmiddel om de belangrijkste factoren die de ontwikkeling van kinderen beïnvloeden in kaart te brengen. De behandeling wordt hier vervolgens op afgestemd om de kans van slagen zo groot mogelijk te maken. De ecologische benadering vindt zijn oorsprong in verschillende wetenschappelijke disciplines zoals de klinische psychologie, ontwikkelingspsychologie, pedagogiek, psychiatrie, epidemiologie, neuropsychologie en biologie.

Binnen de ecologisch benadering (Bronfenbrenner, 1979, 1994) worden uiteenlopende etiologische benaderingen (psychoanalytisch / psychodynamisch, leertheoretisch, biologisch) die gericht zijn op het verklaren van meervoudig probleemgedrag geïntegreerd. Dit heeft eraan bijgedragen dat men de ontwikkeling en socialisatie van de jeugdige als een proces ziet waarbij de erfelijke aanleg, de omgeving, en de interactie tussen aanleg en omgeving van invloed zijn op de ontwikkelingsuitkomst. In deze lijn kan gedrag alleen worden begrepen als niet alleen naar de individuele, maar ook naar de interpersoonlijke en sociaal-culturele factoren wordt gekeken. Bij het ontstaan van gedragsproblemen zal de sociale omgeving van het kind dan ook een belangrijke rol spelen.

Het ecologisch model van Bronfenbrenner (zie Figuur 1) maakt visueel dat het gedrag van de jeugdigen mede afhankelijk is van hun omgeving. In het model staat het kind centraal, binnen een breed netwerk van op elkaar aangesloten systemen, de situaties of contexten waarbinnen het kind zich bevindt.

Deze systemen kunnen positieve en negatieve invloeden hebben op het kind en zijn gezin. Ze vormen als het ware beschermende factoren en risicofactoren voor de ontwikkeling. De grootste invloed op de gedragsmatige ontwikkeling van het kind wordt toegekend aan karakteristieken van het kind zelf, zoals het geslacht, de leeftijd en genetische factoren. Daarnaast zijn er invloeden van het gezin, overige familie, alsook leeftijdsgenoten, school, werk, buurt en de bredere samenleving. In het model wordt de mate van invloed weergegeven door een onderverdeling te maken in verschillende levels van systemen. Het microsysteem zit in het model het dichtst om de jongere en oefent van de systemen die hem omhullen de grootste invloed op hem uit, gevolgd door respectievelijk het meso, exo en macrosysteem. Het chronosysteem maakt het belang van het tijdsperspectief duidelijk. Invloeden uit al deze systemen zijn van belang om probleemgedrag van jeugdigen te kunnen verklaren en te veranderen.



Figuur 1. Ecologisch model van Bronfenbrenner

1.3.2 Beschermende factoren en risicofactoren voor de ontwikkeling van probleemgedrag

Risico- en beschermende factoren beïnvloeden de kans op het ontwikkelen en in stand houden van probleemgedrag. *Risicofactoren* zijn factoren die de kans op een negatieve ontwikkelingsuitkomst of probleemgedrag vergroten. *Beschermende of protectieve factoren* zijn factoren die juist steun of bescherming bieden tegen risico en tegenslag. Ze verkleinen de kans op een negatieve ontwikkelingsuitkomst of probleemgedrag en hebben als het ware een bufferende werking. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren: het risico is afwezig of er is sprake van een positieve tegenhanger.

Verschillen in *kwetsbaarheid* (risicofactor) en *veerkracht of weerbaarheid* (beschermende factor) van de jongeren spelen een grote rol bij hun uiteindelijke ontwikkeling. Een deel van de jeugdigen die een verhoogd risico lopen ontwikkelt zich gunstig, zij kunnen worden beschouwd als de weerbaren, ze hebben zich aangepast en geven blijk van competentie. De overigen kunnen worden beschouwd als kwetsbaar.

Bij wetenschappelijk onderzoek worden risico- en beschermende factoren vaak onderverdeeld in de contexten of domeinen waarin ze voorkomen. Ferwerda, Jakobs en Beke (1996) hebben *risicofactoren* onderverdeeld op 5 niveaus. Ze maken een onderverdeling in de volgende domeinen en risicofactoren:

1. Gezinsomstandigheden: tienerzwangerschap van moeder, afwezigheid van biologische vader, delinquente ouders, sociaal economische deprivatie, broer/zus met probleemgedrag.
2. Persoonlijkheid, persoons- en gedragsmatige karakteristieken: laag IQ, concentratieproblemen, ongehoorzaamheid thuis, riskante gewoontes op jonge leeftijd, seksueel promiscue gedrag.
3. Contacten met politie en justitie: delinquent gedrag op jonge leeftijd, relatief ongewoon delictgedrag voor de leeftijd, hoge delictfrequentie, contacten met kinderbescherming, justitiële documentatie.
4. School: deviant gedrag op school en in de klas, magere schoolresultaten, speciaal onderwijs, spijbelen, veel schoolwisselingen, weinig steun/ stimulatie van ouders m.b.t. school.
5. Vrije tijd en leeftijdsgenoten: rondhangen, delinquente vrienden, slechte vrijetijdsbesteding.

Deković (1999) onderscheidt *risicofactoren* vanuit een ecologisch perspectief op drie niveaus:

1. Individu: lage onderwijsaspiraties, lage zelfwaardering.
2. Gezin: weinig ouderlijke steun en betrokkenheid, hoge mate van structuur of controle.
3. Leeftijdsgenoten (peers): blootstelling aan deviante leeftijdsgenoten, betrokkenheid bij deviante leeftijdsgenoten, extreme georiënteerdheid op leeftijdsgenoten, ongewoon dominante rol van leeftijdsgenoten.

Daarnaast onderscheidt zij op dezelfde niveaus *beschermende factoren*:

1. Individueel: actieve copingvaardigheden, competentie in normatieve rollen, betrokkenheid bij activiteiten waarvoor positieve erkenning wordt gegeven, succes op school.
2. Gezin: warme en opvoedende en steunende relatie met minimaal 1 ouder, kwaliteit van gehechtheid en positieve gehechtheid aan ouders, ouderlijke supervisie en monitoring.
3. Leeftijdsgenoten: succesvolle relaties met leeftijdsgenoten als bron voor steun, emotionele geruststelling en intimiteit, positieve rolmodellen, acceptatie door leeftijdsgenoten.

Kijken we naar het *cumulatieve effect van risico- en beschermende factoren* (Deković, 1999), dan blijkt het aantal risicofactoren zwaarder te wegen dan de inhoud van de betreffende factoren. Ook Loeber, Slot, Van der Laan en Hoeve (in press) geven op basis van grootschalig longitudinaal onderzoek aan dat de kans dat het kind risicovol en/of crimineel gedrag ontwikkelt groter is naarmate er sprake is van een groter aantal risicofactoren waaraan een kind wordt blootgesteld. Daarnaast stellen ze dat naarmate het aantal beschermende factoren groter is, de kans dat deze een buffer vormen tegen de negatieve invloed van risicofactoren ook groter is.

Risicofactoren kunnen op verschillende manieren tot problemen leiden. Een bepaalde risicofactor kan volgens de ontwikkelingspsychopathologische benadering (Cummings, Davies, & Campbell, 2000) meerdere problemen tot gevolg hebben. Mishandeling kan bijvoorbeeld resulteren in problemen met betrekking tot een depressie maar ook tot agressief gedrag. Daarnaast kan het ook zo zijn dat verschillende risicofactoren hetzelfde probleem tot gevolg hebben. Zowel onveilige gehechtheid als deviante vrienden kunnen bijvoorbeeld van invloed zijn op delinquent gedrag. Het resultaat is dan hetzelfde gedrag, maar omdat hierbij sprake is van een andere etiologie wordt een andere behandelingsinzet gevraagd.

Het effect van risicofactoren is afhankelijk van zowel de duur van blootstelling aan de risicofactor als het moment waarop een en ander zich afspeelt (Deković, 1999).

Iedereen krijgt tijdens het opgroeien te maken met uiteenlopende risico- en beschermende factoren. Sommige van deze factoren zijn simpelweg aan- of afwezig, maar bij de meeste factoren is er sprake van een meerdere of mindere mate van aanwezigheid. Gedurende de vroege kinderjaren hebben met name *individuele* en *gezinsfactoren* invloed op de ontwikkeling van de jongere, naarmate ze ouder worden groeit de invloed van *leeftijdsgenoten*, *school*, *buurt* en *sociale omgeving* (Loeber e.a., in press).

1.3.3 *Uitwerking van risico- en beschermende factoren op verschillende domeinen*

Duidelijk is geworden dat de risicofactoren waar men tijdens het opgroeien mee te maken kan krijgen, kunnen worden onderscheiden naar domeinen. Hieronder volgt een uitwerking van de meest prominente risico- en beschermende factoren, waarbij het onderscheid in domeinen wordt gehanteerd zoals gegeven door Loeber e.a. (in press). Het betreft achtereenvolgens de volgende vijf domeinen: jeugdige, gezin/familie, leeftijdsgenoten, school en buurt.

Risico- en beschermende factoren bij de jeugdige

Genetische factoren. Ernstig probleemgedrag treedt in de kindertijd zelden op zonder dat genetische factoren daarin een aandeel hebben. Welke rol genetische factoren daarin precies spelen, is (nog) niet geheel bekend. Bij het voorkomen van gedragsstoornissen (inclusief criminaliteit) die zich tijdens de kinderleeftijd uiten, lijken genetische factoren een grotere rol te spelen dan bij dezelfde gedragingen als die zich pas ontwikkelen tijdens de adolescentie. Verminderde autonome lichamelijke reacties (zoals meetbaar aan de hartslag en huidgeleiding) worden beschouwd als een genetisch bepaald signaal van de mogelijke ontwikkeling van hardnekkige gedragsstoornissen (inclusief criminaliteit). Ook neurocognitieve gebreken, een laag totaal IQ, een laag verbaal IQ en grote verschillen tussen het verbale en het performale IQ vormen in dit verband risicofactoren. De combinatie van ongunstige genetische en omgevingsfactoren vergroot het risico dat een kind gedragsproblemen ontwikkelt, die al dan niet gepaard gaan met criminaliteit. Onderzoek laat zien dat het gevaar hierbij vooral schuilt in de *wisselwerking* tussen die factoren. Het effect van dit geheel aan factoren is veel groter dan het effect van de optelsom van individuele risicofactoren (Loeber e.a., in press).

Een groot deel van de jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek vertoont *naast externaliserend gedrag ook internaliserende problemen*, zoals angststoornissen en depressiviteit. Onder externaliserend gedrag kan een depressie schuilgaan. Met name bij jongens waarbij sprake is van depressiviteit spelen gevoelens van minachting voor en afkeer van zichzelf. Deze gevoelens worden echter zelden getoond, ze worden meestal verborgen achter irritatie en externaliserend probleemgedrag (Van den Bergh, Knorth, & Noom, 2004).

Risico- en beschermende factoren bij het gezin / de familie

Risicofactoren in het gezin. Voor de ontwikkeling van gedragsstoornissen en crimineel gedrag speelt de samenstelling van een gezin (bijvoorbeeld een of twee ouders, klein of groot gezin) niet zo'n grote rol. Van groter belang is hoe ouders omgaan met hun kind en hoe ze reageren op zijn of haar gedrag. Tekortschietend opvoedingsgedrag van de ouders, zoals gebrekkig toezicht, overbescherming, afwijzing en inconsequente disciplineren hebben een negatieve invloed op de ontwikkeling van het kind.

Slachtofferschap als risicofactor. Naar schatting worden jaarlijks tenminste 110.000 Nederlandse kinderen geslagen, geschopt, verwaarloosd, vernederd, seksueel misbruikt of ze zijn ooggetuige van geweld tussen hun ouders of andere gezinsleden (MO-groep, 2008). Naar de omvang en de gevolgen van dit soort slachtofferschap is in Nederland weinig systematisch onderzoek verricht.

Aangetoond is dat een groot aantal kinderen dat seksueel is misbruikt of getuige was van geweld tussen de ouders ernstig problematisch laat zien, met name agressief gedrag. Bij de seksueel misbruikte kinderen liggen de scores voor zowel ernstig externaliserend als ernstig internaliserend

probleemgedrag ruim boven de 60%. Voor de kinderen die getuige waren van huiselijk geweld zijn die percentages respectievelijk 47% (externaliserend) en 71% (internaliserend).

Seksueel misbruikt zijn vergroot de kans op het ontwikkelen van ernstige psychische problemen (Lamers-Winkelman, 2005). De psychoseksuele ontwikkeling verloopt dan verstoord, waardoor de jeugdige een groter risico loopt om herhaald slachtoffer te worden, in de prostitutie te geraken of zelf tot daderschap over te gaan. Hierbij valt op dat meisjes vaker een verhoogde kans hebben op slachtofferschap en jongens op identificatie met degene die hen misbruikt(e) (Bentovim, 1992).

Voor de jongere belangrijke personen (zogenaamde VIPs, Very Important Persons), zoals een ondersteunende ouder, leerkracht, pedagogisch medewerker of (sport)trainer, oma, opa, tante, oom, zus, broer, of positieve school- en werkervaringen als beschermende factor fungeren. VIPs kunnen in belangrijke mate bijdragen aan het welbevinden van de jeugdige. Een VIP heeft een speciale band met de jeugdige en kan hem relationele steun bieden en bovendien als rolmodel fungeren (Beam, Chen, & Greenberger, 2002). Er is veel bewijs voor de positieve invloed die VIPs kunnen hebben op het gedrag van jeugdigen (DuBois, Holloway, Valentine, & Cooper, 2002; Scholte, Van Lieshout, & Van Aken, 2001; Zimmerman, Bingenheimer, & Notaro, 2002).

Ondersteunende relaties in de omgeving kunnen een cruciale rol spelen om individuen door een crisis of problemen heen te helpen (Groenendaal & Van Yperen, 1994). Het sociaal netwerk van het gezin van jeugdigen met ernstige gedragsproblemen biedt meestal echter onvoldoende compenserende factoren om een buffer te vormen voor de stressoren bij de jeugdige en zijn gezin (Doğan, Van Dijke, & Terpstra, 2000). Veel van deze gezinnen leven in een sociaal isolement en schamen zich voor de problemen binnen hun gezin. Te gemakkelijk gaat men er vanuit dat ouders hun verantwoordelijkheid als opvoeder zelfstandig waar kunnen maken. Ouders die het niet of onvoldoende lukt, wijken af van dit ideaalbeeld en hebben te maken met veel negativiteit van buitenaf. Reëler is het er niet als vanzelfsprekend vanuit te gaan dat elke ouder de zware verantwoordelijkheid die de opvoeding van kinderen met zich meebrengt kan dragen (Veldkamp, 2005).

Van der Pas (2005) stelt dat er naast een professioneel netwerk ook (uitbreiding van de) ondersteunende relaties in de omgeving van het gezin nodig is om kinderen goed op te kunnen voeden. Een sociale omgeving waarop men kan terugvallen als het even tegenzit, kan het mogelijk maken dat de situatie uiteindelijk onder controle gehouden kan worden.

Risico- en beschermende factoren van leeftijdsgenoten

Pesten, gepest worden, afwijzing en 'verkeerde' vriendjes. De invloed van leeftijdsgenoten op probleemgedrag kan verlopen via verschillende trajecten (Loeber e.a., in press). Nederlands onderzoek richtte zich vooral op pesten, afwijzing door leeftijdsgenoten en vereenzelving met zich afwijkend gedragende vriendjes. Niet-agressieve kinderen die gepest worden vertonen als gevolg daarvan veelal zelf probleemgedrag. Bij kinderen die al zulk gedrag vertonen, kunnen de problemen erdoor toenemen.

Ongeveer 5 tot 10 % van de kinderen wordt (of voelt zich) voortdurend door andere kinderen afgewezen. Dat kan vele negatieve gevolgen hebben, zoals vroeg beginnende gedragsproblemen en criminaliteit, maar ook de ontwikkeling van internaliserend probleemgedrag. Jonge kinderen zijn gevoeliger voor afwijzing door leeftijdsgenootjes dan oudere kinderen. Kinderen die een verhoogd risico lopen om gedragsstoornissen te ontwikkelen, sluiten zich makkelijker aan bij kinderen die al probleemgedrag vertonen, met als gevolg dat de laatste de ontwikkeling van zulk gedrag bij de eersten versnellen.

Bij veel van de jeugdigen is sprake van *ernstig en hardnekkig middelenmisbruik*. Jeugdigen grijpen vaak naar verdovende middelen om zich af te sluiten voor de buitenwereld en hun angsten of depressieve gevoelens te onderdrukken. De sociale afwijzing die de jeugdige hiermee oproept, versterkt vervolgens het depressieve beeld (Ferdinand e.a., 2005).

Er zijn sterke vermoedens dat een meerderheid van de geplaatste meisjes zich in het *loverboy circuit* ophoudt of dusdanig *seksueel overschrijdend gedrag* vertoont dat zij een verhoogd risico lopen om hierin terecht te komen. Vanaf begin jaren negentig doen zich duidelijke signalen voor van meiden die in de prostitutie worden gelokt en vervolgens terechtkomen in het loverboy circuit (Van Dijke, Terpstra, Berger, & Geurts, 2006). Het gaat hierbij vooral om minderjarige meisjes die worden benaderd door een nieuw 'vriendje', dat hen na verloop van tijd als prostituee aan het werk zet en uitbuit, waarbij grote druk, verbale en fysieke bedreiging niet worden geschuwd. Loverboys voelen ogenschijnlijk feilloos aan welke meiden zij het eenvoudigst kunnen ronselen voor hun praktijken. "In het algemeen zijn souteneurs mannen die profiteren van de verdiensten van prostituees. Loverboys vormen een bijzondere variant van soutenage: ze gebruiken hun liefdesrelatie met een vrouw om haar in de prostitutie te brengen en te exploiteren" (Bovenkerk e.a., 2004, p.19). Tegenwoordig komen er steeds meer signalen dat meisjes ook door andere meisjes voor dit doel worden geronseld. Zij doen dat dan veelal onder druk en verbale en fysieke bedreiging van hun eigen loverboy.

In de praktijk wordt gesignaleerd dat loverboys hun strategie deels verlegd hebben van de straat naar het internet (politie regio Utrecht en hulpverlenersorganisatie Pretty Woman in interview met de Volkskrant, 8 september 2008). Via msn en op internetsites als Hyves en Sugababes zoeken zij naar potentiële slachtoffers. Daarnaast signaleert de politie dat de pooiers zich steeds vaker richten op meiden met een licht verstandelijke handicap.

Risico- en beschermende factoren bij de school en de buurt

Tot slot hebben andere opvoedmilieus of contexten waarin het kind verblijft - met name school en buurt - invloed op hun ontwikkeling (Loeber e.a., in press). Negatieve factoren in die contexten kunnen voor sommige kinderen verklaren waarom hun gedrag - in tegenstelling tot dat van vergelijkbare kinderen op een andere school of uit een andere buurt - zich ontwikkelt tot problematisch, mogelijk crimineel gedrag. Enkele van de risico- en beschermende factoren vanuit deze domeinen zijn reeds aan de orde gekomen bij de voorgaande domeinen. Invloedrijke factoren vanuit de buurt zijn bijvoorbeeld deels beschreven bij het gezinsdomein. Voor de school betreft het met name factoren die bij het domein van de leeftijdsgenoten zijn genoemd. Kenmerkend voor scholen is bovendien hun sociomorele atmosfeer. Het gaat hierbij om de gemeenschaps- en saamhorigheidsgevoelens die de leerlingen binnen het schoolsysteem ervaren en de gedeelde normen en waarden (Power, Higgins, & Kohlberg, 1989). De gehanteerde schoolregels, de totstandkoming van deze regels, de mate waarin de leerlingen ervan op de hoogte zijn en de mate waarin deze regels consequent worden toegepast spelen hierbij een belangrijke rol, alsook de mate van invloed die de jeugdigen zelf ervaren te hebben op deze regels. Van belang is bovendien dat de leerlingen begrijpen waarom bepaalde handelingen door de school als morele overtreding worden gezien (Brugman & Stams, 2005; Veugelers & De Kat, 1998).

Het moreel schoolklimaat blijkt gerelateerd aan zowel prosociaal als antisociaal gedrag. Onderzoek bij scholen die de schoolgemeenschap uitdragen als een rechtvaardige gemeenschap, zogenaamde just community schools, laat zien dat een positief schoolklimaat positieve gedragsverandering tot gevolg heeft en leidt tot minder antisociaal gedrag (Power, Higgins, & Kohlberg, 1989). Ook het moreel klimaat van andere contexten is van invloed op gedrag van jeugdigen, zo vond Rutten (2007) een positief verband tussen het moreel klimaat van georganiseerde jeugdsport en prosociaal gedrag van de jeugdige sporters.

De risico- en beschermende factoren zijn domeinsgewijs samengevat in Tabel 1.

Tabel 1. Risico en beschermende factoren, ingedeeld in domeinen van voorkomen

Domein	Risicofactoren	Beschermende factoren
Jeugdige	Laag IQ	Normaal tot hoog IQ
	Moeilijk temperament	Makkelijk temperament
	Complicaties zwangerschap en/of geboorte	Geen complicaties zwangerschap en/of geboorte
	Genetische factoren (pathologie)	Genetische factoren (geen pathologie)
	Impulsief gedrag, gewaagd gedrag	Goede vaardigheden m.b.t. plannen, vooruitkijken en probleem oplossen
Gezin/familie	Laag onderwijsniveau ouders	Gemiddeld tot hoog onderwijsniveau ouders
	Lage sociaal economische status	Midden tot hoge sociaal economische status
	Inconsistente opvoeding	Consistente opvoeding
	Weinig of ontoereikend toezicht	Adequaate toezicht
	Autoritaire of permissieve opvoedingsstijl	Democratische opvoedingsstijl
	Psychopathologie van ouders	Geen psychopathologie van ouders
	Drugs of alcohol gebruik ouders/opvoeders	Geen drugs of alcohol gebruik ouders/opvoeders
	Crimineel gedrag ouders	Geen crimineel gedrag ouders
	Zware stress ouders/opvoeders	Weinig stress ouders/opvoeders
	Slechte relatie ouders/opvoeders onderling	Goede relatie ouders/opvoeders onderling
	Kindermishandeling en verwaarlozing	Geen kindermishandeling, geen verwaarlozing
	Opeenvolging van meerdere verzorgers	Geen of weinig verandering van verzorgers
	Sociaal isolement of afwijzing	Aanwezigheid andere ondersteunende volwassenen
	Afwijkend gedrag broertje of zusje	Geen afwijkend gedrag van broertje of zusje
Leeftijdsgenoten	Afwijzing door leeftijdsgenoten	Goede relatie met leeftijdsgenoten
	Pesten en gepest worden	Niet gepest worden
	Criminaliteit van leeftijdsgenoten	Lage criminaliteit van leeftijdsgenoten
	Drugsgebruik van leeftijdsgenoten	Weinig drugsgebruik van leeftijdsgenoten
School	Zwakke schoolorganisatie, weinig toezicht	Sterke schoolorganisatie, positief schoolklimaat (moreel klimaat)
	Hoge mate van afwijkend gedrag van medeleerlingen op school	Lage mate van afwijkend gedrag van medeleerlingen op school
Buurt	Achterstandswijk	Goede buurt
	Veel buurtcriminaliteit en discriminatie in de buurt	Weinig buurtcriminaliteit

1.3.4 *Leeftijdsgebonden kijk op de ontwikkeling van probleemgedrag*

Beschermende factoren kunnen net als risicofactoren niet alleen worden gerelateerd aan de domeinen waarin ze voorkomen maar ook aan de opeenvolgende leeftijdsperioden. Ook hierbij is er sprake van een cumulatie, waarbij beschermende factoren elkaar en dus ook elkaars effect kunnen versterken.

Voor de ontwikkeling van ernstig en hardnekkig probleemgedrag geldt een aantal universele leeftijdsgebonden principes (Loeber e.a., in press).

- Beschermende factoren zijn vooral aanwezig tijdens de kinderjaren, terwijl het aantal risicofactoren toeneemt van kindertijd tot adolescentie.
- Kinderen die al heel jong en voortdurend probleemgedrag vertonen, de zogenaamde vroege starters, blijken vaker dan late starters ernstige gedragsstoornissen te ontwikkelen.
- Bovendien geldt dat het aantal wetsovertreders laag is in de late kindertijd en vroege adolescentie, een top bereikt tijdens de midden- tot late adolescentie en vervolgens afneemt.

Kennis van deze principes is van belang om preventieve maatregelen te kunnen nemen die tegengaan dat kinderen vervallen van kwaad tot erger.

De ontwikkeling van probleemgedrag kan ook worden benaderd vanuit een vier-fasenmodel. Patterson, Reid en Dishion (1992) deden bij gezinnen vergelijkend observatieonderzoek naar de ontwikkeling van kinderen met probleemgedrag en kinderen zonder gedragsproblemen. Ze concludeerden dat bepaalde factoren die voorkomen tijdens het opgroeien van kinderen ernstig probleem- en antisociaal gedrag veroorzaken. Het vier-fasenmodel (Patterson, Reid, & Eddy, 2002) beschrijft een proces van de ontwikkeling van relatief onbeduidend probleemgedrag dat zich geleidelijk ontwikkelt tot zowel ernstiger openlijk als heimelijk antisociaal gedrag. Een complex veld van individuele en contextuele factoren draagt bij aan de ontwikkeling en escalatie van antisociaal gedrag. Het vier-fasenmodel kan als volgt worden weergegeven.

Ontwikkeling van peuter tot kleuter

Ouders geven aan dat hun peuters zich tegendraads en eigenwijs kunnen gedragen, hetgeen het moeilijk kan maken om met ze om te gaan. Voor bepaalde peuters is dit gedrag echter zo extreem, dat hun ouders dit gedrag typeren als moeilijk handelbaar. Erfelijke, pre- en perinatale factoren kunnen een rol spelen een rol bij het ontstaan van dit gedrag (Doreleijers, 2004).

Patterson e.a. (2002, 1992) stellen dat aan de basis van gedragsstoornissen doorgaans een coërcief ontwikkelingsproces of 'afdwingproces' ten grondslag ligt. Hun 'coercion-theory' verduidelijkt hoe zich bij ouders en kinderen geleidelijk een gedragspatroon ontwikkelt waarbij kinderen ouderlijke opdrachten weigeren en eisend kunnen zijn om op korte termijn voordelen te halen. Kinderen huilen, zeuren, treuzelen, pesten en slaan als het moet om onder ouderlijke opdrachten uit te komen en ouders proberen van alles (roepen, tieren, zeuren, dreigen), maar laten uiteindelijk hun opdrachten voor wat ze zijn. De ouders voelen zich machteloos en worden uiteindelijk slachtoffer van hun eigen inconsequente optreden.

Op termijn zijn ook de kinderen slachtoffer van die ontwikkeling doordat ze weinig frustratietolerantie en doorzettingsvermogen leren. Het coërcieve proces is verraderlijk omdat het langzaam evolueert en omdat het om langdurig ingesleten automatische interacties gaat.

In deze fase leert het kind dat negatieve, dwingende reacties op verzoeken van zijn ouder(s), zoals weigering, huilen of ruziën, "effect hebben". De ouders trekken zich namelijk terug of geven toe. Coërcief gedrag komt in elk gezin dagelijks voor en hoeft op zich niet problematisch te zijn. Wanneer jongeren zo'n 60 tot 70 % van de opdrachten van hun ouders inwilligen, kan dat nog door de beugel. Om de 10 minuten een 'dwingsituatie' is gebruikelijk voor een doorsneegezin en vormt geen probleem. In veel gezinnen gaan ouders soepel om met coërcief gedrag. Ouders hebben over het algemeen vooraf een plan over welke eisen ze aan kinderen stellen zijn en ze weten hoe ze ongewenst gedrag moeten stoppen. Ook weten de meeste ouders hoe ze zonder de conflicten te laten escaleren een probleem kunnen aanpakken door bijvoorbeeld humor te gebruiken of de conflictsituatie te verlaten.

Anders gaat het eraan toe in probleemgezinnen. Geleidelijk is in deze gezinnen een ontwikkeling zichtbaar naar *exclusief* gebruik van coërcief gedrag. Om de 2 à 3 minuten is er een dwingsituatie. De ouders zijn dubbel zo coërcief als in het gemiddelde gezin. Ze zeuren en dreigen, maar zetten niet door. De kinderen blijken viermaal zo dwingend als andere jongeren. Ongeveer 10% van hun interacties is coërcief en dus gericht op het afhouden van opdrachten, het niet nakomen van afspraken, etc. De ouder verliest zo geleidelijk de controle over het gezin en de opvoeding. Er ontstaat een rolomkering: "the child runs the family". Ouders ontwikkelen de opvatting dat zij als opvoeders machteloos zijn ("Wat ik ook probeer, het loopt toch slecht af"). Het verwondert dan ook niet dat veel ouders na al die kleine, soms pijnlijke nederlagen uitgeput zijn, zich machteloos voelen en (met name moeders) depressies kunnen ontwikkelen.

Coërcief gedrag bij jongeren heeft te maken met (1) te weinig of niet uitvoeren van opdrachten en bevelen van ouders, (2) een beperkte bereidheid om regels na te leven en (3) een algemene beperkte meewerkende houding. In de hulpverlening wordt dit gedrag ook wel opgesplitst in weigergedrag en eisend gedrag. Weigergedrag wijst dan op het systematisch naast zich neerleggen van opdrachten. Huishoudelijke taken en schooltaken worden dan bijvoorbeeld niet of inadequaat uitgevoerd. Eisend gedrag verwijst naar het aandringen, zeuren of andersoortig afdwingen van persoonlijke voordelen. Uitgaansuren, speelgoed, vervoermiddelen, genotsmiddelen en dergelijke maken deel uit van het strijdtoneel.

Het schoolgaande kind

In deze fase begint de sociale omgeving buitenshuis te reageren op de dwingende stijl van het kind. Tegen de tijd dat kinderen met gedragsproblemen naar school gaan laten ze veel vaker aversief gedrag zien als leeftijdsgenoten zonder gedragsproblemen. Het is niet verrassend dat zij hierdoor worden afgewezen door de meeste leeftijdsgenoten (Coie & Kupersmidt, 1983) en door docenten (Walker & Close, 1992). Kinderen moeten op school enigermate behulpzaam en inschikkelijk zijn om zelfs de eenvoudigste taken in de klas af te ronden. Weigerachtig gedrag leidt dan tot problemen. Coërcieve kinderen hebben het (vervolgens) ook moeilijk om negatieve feedback van onderwijzers, zoals terechtwijzingen, te aanvaarden. Ze kunnen hun gedrag moeilijk corrigeren op basis van opmerkingen van leerkrachten en andere gezagsdragers. Hierdoor is er grote kans dat het komt tot een dubbele mislukking. Zowel op prestatievlak als op sociaal vlak blijken dwingende kinderen af te haken. Bij sommige kinderen gebeurt dit al snel, na enkele weken school is het al flink mis. Het gebrek aan frustratietolerantie en aan doorzettingsvermogen verslechtert de toestand alleen maar.

Het in een vroeg stadium niet naleven van de klassenregels leidt ertoe dat onderwijzers en leeftijdsgenoten het kind niet mogen. Uit onderzoeken naar hoe vriendschappen tot stand komen blijkt dat kinderen bijzonder snel bepalen of ze iemand aardig vinden of niet (bijv. binnen de eerste 30 minuten) en dat deze eerste beslissing behoorlijk stabiel lijkt te zijn voor de toekomst. Als een kind eenmaal niet aardig wordt gevonden, is het erg moeilijk om deze negatieve eerste indruk nog te veranderen (Coie & Kupersmidt, 1983). De kwetsende stijl van communiceren leidt ook tot afwijzing door belangrijke volwassenen, zoals onderwijzers, maar ook trainers en coaches van bijvoorbeeld de sportclub of scouting. Dit heeft tot gevolg dat het kind geen voordelen ervaart van participatie in reguliere sociale ervaringen, zoals het meedoen met spelletjes, clubs of andere groepsactiviteiten, hetgeen leidt tot afwijzing en terugtrekking bij het kind (Patterson, Reid, & Dishion, 1992). Omdat het kind daardoor ook minder tijd spendeert aan georganiseerde activiteiten, zoals sporten, raakt het snel achterop met vaardigheden, zoals voetbal, en andere statusgerelateerde activiteiten van kinderen op deze leeftijd. Hierdoor ontstaan bij sommige kinderen stemmingsstoornissen.

De pubertijd

In deze periode spenderen jongeren een steeds groter wordend deel van hun tijd op school en op straat. In deze fase plaatst een combinatie van antisociaal gedrag en een tekort aan sociale vaardigheden het kind in een toenemend riskante positie om betrokken te raken bij afwijkende leeftijdsgenoten en criminele activiteiten. Omgang met leeftijdsgenoten die niet sociaal vaardig zijn kan een dramatisch effect hebben op de levensloop van een puber wanneer ouders er niet in slagen toezicht te houden op hun kind en het te corrigeren.

Langlopend onderzoek van Elliott, Huizinga en Ageton (1985) benadrukt de kracht van de relatie tussen het zich aansluiten bij een afwijkende groep leeftijdsgenoten en latere criminaliteit. Het toont aan dat de tieners die relatief zwakke banden met hun familie en school hebben en omgaan met afwijkende leeftijdsgenoten een grote toename van delictgedrag laten zien, vergeleken met de periode voordat zij omgingen met afwijkende leeftijdsgenoten. Ondertussen ontwikkelen zich bij de jongere meer en meer een laag zelfwaardegevoel en gevoelens van perspectiefloosheid.

De volwassenheid

In fase 4 kan de jongere uitgroeien tot antisociale volwassene. In deze fase komen veel verbroken relaties voor, problemen met werk in inkomen, geestelijke gezondheidsproblemen, verslaving en een verhoogde kans op detentie (Caspi, Elder, & Bem, 1987).

1.3.5 Aangrijpingspunten voor behandeling

De Jeugdzorg^{plus} instellingen worden geacht alle aangemelde jeugdigen te behandelen, ze hebben te maken met jeugdigen waarbij sprake is van de meest complexe (gedrags)problematiek en sterk uiteenlopende risicofactoren. Op het gebied van gedragsproblemen geldt dat veel van de jeugdigen die in de gesloten jeugdzorg komen delictgedrag vertonen of hiertoe geneigd zijn.

Effectieve gedragsinterventies voor jeugdigen hebben een aantal gemeenschappelijke kenmerken, die aangrijpingspunten bieden voor de behandeling. Om tot een effectieve behandeling en recidivevermindering te kunnen komen, moet er volgens de 'What Works' benadering aan zes voorwaarden of beginselen worden voldaan (Van den Hurk & Nelissen, 2004; Van der Laan, 2004). Het *risicobeginsel* is een van deze beginselen: naarmate de kans op recidive groter is, dient een intensievere interventie te worden ingezet. Volgens een van de andere beginselen, het *behoeftebeginsel*, richt een effectieve interventie zich op beïnvloedbare (dynamische) risicofactoren en problemen die rechtstreeks samenhangen met het delinquente gedrag. Het *responsiviteitsbeginsel* houdt in dat er een goede 'match' moet zijn tussen de cognitieve en de sociale mogelijkheden van de jeugdige, en kenmerken van de methode en de behandelaar. Het *beginsel van behandelmodaliteit* impliceert dat een interventie zich dient te richten op verschillende aspecten en hierbij dienen bovendien verschillende methodieken te worden gebruikt, aangezien er meestal sprake is van diverse (gedrags)problemen. Het beginsel van *programma-integriteit* gaat er vanuit dat effectieve programma's zijn ontwikkeld op basis van theoretische verklaringen van probleemgedrag, die door middel van onderzoek zijn getoetst. Programma-integriteit houdt in dat alle onderdelen van een programma moeten worden uitgevoerd zoals ze zijn bedoeld en beschreven. Tenslotte wordt het *professionaliteitsbeginsel* genoemd: een programma kan alleen goed worden uitgevoerd als de uitvoerders professioneel zijn, dat wil zeggen, goed opgeleid, goed getraind, in staat het programma aan te passen aan de individuele behoeften en mogelijkheden van de deelnemers (responsiviteitsbeginsel) en gesteund door intervisie en supervisie vanuit hun organisatie.

De What Works beginselen bieden logischerwijs een goede basis van uitgangspunten die nauwkeurig dienen te worden gewogen bij de totstandkoming van de methode die wordt gebruikt voor jongeren uit de gesloten jeugdzorg.

Idealiter gezien zouden vanwege de problematiek van de jeugdigen in de gesloten jeugdzorg meerdere, elkaar aanvullende veranderingsstrategieën moeten worden ingezet, die focussen op de verschillende contexten waar de jeugdige en zijn gezin mee te maken hebben. Naast de ouders en het gezin dienen ook de school, de vriendengroep, en de ondersteunende relaties in de omgeving van het gezin betrokken te worden bij het behandelprogramma (Bartels, Schuursma, & Slot, 2001).

Het ontwikkelen van een dergelijke multidimensionele sectordoorbreekende benadering is dan ook een belangrijk gezamenlijk streven van het ministerie van Jeugd en Gezin en de Jeugdzorg^{Plus} instellingen.

2 Wettelijk kader van Jeugdzorg^{Plus}

Inleiding

De gesloten jeugdzorg, waarbinnen de methode Jeugdzorg^{Plus} wordt ingezet, is gebonden aan wet- en regelgeving. In dit hoofdstuk wordt de methode Jeugdzorg^{Plus} belicht vanuit de wettelijke kaders voor gesloten jeugdzorg. Deze bieden de kaders en grenzen waarbinnen de interventie dient plaats te vinden, om zodoende jeugdigen op een goede manier te begeleiden. Instellingen voor gesloten jeugdzorg kunnen verschillende beschermingsniveaus bieden, ze begeleiden de jongere vanuit gesloten, vervolgens besloten en tenslotte open zorg. Wettelijk gezien is sprake van gesloten jeugdzorg als bij de betreffende accommodatie de deur op slot kan en er sprake kan zijn van beperkende maatregelen. De wettelijke kaders maken het mogelijk om bij jongeren met ernstige gedragsproblemen waar nodig zwaar in te zetten op structuur, om zo hun gedrag te reguleren en bij te sturen.

Sinds 1 januari 2008 is een hoofdstuk gesloten jeugdzorg toegevoegd aan de wet op de jeugdzorg. Hierin wordt benoemd:

- welke voorwaarden er gelden voor plaatsing en verblijf in de gesloten jeugdzorg;
- welke beperkende maatregelen er mogelijk zijn, onder welke voorwaarden en voor welke doelen deze mogen toegepast;
- op welke wijze de instellingen deze voorwaarden en beperkende maatregelen vast dienen te leggen in een reglement en in huisregels.

2.1 Toeleiding en voorwaarden voor plaatsing en verblijf in de gesloten jeugdzorg

Voor plaatsing in een instelling voor gesloten jeugdzorg is een *indicatiebesluit 'verblijf in gesloten jeugdzorg'* van Bureau Jeugdzorg nodig, waarin de gewenste hulpverlening wordt benoemd. Voorafgaand aan dit besluit hebben de gezinsvoogd of de casemanager van Bureau Jeugdzorg met de coördinator gesloten jeugdzorg besproken wat mogelijk en wenselijk is voor de betreffende jeugdige.

Bureau Jeugdzorg of de Raad voor de Kinderbescherming dient vervolgens een daartoe strekkende *machtiging van de kinderrechter* aan te vragen. Een schriftelijke verklaring van een gedragswetenschapper die de jeugdige recent heeft gesproken dient tevens onderdeel te zijn van de aanvraag. De machtiging kan voor een jeugdige worden afgegeven als deze onder toezicht is gesteld of als degene die het gezag over hem heeft met het verblijf binnen gesloten jeugdzorg instemt.

De jeugdige kan vervolgens door de coördinator gesloten jeugdzorg worden aangemeld bij de afdeling Individuele Jeugdzaken van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI/IJZ). Deze dient ervoor te zorgen dat zowel het indicatiebesluit als de rechtelijke machtiging worden overgedragen bij de aanmelding. De coördinator bespreekt vervolgens met DJI/IJZ welke zorgaanbieder de beste mogelijkheden biedt voor de jeugdige. De coördinatie gesloten plaatsing van DJI/IJZ beoordeelt uiteindelijk of de jeugdige voldoet aan de criteria en als dat het geval is, waar hij geplaatst gaat worden.

Zoals reeds aangegeven (zie ook paragraaf 1.1), zijn er landelijke afspraken gemaakt over een categorisering voor jeugdigen die in aanmerking komen voor gesloten jeugdzorg:

1. Slachtoffers van gedwongen prostitutie (inclusief slachtoffers loverboys).
2. Slachtoffers van seksueel misdrijf.
3. Slachtoffers van geestelijke of lichamelijke mishandeling.
4. Bescherming ter voorkoming van verdere escalatie tegen zichzelf.
5. Dreiging in de situaties 1 t/m 4 te geraken.
6. Politiebemoeienis ter voorkoming van verdere escalatie van geweld van de jeugdige tegen zijn/haar directe omgeving (de jongere kan zichzelf niet meer corrigeren, veranderen) en waarin is afgezien van aangifte en strafrechtelijke vervolging wegens bloedverwantschap of angst voor represailles.
7. Bescherming ter voorkoming verdere escalatie tegen directe omgeving.

Voldoet de jeugdige aan een of meerdere criteria voor gesloten jeugdzorg, dan volgt plaatsing in een van de instellingen voor gesloten jeugdzorg. De categorisering kent een prioritering voor plaatsing op grond van ernst van de situatie. Jeugdigen die worden gerekend tot een van de eerste vier categorieën, worden als het meest kwetsbaar gezien en krijgen daarom de hoogste prioriteit voor plaatsing binnen Jeugdzorg^{Plus}. Zij dienen niet in een JJI geplaatst te worden. Is er binnen gesloten jeugdzorg in het geheel geen plaats voor een jeugdige uit een van deze categorieën te vinden, dan zal men afhankelijk van de situatie desnoods toch uitwijken naar een JJI, hoewel hiertoe inhoudelijk gezien sterke weerstand bestaat. Jeugdigen uit de overige categorieën worden daar waar mogelijk geplaatst binnen gesloten jeugdzorg en als daar geen plek beschikbaar is in een JJI.

2.2 Mogelijkheden voor inzet beperkende maatregelen, bijbehorende voorwaarden en doelstelling

De wet op de jeugdzorg geeft de kaders en grenzen aan waarbinnen de jeugdigen op een goede en veilige manier begeleid dienen te worden van gesloten/besloten behandeling naar terugkeer in de samenleving. Elke instelling dient derhalve zowel huisregels als een reglement beperkende maatregelen te hanteren (zie Bijlage 1 en 2).

De wet kent de volgende vrijheidsbeperkende maatregelen:

- een plaatsverbod;
- tijdelijke afzondering (time out);
- tijdelijke overplaatsing binnen de instelling of naar een andere instelling voor gesloten jeugdzorg;
- vastpakken en vasthouden;
- gedwongen hulpverlening;
- gedwongen medische behandeling, waaronder het onder dwang toedienen van medicatie;
- specifieke beperkingen in de communicatie die niet als algemene regel in de huisregels zijn opgenomen.

Naast deze vrijheidsbeperkende maatregelen kent de wet enkele beperkende maatregelen in de zin van controlemaatregelen:

- onderzoek aan lichaam en kleding;
- onderzoek van urine op drugs en alcohol;
- onderzoek van de kamer op verboden bezit;
- onderzoek van poststukken.

Uitgangspunt bij de beperkende maatregelen is dat per jeugdige op maat in zijn behandelplan wordt vastgelegd welke beperkende maatregelen eventueel op hem zullen worden toegepast. Anders gezegd: behoudens noodsituaties mogen alleen die beperkende maatregelen op een jeugdige worden toegepast als die in zijn behandelplan zijn opgenomen. In het geval van een noodsituatie kunnen beperkende maatregelen alleen via een noodmaatregel worden toegepast. Vanzelfsprekend kan het behandelplan steeds worden bijgesteld indien er meer of minder beperkende maatregelen noodzakelijk blijken.

2.2.1 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Plaatsverbod

De gedragswetenschapper kan de jeugdige - als deze beperkende maatregel in zijn behandelplan staat - in verband met vluchtgevaar of vanwege de veiligheid van de jeugdige of die van anderen, een verbod opleggen om bepaalde plaatsen te betreden, zo nodig met de tijden erbij. In de maatregel geeft de gedragswetenschapper ook de duur van het verbod aan. Van het verbod maakt de gedragswetenschapper een aantekening in het dossier van de jeugdige, zodat hierover geen misverstanden kunnen bestaan.

Tijdelijke afzondering (Time-out)

Een tijdelijke afzondering, in het reglement time-out genoemd, kan worden opgelegd vanwege vluchtgevaar, de veiligheid van de jeugdige of die van anderen, of handhaving van de huisregels. Doel van deze maatregel is dat de jeugdige tot rust komt, zodat hij zo snel mogelijk weer in de groep terug kan keren. Tijdens de time-out verblijft de jeugdige in een aparte, daarvoor speciaal ingerichte time-outruimte.

De time-out is uitdrukkelijk niet bedoeld als straf, maar als een laatste middel om de jeugdige de gelegenheid te geven om tot zichzelf te komen. De time-out dient dan ook onmiddellijk te worden beëindigd als de jeugdige zich weer zodanig gedraagt dat hij in de groep kan functioneren. De beroepskracht die telkens contact zoekt met de jeugdige beoordeelt op welk moment de jeugdige weer kan terugkeren naar de groep.

Voordat de time-out wordt toegepast, geeft de beroepskracht de jeugdige (minstens) één uitdrukkelijke waarschuwing, waarin duidelijk wordt gezegd dat bij voortzetting van het gedrag een time-out zal volgen. Door deze waarschuwing wordt de jeugdige een duidelijke keuze geboden: óf zijn gedrag bijstellen, óf een time-out.

De beroepskracht overlegt van te voren over de maatregel met de gedragswetenschapper, tenzij overleg vooraf niet mogelijk is. Doel van dit overleg is vooral te bezien of er nog andere, lichtere middelen kunnen worden ingezet om zo een time-out te voorkomen. Is overleg vooraf met de gedragswetenschapper niet mogelijk, dan stelt hij de gedragswetenschapper wel onmiddellijk op de hoogte nadat hij de jeugdige in de time-outruimte heeft geplaatst.

De feitelijke toepassing van de maatregel meldt de beroepskracht zo spoedig mogelijk aan de gedragswetenschapper. Aan deze melding voegt hij een kort schriftelijk verslag van de time-out toe, met daarin: zijn eigen naam en functie, de naam en functie van de beroepskracht die aanwezig was in de buurt van de time-outruimte, de naam van de jeugdige, de datum en het uur waarop de maatregel werd toegepast, de omstandigheden die de maatregel noodzakelijk maakten en de duur van de maatregel (zie Bijlage 9, omgaan met crisissen en incidenten).

De beroepskracht houdt zorgvuldig zicht op de toestand van de jeugdige, hij zoekt in ieder geval eens per tien minuten contact met hem. Is er ook maar enige aanleiding tot zorg, dan waarschuwt hij de gedragswetenschapper, die de nodige maatregelen treft om de gezondheid en de veiligheid van de jeugdige te beschermen.

In veel gevallen zal een korte periode van time-out voldoende zijn om de jeugdige tot rust te brengen. Kan de time out binnen een uur echter niet beëindigd worden, dan moet de beroepskracht er voor zorgen dat de gedragswetenschapper ter plaatse komt om de toestand van de jeugdige te beoordelen en te bezien welke maatregelen nodig zijn.

De gedragswetenschapper heeft de keuze uit drie mogelijkheden:

1. De jeugdige is naar zijn oordeel zondanig tot rust gekomen dat hij wordt teruggezonden naar de afdeling.
2. De jeugdige is al wel enigszins tot rust gekomen maar nog niet zodanig dat hij terug kan keren naar zijn afdeling, in dat geval verlengt de gedragswetenschapper de time-out in de time-outruimte.
3. De jeugdige is in het geheel nog niet tot rust gekomen, in dat geval draagt de gedragswetenschapper er zorg voor dat de jeugdige zijn time-out voortzet in een separeerruimte.

Na de time-out beziet de gedragswetenschapper of het noodzakelijk is om het behandelplan aan te passen ten einde een nieuwe time-out of separeren te voorkomen.

Onmiddellijk nadat de jeugdige voor een time-out in een separeerruimte is geplaatst, wordt de kinder- en jeugdpsychiater daarover geïnformeerd zodat hij mee kan denken, bijvoorbeeld over (vrijwillige of gedwongen) medicatie. Zonodig komt hij ter plaatse om de toestand van de jeugdige te beoordelen. Duurt de time-out in de separeer langer dan een uur, dan zoekt de gedragswetenschapper in ieder geval contact met de kinder- en jeugdpsychiater voor een consult.

Alle beslissingen over time out en eventueel separeren worden vastgelegd in het dossier. Daarnaast worden deze beslissingen gemeld aan Bureau Jeugdzorg en aan de ouders van de jeugdige indien hij niet onder toezicht is gesteld.

Tijdelijke overplaatsing

De manager van de instelling kan beslissen dat een jeugdige wordt overgeplaatst naar een andere afdeling (waar Jeugdzorg^{Plus} wordt geboden), of naar een andere aanbieder van Jeugdzorg^{Plus}. Deze maatregel kan alleen worden genomen vanwege: vluchtgevaar, de veiligheid van de jeugdige of van anderen, of de handhaving van de huisregels. De manager neemt de beslissing over de overplaatsing pas nadat hij het advies van de gedragswetenschapper heeft ingewonnen. De overplaatsing eindigt als deze niet langer noodzakelijk is gelet op het doel waarvoor de maatregel is opgelegd.

Een besluit tot overplaatsing moet niet alleen worden vastgelegd in het dossier, maar moet ook worden gemeld aan Bureau Jeugdzorg en als de jeugdige niet onder toezicht is geplaatst aan de ouders.

Vastpakken en vasthouden

In verband met vluchtgevaar of vanwege de veiligheid van de jeugdige of van anderen mogen beroepskrachten een jeugdige vastpakken en of vasthouden. Daarbij gebruiken de beroepskrachten niet meer kracht dan noodzakelijk. De beroepskracht roept altijd de hulp van collega's in, pakt in principe nooit een jongere vast als hij alleen is. Er zijn protocollen opgesteld en alle beroepskrachten zijn opgeleid (opleidingsmodule agressiehantering). Het vastpakken of vasthouden wordt gemeld aan de gedragswetenschapper die de maatregel aantekent in het dossier en registreert in de incidentenregistratie (zie Bijlage 9).

Gedwongen hulpverlening en gedwongen medische behandeling

Als het voor het doel van het verblijf noodzakelijk is, kan de gedragswetenschapper bepalen dat de jeugdige tegen zijn wil en tegen die van zijn ouders een of meer hulpverleningsprogramma's moet volgen. Voorwaarde is dat het hulpverleningsprogramma is opgenomen in het behandelplan van de jeugdige.

De kinder- en jeugdpsychiater kan, na overleg met de gedragswetenschapper, bepalen dat de jeugdige tegen zijn wil en die van zijn ouders, geneeskundige behandelmethoden moet gedogen, waaronder ook dwangmedicatie, als dit noodzakelijk is voor de veiligheid van de jeugdige of die van anderen.

Deze maatregelen worden door de gedragswetenschapper vastgelegd in het dossier en gemeld aan Bureau Jeugdzorg en aan de ouders van de jeugdige als hij niet onder toezicht is gesteld. Als de behandeling verband houdt met een geestelijke stoornis wordt deze ook gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Specifieke beperkingen in de communicatie

Naast de algemene beperkingen in de communicatie, zoals opgenomen in de huisregels, kan de gedragswetenschapper specifieke beperkingen in de communicatie opnemen in het behandelplan van de jeugdige. Reden voor de beperking is het voorkomen dat het doel van het verblijf wordt tegengewerkt.

Ook deze beperkende maatregel wordt vastgelegd in het dossier van de jeugdige.

Hetzelfde geldt voor de ontvangst van bezoek, ook hieraan kunnen extra beperkingen worden gesteld in het behandelplan, om te voorkomen dat het doel van het verblijf wordt tegengewerkt.

NB: De beperkingen in het bezoek mogen niet in strijd komen met de regels die voor bezoek gelden in justitiële jeugdinrichtingen. Dit wil zeggen dat de jeugdige in ieder geval vrij en zonder toezicht bezoek mag ontvangen van de (gezins)voogd, de advocaat, justitiële autoriteiten, de Inspectie voor de jeugdzorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

2.2.2 Controlemaatregelen

In het behandelplan kan een aantal controlemaatregelen worden opgenomen, om te controleren of wat in het behandelplan is opgenomen door de jeugdige wordt nagekomen, om de huisregels te handhaven of om te voorkomen dat jeugdzorg die aan andere jeugdigen wordt geboden, wordt tegengewerkt. Controlemaatregelen zijn:

- onderzoek aan lichaam en kleding;
- onderzoek van urine op drugs en alcohol;
- onderzoek van de kamer op verboden bezit;
- onderzoek van poststukken.

De gedragswetenschapper beslist over de toepassing van deze controlemaatregelen en legt deze beslissing ook vast in het dossier van de jeugdige. Ieder half jaar stuurt de gedragswetenschapper een overzicht van de toegepaste controlemaatregelen naar Bureau Jeugdzorg en naar de ouders van de jeugdige als hij niet onder toezicht is gesteld.

2.2.3 Noodmaatregelen

Alleen in noodgevallen, dit wil zeggen in onvoorziene situaties, of als er nog geen behandelplan is, mag een beperkende maatregel worden opgelegd die *niet* in het behandelplan staat. De beslissing over de toepassing van een dergelijke maatregel wordt genomen door de functionaris die ook onder 'normale' omstandigheden op grond van dit reglement daartoe bevoegd is. Zo mag iedere beroepskracht een jeugdige vastpakken en vasthouden. Iedere beroepskracht is dus in noodsituaties ook bevoegd om een jeugdige vast te pakken of vast te houden terwijl deze maatregel niet in zijn behandelplan staat. Gaat het om een maatregel die door een beroepskracht mag worden toegepast dan overlegt hij zo mogelijk vooraf met de gedragswetenschapper en hij meldt de maatregel bij de gedragswetenschapper uiterlijk binnen 24 uur nadat hij hem heeft toegepast. Een noodmaatregel mag maximaal voor zeven dagen worden opgelegd. Is de maatregel langer noodzakelijk dan moet binnen deze termijn de betreffende maatregel in het behandelplan worden opgenomen.

2.2.4 Reglement beperkende maatregelen en huisregels

Het reglement van de instelling dient, na een eerste artikel met begripsvoorwaarden en een tweede artikel met algemene bepalingen, per type beperkende maatregel aan te geven in welke gevallen en onder welke voorwaarden de maatregel mag worden opgelegd. Deze gevallen en voorwaarden staan in de wet omschreven en in het reglement van de instellingen moeten deze gevallen en voorwaarden zijn opgenomen.

Het reglement van elke instelling hoort per beperkende maatregel aan te geven welke functionaris de bevoegdheid heeft om een beslissing te nemen over de maatregel. Dit is niet in de wet geregeld, elke instelling die Jeugdzorg^{Plus} aanbiedt zal hiervoor zelf een keuze moeten maken. Omdat het jeugdzorg betreft, ligt het voor de hand om de gedragswetenschapper op dit punt een centrale functie te geven. Alleen als het gaat om het opleggen van medische behandelmethoden, waaronder medicatie, ligt het voor de hand de centrale rol in handen te geven van de kinder- en jeugdpsychiater. Voor een voorbeeld m.b.t. reglement beperkende maatregelen, zie Bijlage 1.

De huisregels van de instelling dienen, na een eerste artikel met begripsvoorwaarden en een tweede artikel met algemene bepalingen, per huisregel aan te geven wanneer de huisregel geldt. Voor een voorbeeld m.b.t. huisregels, zie Bijlage 2.

2.3 Voorwaarden bij behandelplanning

De inhoud van het behandelplan wordt gedeeltelijk bepaald door wetten en regels. Zo dient altijd de hulpvraag beschreven te worden, dienen er einddoelen geformuleerd te worden en dient er een omschrijving gegeven te worden van de middelen/ interventies die gebruikt gaan worden. Aan de hand van alle beschikbare informatie dienen concrete werkdoelen voor elke fase van de behandeling geformuleerd te worden.

Naast de doelen voor de jeugdige dienen ook de doelen die gelden voor de ouders/verzorgers en voor andere belangrijke personen uit het netwerk van de jeugdige in het behandelplan te worden opgenomen. Gedurende de verschillende fasen van de behandeling vindt er monitoring plaats. De voortgang wordt driemaandelijks (of vaker indien nodig) samen met de jongere, de ouders, de gezinsvoogd en andere belangrijke betrokkenen geëvalueerd en waar nodig worden doelen bijgesteld.

Tevens dienen de beperkende maatregelen uitgeschreven te worden in het behandelplan. Anders gezegd: behoudens noodsituaties mogen alleen die beperkende maatregelen op een jeugdige worden toegepast, die in zijn behandelplan zijn opgenomen (en aan hem zijn uitgelegd). Vanzelfsprekend dient het behandelplan te worden bijgesteld indien er meer of minder beperkende maatregelen noodzakelijk blijken. Uitgangspunt bij de beperkende maatregelen is dat per jeugdige op maat in zijn behandelplan wordt vastgelegd welke beperkende maatregelen eventueel op hem zullen worden toegepast.

De eindverantwoording voor het gezamenlijk opstellen van het behandelplan ligt wettelijk bij de gedragswetenschapper. De gedragswetenschapper heeft de behandelverantwoordelijkheid en organiseert de behandelbesprekingen. De gezinsvoogd, de jongere, de ouders en andere belangrijke betrokkenen worden driemaandelijks (of vaker indien nodig) uitgenodigd door de behandelverantwoordelijke om de voortgang te bespreken en waar mogelijk worden de doelen bijgesteld. De behandeling is een geïntegreerd aanbod van verschillende hulpverleners, zowel de pedagogisch medewerkers, als therapeuten, gezinsbehandelaars, leerkrachten, psychiater e.d. Dat betekent dat de behandelverantwoordelijke verschillende hulpverleners uitnodigt voor deze besprekingen, afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek en de behandeldoelen waaraan gewerkt wordt (zie Bijlage 3, behandelplanning per instelling).

Gefaseerde behandeling

De behandeling van de jeugdigen verloopt in fasen. Deze fasen zijn voor alle jeugdigen gelijk en worden in dezelfde volgorde doorlopen. De concrete invulling van de fasen verschilt per individu. Hoewel elke instelling de fasen van Jeugdzorg^{Plus} zelf mag vormgeven, zijn er wel degelijk enkele aspecten die voor elke instelling hetzelfde zijn. Na het moment van plaatsing volgen enkele fasen met bijbehorende doelen. Grofweg moeten deze fasen de jeugdigen begeleiden van gesloten naar besloten en uiteindelijk open zorg. In het behandelplan wordt vastgelegd welke activiteiten de jeugdige in welke fase buiten de instelling mag gaan ondernemen (zie Bijlage 4, afspraken m.b.t. buitenactiviteiten). De laatste fase van Jeugdzorg^{Plus} is de fase waarin de behandeling wordt voortgezet en de zorg wordt gecoördineerd op de nieuwe woonplek van de jeugdige. Dit betekent dat het organiseren en coördineren van 'nazorg' (begeleiden van de transfer) deel uitmaakt van de methode Jeugdzorg^{Plus}.

2.4 De waarborging van rechten en de mogelijkheden tot het indienen van klachten

De wet op de jeugdzorg stelt dat er enkele instanties dienen te zijn die het recht van de cliënt helpen waarborgen.

De zorgbiedende instellingen binnen Jeugdzorg^{Plus} dragen zelf de verantwoordelijkheid voor de zorg die zij bieden en staan daarbij onder toezicht van de *Inspectie Jeugdzorg*. De Inspectie Jeugdzorg houdt toezicht op de kwaliteit die de zorgaanbieders en Bureau Jeugdzorg leveren.

Bij het uitoefenen van zijn rechten dient de cliënt ondersteuning te kunnen krijgen van een *vertrouwenspersoon*. De provincies en de grootstedelijke regio's dragen zorg voor het aanstellen van vertrouwenspersonen.

De Wet op de Jeugdzorg stelt dat zorgaanbieders over een *cliëntenraad* dienen te beschikken, die de gemeenschappelijke belangen behartigt van de cliënten. De cliëntenraad geeft advies over de kwaliteit van zorg en over belangrijke wijzigingen in de organisatie.

De instelling voor gesloten jeugdzorg is verplicht om naast het opstellen van een klachtenregeling een speciale *klachtencommissie* in te richten voor klachten over Jeugdzorg^{Plus}. Artikel 29w van de Wet op de jeugdzorg biedt de jeugdige en zijn wettelijk vertegenwoordiger het recht om binnen een redelijke termijn een schriftelijke klacht in te dienen tegen over gedragingen van instellingsmedewerkers en, kort gezegd, (de duur van) beperkende maatregelen en controlemaatregelen. Tegen uitspraken van de klachtencommissie kan beroep worden aangetekend bij de *Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)*. De klachtenregeling biedt, op grond van de Grondwet en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) de mogelijkheid een beroep te doen op de rechter. Tegen het definitieve besluit kan de klager in beroep gaan bij de beroepscommissie van de RSJ.

NB: Artikel 2.2 van de wet ziet toe op een bijzonder geval. Het betreft de situatie waarin een jeugdige is geplaatst met een rechterlijke machtiging op basis van ouderlijke toestemming. Indien nu de ouders gedurende het verblijf hun toestemming intrekken, kan de jeugdige nog 14 dagen worden 'vastgehouden' in de gesloten jeugdzorg zodat Bureau Jeugdzorg via de Raad een ondertoezichtstelling in gang kan zetten op basis waarvan een nieuwe rechterlijke machtiging kan worden afgegeven voor de gesloten jeugdzorg. In die wachttijd van 14 dagen verblijft de jeugdige gewoon in de instelling voor gesloten jeugdzorg. Wellicht ten overvloede bepaalt artikel 2.2, conform de wet, dat in die periode het reglement ook gewoon op hem van toepassing is.

3 Inhoudelijk kader: visie op de behandeling

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de inhoudelijke kaders besproken. De samenhang van de wettelijke en inhoudelijke kaders is kenmerkend voor Jeugdzorg^{Plus}. In de volgende hoofdstukken wordt vervolgens op basis van deze kaders een beschrijving gegeven van het programmadoel, de behandeldoelen en de meer praktische uitwerking van Jeugdzorg^{Plus}.

3.1 Uitgangspunten en einddoel

De methode Jeugdzorg^{Plus} is ontwikkeld voor *jeugdigen met ernstige gedragsproblemen*. Deze problemen gaan vaak gepaard met persoonlijkheids- en gezinsproblematiek. Per definitie bevinden de jeugdigen zich in een ernstig bedreigde opvoedingssituatie, die volstrekt onverantwoord is en ontoereikend voor een gezonde ontwikkeling. Het feit dat de rechter pas een machtiging gesloten jeugdzorg afgeeft voor een jongere als er gevaar dreigt voor de ontwikkeling of het leven van de jongere zelf of dat van een ander, maakt duidelijk dat voor de doelgroep de meest intensieve vorm van behandeling (inclusief controle) vereist is.

Omdat een *multidimensionele aanpak* het meest effectief lijkt te zijn op de afname van probleemgedrag is gekozen voor een aanbod waarin interventies geïntegreerd en op meerdere domeinen worden aangeboden. Naast individuele diagnostiek en behandeling of begeleiding wordt een programma geboden van cognitief gedragstherapeutische programma's gecombineerd met gezinsinterventies. Tegelijkertijd wordt onderwijs en/of begeleiding geboden bij het zoeken naar werk en vrijetijdsbesteding en worden de jeugdige en zijn ouders begeleid bij het realiseren van een nieuw toekomstperspectief.

Jeugdzorg^{Plus} wil in deze behandelvorm voorzien door de jongere in een omgeving te plaatsen waarin wordt gestart met een zo intensief mogelijke behandeling en controle. De pedagogisch medewerkers en de docenten van school zorgen hierbij dagelijks voor een *gestructureerde leef- en leeromgeving*. Deze omgeving vormt als geheel het oefenterrein voor de jeugdige. Hij wordt aangemoedigd om van hieruit stap voor stap weer een positieve ontwikkeling in te zetten. De kern van de behandeling is gericht op het vinden en vervolgens uitbouwen van de sterke eigenschappen en positief gedrag van de jeugdige.

Jeugdzorg^{Plus} heeft zich als *einddoel* gesteld om samen met elke jeugdige te focussen op het creëren van een nieuw perspectief op een goede toekomst en de eerste stappen om deze toekomst daadwerkelijk te realiseren. Het gaat hierbij zowel om perspectief op sociale relaties (in de eerste plaats relaties met het gezin / de familie) als om perspectief op een passende en stabiele verblijfplaats en dagbesteding (school en/of werk en vrije tijd).

Omdat de situatie van jeugdigen voorafgaand aan de plaatsing binnen Jeugdzorg^{Plus} kenmerkt door het totaal vastgelopen zijn in de levensomstandigheden hadden de jeugdige en zijn directe omgeving nauwelijks perspectief en hoop op een goede toekomst. Vanaf de start van de behandeling wordt daarom voortdurend met de jeugdige en zijn familie 'het toekomstperspectief voor de jeugdige' besproken. Om een jeugdige daadwerkelijk tot gedragsverandering te kunnen bewegen, is het van essentieel belang dat hij gelooft dat hij een goede toekomst voor zich heeft en dat hij daar ook zelf aan kan bijdragen en er eigen keuzes voor mag maken.

In het verlengde van het einddoel worden de individuele behandeldoelen voor de jeugdige opgesteld. Alle behandeldoelen zijn afgestemd op de situatie van de jeugdige en gericht op gedragsverandering en toekomstperspectief. Voor de jeugdigen uit de doelgroep geldt immers dat er sprake is van onveilig gedrag, perspectiefloosheid en gevoelens van hopeloosheid bij de jeugdige zelf, zijn ouders en de hulpverleners. Voorafgaand aan de plaatsing binnen Jeugdzorg^{Plus} hebben de jeugdige en zijn omgeving meestal al een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis achter de rug. Een substantieel deel van de jeugdigen en hun families heeft de hoop zo goed als opgegeven en gelooft niet dat er nog adequate hulp gevonden zal worden, net zo min als dat men erop rekent een einde te kunnen maken aan de problematische omstandigheden met betrekking tot de jeugdige: *'We weten het niet meer, wat moeten we doen, wat werkt er dan wel en waar moeten we beginnen?'*. De jeugdigen hebben al diverse keren gefaald bij andere programma's, op scholen, in relaties, etc. Bij aanvang van een hulpverleningsvorm verwachten ze veelal te zullen falen. Daarbij leggen ze sterk de nadruk op de negatieve aspecten van situaties, met als gevolg dat ze snel de moed opgeven als ze een probleem tegenkomen. Gezien deze hulpverleningservaringen is het van essentieel belang dat er telkens kleine, haalbare en overzichtelijke stappen worden gezet in de behandeling. Overzicht en voorspelbaarheid zijn derhalve kernbegrippen.

3.2 Gedragsverandering

Om zo effectief mogelijk te kunnen werken aan gedragsverandering is diagnostiek vanaf de start essentieel. Op basis hiervan kan een individuele en gefaseerde aanpak worden ingezet. Motiverende gespreksvoering wordt ingezet om gedragsverandering te stimuleren en de benadering is multidimensioneel van aard. Al met al hebben we te maken met een gefaseerde trajectbenadering, die verloopt van gesloten/besloten naar open en tenslotte ambulante behandeling.

3.2.1 Diagnostiek vanaf de start

Binnen Jeugdzorg^{plus} onderscheidt men stoornissen en (gedrags)problemen op basis van de DSM-IV vijf assen: as I betreft klinische stoornissen, as II persoonlijkheidsstoornissen (traits), as III somatische aandoeningen, as IV psychosociale en omgevingsproblemen, as V de algehele beoordeling van het functioneren.

De ernstige gedragsproblemen van de jeugdigen zijn vaak de symptomen van een gedragsstoornis en/of zich ontwikkelende persoonlijkheidsproblematiek. De DSM-IV classificatie onderscheidt en definieert twee gedragsstoornissen, de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD, *oppositional defiant disorder*) en de antisociale gedragsstoornis (CD, *conduct disorder*). Daarnaast is regelmatig sprake van een zich ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis, zoals een antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis. Zowel een ODD, een CD als beginnende persoonlijkheidsproblematiek zijn psychiatrische stoornissen. Daarbij zijn soms andere (comorbide) psychiatrische stoornissen bij de jongere aanwezig, zoals verslavingsproblematiek, ADHD, een hechtingsstoornis, aan autisme verwante stoornissen en/of stemmingsstoornissen.

Volgens het onderzoek van Vreugdenhil (2003) naar het voorkomen van psychiatrische stoornissen bij jongeren (zowel strafrechtelijk als civielrechtelijk geplaatst) in justitiële jeugdinrichtingen voldeed 73% van de onderzochte groep jongens aan de criteria van een antisociale gedragsstoornis, en 14% aan die van een oppositioneel opstandige gedragsstoornis. Dat is respectievelijk 13 en 20 maal zoveel als in de gehele populatie. Het onderzoek van Vreugdenhil laat ook zien dat veel jongens een combinatie vertonen van psychische stoornissen (co-morbiditeit). Bij antisociaal gedrag wordt met name co-morbiditeit met ADHD geconstateerd, waarbij overeenkomstige erfelijke factoren (aanleg) een rol spelen (Doreleijers, 2004). Bij ADHD kan bijvoorbeeld medicatie het functioneren sterk verbeteren en uiteindelijk ook de competenties van de jeugdige. Met name jeugdigen waarbij sprake is van een combinatie van gedragsproblemen, bijvoorbeeld een gedragsstoornis met verslavingsproblematiek, of een licht verstandelijke beperking, of bepaalde psychiatrische problematiek (zoals ADHD, persoonlijkheidsproblematiek) is diagnostiek van belang om de juiste behandeling te kunnen starten.

3.2.2 *Gedragsverandering middels individuele gefaseerde aanpak*

De verbijzondering van het programma voor de individuele jeugdige is terug te vinden in de accentverschillen met betrekking tot het hanteren van vrijheidsbeperkende maatregelen, de keuze uit een pallet aan modules en het tempo van de behandeling. Met andere woorden, de fasen die doorlopen moeten worden zijn voor elke jeugdige gelijk, maar de invulling ervan en de snelheid waarmee ze worden doorlopen verschilt per individu.

Kenmerkend van het werken in fasen is dat er telkens kleine, concrete en overzichtelijke stappen worden gezet. Hiertoe worden steeds concrete haalbare stappen en termijnen geformuleerd, die passen bij de mogelijkheden van de betrokkenen. Er wordt voortdurend gericht op het vinden en uitbouwen van positieve eigenschappen en positief gedrag van de jongere. Vanuit deze basis krijgt de jongere een alternatief gedragsrepertoire aangereikt. In eerste instantie wordt niet rechtstreeks aan het tegengaan van de negatieve gedragingen of overtuigingen gewerkt.

Per fase worden concrete behandeldoelen geformuleerd en wordt beschreven welke middelen hiervoor ingezet gaan worden. Eveneens wordt per fase aangegeven wat er bereikt moet worden om naar een volgende fase door te gaan. Dit maakt voor de jeugdige, de ouders/verzorgers en de hulpverleners inzichtelijk waaraan gewerkt wordt, hoe dat gebeurt en niet te vergeten, waarom dat gebeurt. Door het werken in fasen wordt de behandeling overzichtelijk en voorspelbaar.

De methode Jeugdzorg^{Plus} oriënteert zich voor het aanleren van prosociale vaardigheden en bijpassend pro sociaal gedrag en het afleren van antisociaal gedrag vanuit ecologisch opzicht op een combinatie van theorieën en modellen (zie bijvoorbeeld Bartels e.a., 2001).

- *Operant conditioneren*: de jeugdige leert gedrag aan of af door de reacties die op het gedrag volgen in de omgeving. Positieve of belonende reacties zullen tot gevolg hebben dat de jeugdige eerder geneigd is het gedrag te herhalen.
Middelen hiertoe: fasering en feedbacksysteem.
- *Sociale leertheorie*: de jeugdige leert gedrag door observatie en imitatie van gedrag van anderen. Onderzoek van Bijl, Beenker, Vogelvang en Veldkamp (2005) laat zien dat het bij jongeren met antisociaal gedrag alleen onder bepaalde condities verstandig is om in groepen te werken. Het is van belang om de omgang met deviante leeftijdsgenoten te verminderen en het contact en de banden met prosociale leeftijdsgenoten te bevorderen. Groepssamenstelling, individuele begeleiding door pedagogisch medewerkers en voorbeeldgedrag van pedagogisch medewerkers is essentieel.
Middelen hiertoe: individuele begeleiding door pedagogisch medewerker - mentorschap -, voorbeeldgedrag pedagogisch medewerkers en van jongeren die al in volgende fasen zitten en daarmee een bereikbaar toekomstperspectief creëren.
- *Cognitieve gedragsbenadering* waarbinnen het gaat over gedachten en gedrag. Bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen is vaak sprake van cognitieve vervormingen, waardoor ten onrechte vijandige bedoelingen aan anderen worden toegeschreven en waardoor er beperkingen zijn in het probleemoplossend vermogen. Gedacht kan worden aan het model voor sociale informatieverwerking van Crick en Dodge (1994), waarin de meest prominente cognitieve vervormingen worden benoemd. De meest voorkomende vervorming is egocentrisch denken, dat zich kenmerkt door het feit dat men er vanuit gaat dat alleen het eigen inzicht, eigen verwachtingen, noden, rechten en gevoelens ertoe doen. Aan de situatie van anderen wordt nauwelijks waarde gehecht. Een andere vervorming is het ergste verwachten, men geloof t dan dat het eigen gedrag of dat van een ander onveranderbaar is. Alles wordt gezien als een " worst-case" scenario. Een derde vervorming is 'anderen de schuld' geven, het altijd toeschrijven van schuld andere personen of situaties. Een vierde vervorming of denkfout betreft minimaliseren of bagatelliseren.

De jeugdige leert om zijn denkfouten te herkennen en te onderkennen, en ook om deze te bespreken en te veranderen bij zichzelf. Bij de behandeling wordt ingegaan op denkprocessen van de jeugdige die leiden tot zijn reacties op andere mensen. Om die denkprocessen te veranderen worden specifieke technieken toegepast als instructie, modeling en bekrachtiging (Slot & Spanjaard, 2006). De jeugdige leert bijvoorbeeld niet meer *automatisch* agressief of antisociaal te reageren, maar heeft een (nieuwe) *kernovertuiging*, namelijk dat de ander hem helemaal niet altijd slecht gezind is, dat agressief gedrag of delictgedrag niet loont, maar elkaar helpen wel, en dat het goed is om eerst even te overwegen wat je doet, voor je er meteen 'invliegt'.

Negatieve uitkomsten van diverse ontwikkelingsfasen zijn vaak debet aan het ontstaan van disfunctionele automatische gedachten en gevoelens en kernovertuigingen. In cognitief-gedragsmatige behandelingen wordt verandering in de richting van meer adequate en positieve automatische gedachten en gevoelens, en kernovertuigingen nagestreefd. Met name de kernovertuigingen zijn daarbij van groot belang, omdat zij meer zijn *verankerd* in de persoon en het gedrag (de responsen) in hoge mate over allerlei *verschillende* situaties kunnen beïnvloeden.

Middelen hiertoe: cognitief-gedragstherapeutische methoden zoals ART of Equip en het scheppen van een verantwoorde omgeving, die jongeren *rechtvaardig* vinden.

Hieruit volgt dat antisociaal gedrag en hiermee samenhangend delictgedrag zijn aangeleerd. Het kan dus ook worden afgeleerd. Bovendien is het mogelijk alternatief gedrag aan te leren, waardoor het antisociale gedrag voor de jeugdige overbodig worden. Dit tweede punt is belangrijk omdat het antisociale gedrag en delictgedrag een functie hebben voor de jongere. Het levert hem (naast negatieve ook) positieve gevolgen op. Uitsluitend afleren van gedrag heeft dus zelden zin.

3.2.3 Motiveren tot gedragsverandering

In het proces van gedragsverandering kunnen bepaalde stadia worden onderscheiden. Prochaska en DiClemente (1986) en Prochaska, DiClemente en Norcross (1992) hebben dit helder beschreven voor de hulpverlener. Hieronder volgt hiervan een samenvatting, voor zover dat van belang is voor de behandeling van de jeugdige. Tijdens de behandelperiode kunnen de behandelaars de stadia van gedragsverandering herkennen en aangrijpen om 'motiverende' gesprekken met de jeugdige te voeren en deze te helpen weer in zichzelf en zijn mogelijkheden te geloven.

Als pragmatisch hulpmiddel voor de hulpverlener worden de stadia van gedragsverandering en motiverende gespreksvoering als volgt samengevat:

Bij aanvang, in het stadium van de *Voorbeschouwing* wil of kan de jeugdige nog niet goed nadenken over zijn gedrag en zijn problemen, er is sprake van veel weerstand. Bij de motiverende gespreksvoering probeer je in dit stadium het nadenken van de jeugdige over de risico's en problemen van zijn gedrag te vergroten.

Je gaat hierbij niet de strijd met hem aan en je 'dreigt' niet, maar geeft hem wel informatie over de gevolgen van zijn gedrag. Aangekomen in het stadium van *Overpeinzing* denkt de jeugdige na over zijn problemen en zijn gedrag. Hij durft nu ook een gesprek daarover met de pedagogisch medewerker aan te gaan. Je vergroot voor de jeugdige de winst van veranderen en je probeert op die manier zelfmotiverende uitspraken bij hem te ontlokken. Meer kun je in dit stadium niet doen. Forceren, pushen, paaïen, dreigen of anderszins weerstand oproepen is op dit moment fataal. Tijdens het stadium van *Besluitvorming* neemt de jeugdige de beslissing om zich anders te gaan gedragen. Hij zegt dat hij wil veranderen en mee wil werken aan de behandeling en lijkt gemotiveerd en beïnvloedbaar. Hij kan zich echter nog calculerend opstellen ("als ik nu doe alsof ik meewerk, ben ik hier des te eerder weg"). Het is belangrijk na te gaan of er sprake is van calculerend gedrag. Je kunt bijvoorbeeld vragen of de jeugdige al een voorstelling heeft van een behandeling en of hij hiervoor een stappenplan heeft gemaakt. Tijdens het stadium van *Actieve verandering* werkt de jeugdige actief mee aan het in kaart brengen van zijn problemen en aan de voorgestelde behandeling. De jeugdige voelt van binnenuit de noodzaak tot verandering. In dit stadium vormen overtuigen en coachen de kern. Vervolgens komt het stadium van *Volharding* in beeld, waarin volhouden voorop staat. Het gaat op dit moment goed, maar bereikte resultaten moeten wel vastgehouden worden zodra er een terugval komt. Achteruitgang volgt hierbij een voor de hand liggende valkuil. De jeugdige wordt voorbereid op een mogelijke terugval en delegeren en coachen staan hierbij centraal. Het laatste stadium betreft een *terugval of definitieve verandering*. Een terugval in oud gedrag kan voorkomen en is vaak ook begrijpelijk. De jeugdige wordt ondersteund om zich bij een terugval snel te hervatten en tot definitieve gedragsverandering te komen. Je beschuldigt of veroordeelt de jeugdige niet als hulpverlener, want dat werkt eerder demotiverend dan motiverend voor gedragsverandering.

3.2.4 Multidimensionele benadering

Onderzoek van Boendermaker en Van den Berg (2005) en Kazdin, Esveltd-Dawson, French en Unis (1987a, b) maakt duidelijk dat twee interventiestrategieën effectief zijn voor de terugdringen van antisociaal en delinquent gedrag bij jongeren:

- gezinsinterventies die opvoedingsvaardigheden vergroten;
- interventies die focussen op de relatie tussen cognitie en gedrag bij jeugdigen (cognitief-gedragstherapeutische methoden).

Wanneer de trainingen aan jeugdigen gecombineerd worden met gedragstraining van ouders, versterkt dit de uitkomsten; het leidt tot betere en langer durende veranderingen (Behan & Carr, 2000; Boendermaker & Van den Berg, 2005; Kazdin, Siegel, & Bass, 1992).

Ook literatuuronderzoek van Bijl e.a. (2005) naar effectieve interventies die gericht zijn op het terugdringen van antisociaal en delinquent gedrag bij jongeren onderstreept het belang van (gelijktijdige) hulp op het gebied van meerdere dimensies, ze wijzen op het belang van hulp in 'de volle breedte':

- Gericht op het individu en het gezin.
- Multimodaal (gezin, familie, school, vrije tijd, etc.), ook het netwerk wordt betrokken.
- Individuele behandeling / begeleiding, indien mogelijk gecombineerd met toezicht en controle.

De 'ideale' residentiële hulpverlening voor jeugdigen lijkt zich volgens een overzichtsstudie van Harder, Knorth en Zandberg (2006, p.168) samenvattend te richten op meerdere gebieden van het functioneren (multimodaal), waarbij meerdere interventievormen worden gehanteerd (multimethode) en waarbij veel structuur wordt geboden. Ze destilleren de volgende componenten voor effectieve interventies in een residentieel kader:

- Aanwezigheid van (onder)steunende omgeving.
- Gespecialiseerde, intensieve behandeling.
- (Cognitief) gedragstherapeutische benadering.
- Gezinsinterventies.
- Gepland vertrek.
- Nazorg.

De zojuist genoemde studies, het onderzoek van Loeber e.a. (in press) naar risico- en beschermende factoren en het vier-fasenmodel van Patterson, Reid en Dishion (1992) geven indicaties om vast te stellen welke interventies minimaal beschikbaar moeten zijn. Alle levensgebieden dienen betrokken te worden en er dient oog te zijn voor het ontwikkelingsperspectief van de jeugdige en naast het bieden van een basisklimaat dient aanvullend te worden behandeld. Informatie over het moment waarop en de periode waarin risicofactoren actief zijn, is bepalend voor de timing van de interventies. In de behandeling dient daarom onderscheid gemaakt te worden in risicofactoren die actief zijn voor een bepaalde korte periode en risicofactoren die actief zijn voor een langere periode. Daarnaast is de context waarin risicofactoren werkzaam zijn bepalend voor de invloed op de ontwikkeling van jeugdigen. Bij jeugdigen van 12 tot en met 18 jaar zijn er bij antisociaal gedrag op z'n minst in drie leefgebieden risicofactoren aanwezig: thuis, op school en onder leeftijdsgenoten. Jeugdzorg^{plus} zal dan ook 'in de volle breedte' interventies moeten aanbieden (multidimensioneel) zodat het leerproces zich zowel concentreert op het opheffen van de vaardigheidstekorten van de jongere alsook op het herstructureren van zijn leefomgeving.

3.2.5 Trajectbenadering: een gefaseerde aanpak van gesloten/besloten naar open en ambulant

Planning van de behandeling is een kenmerk van effectieve residentiële jeugdzorg. Daarbij hoort ook de planning van het vertrek. Bekend is dat jeugdigen die voortijdig uit een residentiële voorziening vertrekken het gemiddeld slechter doen na vertrek dan jeugdigen waarbij geen sprake is van voortijdig vertrek maar van 'gepland vertrek'. Jeugdigen die voortijdig vertrekken recidiveren vaker, vertonen ernstigere problematiek (Boendermaker, 1998).

Bovendien rapporteren ze meer klachten en behandeldoelen worden minder gerealiseerd (Bruinsma & Boon, 2001).

Het is belangrijk dat er een nazorgprogramma / transferbegeleiding is voor de jeugdige, want juist het begeleiden van de overgang naar de nieuwe woonplek en het continueren van behandeling na vertrek blijken uiteindelijk te leiden tot beter functioneren van de jeugdige (Boendermaker & Van den Berg, 2005). Binnen Jeugdzorg^{Plus} wordt nazorg/transferbegeleiding gezien als integraal onderdeel van de behandeling, uit te voeren in de laatste fase van de behandeling, de praktijkfase.

3.3 Gefaseerde aanpak

De methode Jeugdzorg^{Plus} is grofweg ingedeeld in vier fasen. In elke fase staat het creëren van perspectief op een goede toekomst voor de jeugdige als hoofddoel van de behandeling centraal. Elke fase kent hierbij haar eigen accenten. In de eerste fase ligt de nadruk op disciplineren, diagnostiek en risicotaxatie, in de volgende fasen op gedragsverandering en in de laatste fase op generalisatie, het in de praktijk brengen van het geleerde. In deze paragraaf wordt de visie op behandelen concreet gemaakt door een korte beschrijving te geven van de inhoud van de 4 verschillende fasen van de behandeling.

Fase 1: Oriëntatie op de toekomst: gezamenlijk toekomstperspectief creëren

De behandeling binnen Jeugdzorg^{Plus} start met een uitgebreide kennismaking. De jeugdige en zijn gezins- en familieleden worden uitgenodigd evenals belangrijke andere personen uit het netwerk van de jeugdige en de betrokken hulpverlener(s). Samen met de jeugdige en diens ouder(s)/verzorger(s) en eventueel ook andere VIP's wordt gekeken naar de geschiedenis van de jeugdige; wat is er tot nu toe allemaal gebeurd, wie spelen er een belangrijke rol spelen in het leven van de jeugdige en hoe kijken de betrokkenen aan tegen de toekomst. Het is belangrijk om al vanaf de start van de behandeling hoop te creëren op een goede toekomst en negativiteit en mogelijke beschuldigingen te verminderen.

Het startgesprek staat in het teken van terugkijken en vooruitkijken: de reeks van gebeurtenissen die uiteindelijk geleid heeft tot opname in Jeugdzorg^{Plus} wordt in kaart gebracht en er wordt een plan gemaakt voor de eerste weken (eerste fase). Het behandelplan wordt samen met alle betrokkenen opgesteld. In dit plan worden zowel de doelen voor de toekomst geformuleerd als de doelen voor de eerste fase. Per fase wordt immers afgesproken waaraan gewerkt gaat worden en wanneer de overgang naar de volgende fase plaatsvindt (structuur, voorspelbaarheid, hoop op de toekomst creëren).

In de eerste fase zal de gezinsbehandelaar een aantal gesprekken organiseren waarin hij met de gezinsleden uit zoekt wat ouders en familie kunnen betekenen in de toekomst.

De gezinbehandelaar bespreekt de mogelijkheden voor gedragsverandering voor het gezinssysteem. De gezinsbehandelaar praat met de gezinsleden over de gemelde klachten respectievelijk onveiligheid én over de vraag wat er moet gebeuren om de situatie veilig te maken. De zoektocht naar situaties van veiligheid is niet alleen gericht op het gezin van herkomst maar ook op de naaste omgeving waarin de jongere opgegroeid is. Denk hier aan personen uit het netwerk die daadwerkelijk belangrijk zijn voor de jeugdige, de zogenaamde VIP's: Very Important Person's.

Voor de jeugdige kenmerkt de eerste fase van de behandeling zich als 'oriëntatie en wenfase'. Jeugdigen worden in een behandelgroep geplaatst en gaan zo snel mogelijk meedoen met de dagelijkse routine van de behandelgroep. De structuur en voorspelbaarheid van de dagelijkse routine in de behandelgroep biedt de jeugdigen duidelijkheid gedurende de dag en de week. Er is geen tijd voor verveling en rondhangen en de dagelijkse routine is erop gericht om jeugdigen zoveel mogelijk vaardigheden die nodig zijn voor het leven van alledag aan te leren. Denk hierbij aan zelfverzorging, tafelmanieren, omgangsvormen, op tijd opstaan om naar school te gaan, huiswerk maken, kamer schoonmaken. Er wordt altijd gewerkt met het sociaal competentiemodel (zie Slot & Spanjaard, 2006) en elke instelling heeft de dagelijkse routine uitgeschreven passend bij de situatie van de instelling (zie Bijlage 6, dagelijkse routine). De jeugdige gaat naar de interne school en er wordt zo snel mogelijk een passend onderwijstraject ingezet.

Binnen de dagelijkse routine van de behandelgroep wordt de jeugdige zoveel mogelijk als individu benaderd. Dit wordt gedaan omdat de problemen van de jeugdige vaak te maken hebben met de onmogelijkheid van de jeugdige om zich in sociaal opzicht adequaat als groepslid te gedragen. De individuele loyaliteit van de jeugdige naar de werker wordt door de individuele benadering zo sterk mogelijk gemaakt. Niet alleen wordt geprobeerd de jeugdige zich zo veilig mogelijk te laten voelen bij de werker, op deze manier wordt ook geprobeerd te voorkomen dat de jeugdige en de groep een dermate hoge wederzijdse loyaliteit krijgen, die de band met de werker overstijgt en de positie van de werker mogelijk in gevaar brengt zodra de jeugdige en de groep het niet met de werker eens is. Negatieve groepskrachten kunnen dan vrij spel krijgen. Negatieve invloeden van samen behandelde peers op elkaars antisociaal en delinquent gedrag (Dishion, McCord, & Poulin, 1999) kunnen zo wellicht ook zoveel mogelijk voorkomen worden.

Iedere jeugdige heeft binnen Jeugdzorg^{Plus} een eigen behandelplan. Groepsleden kunnen als voorbeeld dienen als zij verder gevorderd zijn in de behandeling. Het kan de motivatie en hoop op de toekomst vergroten als de jeugdige ziet dat groepsleden al verder in de behandeling zijn, al meer buiten de instelling kunnen oefenen en op die manier ook meer concreet en tastbaar werken aan hun toekomst.

In de startfase vindt zo nodig aanvullende diagnostiek plaats en aan het eind van de eerste fase wordt samen met de jeugdige, ouders, andere belangrijke betrokkenen de eerste fase geëvalueerd en een vervolgbehandelplan opgesteld met doelen voor de volgende fase.

Fasering Jeugdzorg^{Plus}

Een traject van gesloten/besloten naar open en tenslotte ambulante hulpverlening

Fase	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
	Oriëntatie op de toekomst	Gedragsverandering	Oefenen & voorbereiden	Praktijkfase
Inhoud	Wennen, diagnostiek en doelen stellen voor de toekomst	Werken aan gedragsverandering op alle domeinen	Voorbereiden van het toekomst perspectief	Realiseren van de overgang naar perspectiefplek
Gezamenlijk onderzoek	Start: Gezamenlijk Onderzoek (GO) en gezamenlijk opstellen van het behandelplan met de jeugdige, ouders, gezinsvoogd en andere betrokkenen	Behandelplanning:aan het eind van elke fase wordt de behandeling geëvalueerd met de jeugdige, ouders, gezinsvoogd en andere belangrijke betrokkenen, de fase-overgang wordt besproken, beperkende maatregelen en buitenactiviteiten worden vastgesteld en er worden gezamenlijk werkdoelen opgesteld voor de volgende fase		
Behandelplan				
Basisvaardigheden	Ingroeien in de dagelijkse routine, basisvaardigheden aanleren, per situatie feedback middels feedbackkaart	Vaardigheden aanleren voor het leven van alledag, dagelijkse feedback middels feedbackkaart	Vaker 'buiten' de instelling oefenen Wekelijks gesprek over de voortgang aan de hand van feedbackkaart	Transferbegeleiding Vooral 'buiten' de instelling oefenen wekelijks gesprek over de voortgang
Gezin	Gezinsgesprekken vinden plaats Bezoekregeling en belafspraken met familie worden gemaakt	Gezinsgesprekken en netwerkberaad vinden plaats evenals de eerste bezoeken aan ouders en familie	Gezinsbehandeling: vaker oefenen bij ouders of bij familie voorbeiden terugkeer Gezinstherapie. Op zoek naar andere woonplek als de jeugdige niet bij zijn familie kan wonen	De gezinstherapie loopt door als de jeugdige al weer thuis woont. Transferbegeleiding en netwerkberaad, hulp bij ingroei in nieuwe woonplek
Diagnostiek	De behandelverantwoordelijke bepaalt welke diagnostiek nodig is: psychiatrische screening, psychologisch onderzoek, medisch onderzoek, risicotaxatie. Waar nodig wordt in elke fase weer opnieuw diagnostisch onderzoek gedaan			
Specifieke behandeling	Passend bij de problematiek: er kunnen meerdere interventies tegelijk of na elkaar worden ingezet. De interventie kan in de praktijkfase als ambulante hulpverlening nog een (van te voren vastgestelde) periode doorgaan (transferbegeleiding) Psychiatrische behandeling (medicatie, gesprekken, psycho educatie); Gedragstraining; Cognitieve gedragstherapie en/of een andere vorm van therapie; Hulp bij het stoppen met middelengebruik; Hulp bij het vinden van passende vrijetijdsbesteding			
Onderwijs	Onderwijsleerplan wordt gemaakt	Onderwijsleerplan wordt uitgevoerd	Op zoek naar passend onderwijs/ werk buiten de instelling	Ondersteuning bieden op nieuwe school of werkplek
Mentor	Mentorgesprekken vinden wekelijks plaats gedurende de gehele behandelperiode. Mentorgesprekken gaan over toekomstplannen, gedrag, relaties onderhouden met familie en vrienden (genogram maken en netwerkkaart invullen), intimiteit, leren afspraken maken, omgaan met autoriteit, leren plannen en vrijetijdsbesteding			

Fase 2: Werken aan gedragsverandering

Het extreme gedrag van de jeugdige heeft uiteindelijk geleid tot een machtiging gesloten plaatsing. Een van de belangrijkste doelen voor de jeugdige is dan ook het ombuigen van zijn ernstige probleemgedrag naar meer maatschappelijk aanvaard gedrag. In de tweede fase gaat de jeugdige trainingen volgen, therapie krijgen, gesprekken voeren met pedagogisch medewerkers, etc. Alles ten behoeve van het werken aan gedragsverandering. Denk hier aan cognitieve gedragstherapie, weerbaarheidstraining, psychiatrische behandeling, trainingen voor sociale vaardigheden, agressieregulatie, morele ontwikkeling, gespecialiseerde behandeling voor jeugdigen die alcohol en/of drugs gebruiken, psychomotore therapie, trauma therapie, muziektherapie, dramatherapie, creatieve therapie, vrijetijdstraining, sportactiviteiten, etc.

De gezinsbehandelaar zoekt in deze fase naar sterke kanten en positieve krachten van het gezin en netwerk. Hij is op zoek naar beschermende factoren en situaties van veiligheid die kunnen worden gemobiliseerd om de onveiligheid op te heffen.

Aan het eind van de tweede fase wordt samen met de jeugdige, ouders, andere belangrijke betrokkenen de tweede fase geëvalueerd en een vervolgbehandelplan opgesteld met doelen voor de volgende fase.

Ten aanzien van het toekomstperspectief zijn er drie mogelijkheden:

- Na de behandeling gaat de jeugdige weer thuis wonen.
- Het perspectief is nog onduidelijk en er dient uitgezocht te worden waar de jeugdige in de toekomst kan gaan wonen.
- De jeugdige gaat niet meer thuis wonen en er dient een plek gevonden te worden.

Fase 3: Oefenen en voorbereiden

In de derde fase van de behandeling staat de nabije toekomst buiten de instelling centraal en gaat de jeugdige zich hierop samen met zijn familie en netwerk voorbereiden.

Indien de jeugdige na de behandeling weer gaat wonen in het gezin van herkomst of bij een van de ouders of bij familie, wordt in deze fase afgesproken dat er gezinsterapie ingezet gaat worden en wanneer de therapeut aan het werk gaat met het gezin. Tijdens de wekelijkse therapiesessies gaan de gezinsleden oefenen met gedragsverandering. Indien het perspectief nog niet duidelijk is zullen de behandelaars samen met de jeugdige en zijn netwerk op zoek gaan naar een toekomstige woonplek voor de jeugdige. Zodra duidelijk is waar de jeugdige gaat wonen, kan ook gewerkt worden aan het zoeken naar een zinvolle dagbesteding voor hem. School/werk en vrijetijdsbesteding zijn hiervan de belangrijkste onderdelen. De pedagogisch medewerker zal in deze fase veel met de jongere op pad zijn en samen met hem oefenen.

Bij het werken aan gedragsverandering met jeugdige zal de pedagogisch medewerker soms merken dat het handiger is om bepaald gedrag voor te doen. Daarna kan de jeugdige hiermee zelf in verschillende situaties oefenen. De jeugdige leert door te oefenen met de vaardigheden en feedback helpt hem hierbij. Vaak is het zinvol om een jeugdige een paar keer te laten oefenen en hem ook aan te geven in welke situaties hij het gedrag nog meer kan gebruiken.

Fase 4: Praktijkfase

In de praktijkfase gaat de jeugdige de instelling verlaten en wordt hij geholpen het geleerde in de praktijk te brengen. Het is bekend dat de geboden 'transferbegeleiding' een cruciale factor is om de behandeling ook op de lange termijn effect te laten hebben. 'Transferbegeleiding' blijkt vaak slechts een klein onderdeel van de behandeling te zijn. Binnen de methode Jeugdzorg^{Plus} is de begeleiding bij overgang naar de nieuwe woonplek nadrukkelijk een essentieel onderdeel van de behandeling. Jeugdigen dienen begeleid te worden bij de transfer naar de nieuwe woonplek en ook hun nieuwe omgeving moet daarop voorbereid worden. Dit betekent dat de 'transferbegeleiding' al tijdens het verblijf van de jeugdige wordt gestart en doorloopt terwijl de jeugdige de instelling voor gesloten jeugdzorg al heeft verlaten. In veel gevallen zal dan vervolgzorg rondom de jeugdige moeten worden geregeld.

Afstemming binnen de fasering

Fasering is geen doel op zich, maar een middel. Van belang is dat het werken in fasen zo flexibel mogelijk wordt gehanteerd. Dat wil zeggen dat de fasen in elkaar over moeten vloeien. Als een jeugdige zich bijvoorbeeld in fase 3 bevindt en op een bepaald gebied terugvalt naar fase 2, dan wordt hij niet direct teruggeplaatst naar fase 2, maar dan wordt er tijdelijk extra aandacht besteed aan de vaardigheden die hij op dat gebied in fase 2 heeft geleerd. Op die manier worden de fasen op een positieve manier gehanteerd. Het is een beloning als je door mag naar de volgende fase en de fasen dienen dan ook niet gehanteerd te worden als middel om te straffen. Uiteraard is het zo dat alles wat in eerdere fasen is geleerd blijvend aandacht behoeft tijdens de volgende fasen. Dit geldt zeker voor de praktijkfase.

We kunnen de jeugdige en zijn familie en sociale netwerk voorspellen dat er ook weer 'oud gedrag' naar voren komt. Dat betekent niet dat alles voor niets is geweest. Met hulp kunnen de betrokkenen dan het geleerde in de praktijk gaan brengen en vertrouwen opdoen. Er kunnen zich weer even problemen voordoen maar de jeugdige en zijn netwerk hebben geleerd hoe daarmee om te gaan. In de praktijkfase worden zij geholpen het geleerde in de praktijk te brengen. De praktijkfase is namelijk als vanzelfsprekend geïntegreerd in de behandeling. Ook in deze fase kan het gebeuren dat de jeugdige tijdelijk terugvalt naar fase 3.

3.4 Realistische kijk op behandelen en behandel-effecten

Matthys (1997) waarschuwt voor een te groot behandeloptimisme. Studies laten zien dat het merendeel van de behandelde jeugdigen met ernstige gedragsproblemen ook na behandeling - in vergelijking met niet-klinische jeugdigen - buiten de gemiddelde of normale range van gedrag blijven. Dit geldt uiteraard ook voor de jeugdigen met gedragsproblemen en een (ruim) benedengemiddelde intelligentie en/of hiaten in hun ontwikkeling.

Het extreme probleemgedrag heeft zich gedurende vele jaren ontwikkeld. Het is vrijwel ondenkbaar dat het uitdoven ervan slechts enkele maanden duurt. De behandeling van jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen zal in principe jaren duren (Kazdin e.a., 1992).

4 Van programmadoel naar behandel- en werkdoelen

Inleiding

Het gaat bij Jeugdzorg^{Plus} om gecompliceerde situaties waarop het reguliere aanbod geen antwoord heeft. De jeugdigen worden pas geplaatst als de situatie dusdanig uit de hand is gelopen dat de ontwikkeling of de veiligheid van de jeugdige, het gezin of de omgeving in het geding is en als gevolg daarvan een gebrek aan toekomstperspectief is ontstaan. Met de ontwikkeling van de gesloten jeugdzorg is het mogelijk deze jeugdigen uit huis te plaatsen en behandeling en opvoeding in een gesloten setting te laten plaatsvinden. De jeugdigen kunnen zich daar niet meer onttrekken aan behandeling en opvoeding. Uiteraard is het belangrijk dat jeugdigen niet langer in een gesloten situatie worden geplaatst dan nodig. Uit werkbezoeken en dossieronderzoek is naar voren gekomen dat de instellingen voor Jeugdzorg^{Plus} in de eerste periode vooral inzetten op structureren en stabiliseren (dag- en nachtritme aanbrengen, weer naar school gaan e.d.), een eind maken aan een eventuele crisissituatie en daarna werken aan een toekomstperspectief voor de jeugdige. In de volgende fasen wordt meer specifiek op de verschillende domeinen gewerkt aan het toekomstperspectief.

4.1 Programmadoel

Bij veel jeugdigen zijn de gedragsproblemen zodanig ernstig dat deze jeugdigen lang, en soms blijvend ondersteuning nodig hebben. We streven in dat geval naar een dynamisch traject waarbinnen gesloten behandeling geen eindstation is, maar een vertrekpunt. Het uiteindelijke doel van de behandeling is om de jongere een aanvaardbare en veilige plek in de samenleving te geven, waar mogelijk met passende scholing, het verkrijgen en behouden van werk en een vaste woonplek met goede familiebanden en een vriendenkring.

De uiteindelijke doelstelling van Jeugdzorg^{Plus} is dan ook het creëren van een nieuw toekomstperspectief (eerst verhelderen, dan realiseren) voor de jeugdige:

- perspectief op een 'gezonde' hulpverleningsrelatie;
- perspectief op gedragsverandering en ontwikkeling;
- perspectief met betrekking tot relaties, het aangaan en onderhouden van relaties met het gezin/de familie en het creëren van een sociaal netwerk;
- perspectief op toekomstige woonplek;
- perspectief op dagbesteding (school en/of werk en vrije tijd).

4.2 Behandeldoelen

Uit het overkoepelende programmadoel worden de algemene behandeldoelen afgeleid. Voor elke jeugdige worden vervolgens individuele behandeldoelen geformuleerd, die afgeleid zijn van de algemene behandeldoelen. Per doel dient afgesproken te worden hoe aan dit doel gewerkt gaat worden, met welke middelen en gedurende welke periode. De meest voorkomende algemene behandeldoelen en bijbehorende operationalisaties in behandeldoelen worden hieronder kort weergegeven.

1. *De jeugdige is in staat zijn ernstige probleemgedrag om te buigen naar maatschappelijk aanvaard gedrag. De jeugdige beschikt derhalve over basale sociale vaardigheden.*
Concreet kan dit de volgende behandeldoelen impliceren:
 - a. De jeugdige oefent specifiek sociaal gedrag, zoals goede tafelmanieren, beleefdheid, iemand vragen hoe het met hem gaat, etc.
 - b. De jeugdige uit behoeften op gepaste wijze door aan te geven wat hij wel of niet leuk vindt.
 - c. De jeugdige oefent zelfbeheersing door geduldig te zijn, een time out te nemen bij boosheid of frustratie, etc.
 - d. De jeugdige gaat op een voor zichzelf minder beschadigende manier om met zijn problemen.
 - e. De jeugdige ziet zijn denkfouten en beheerst een proactieve manier van reageren (eerst denken, dan doen).
 - f. De jeugdige met wegloupgedrag vertoont dit gedrag niet langer, maar staat open voor feedback.
 - g. De jeugdige volhardt bij moeilijke opdrachten en geeft niet op als het moeilijk wordt.
2. *De jeugdige is meer dan bij aanvang in staat tot het aangaan van relaties*
Concreet kan dit de volgende behandeldoelen impliceren:
 - a. De jeugdige is in staat met anderen te communiceren.
 - b. De jeugdige kan zich beter dan voorheen verplaatsen in anderen.
3. *Verkrijgen van duidelijkheid over de te verwachten rol van de ouders/verzorgers en netwerk in de toekomstige ontwikkeling van de jeugdige*
Concreet kan dit de volgende behandeldoelen impliceren:
 - a. Het is duidelijk wat de ouders/verzorgers en/of het netwerk nodig hebben om de opvoedingsverantwoordelijkheid te kunnen dragen.
 - b. Indien de ouders/verzorgers de opvoedingsverantwoordelijkheid niet langer kunnen / willen of mogen dragen is er duidelijkheid ontstaan over het toekomstperspectief van de jeugdige.
 - c. Als ouders/verzorgers geen opvoedingsverantwoordelijkheid kunnen/willen dragen of mogen, is duidelijkheid gekregen over de rol die zij wel kunnen vervullen.

4. *De jeugdige heeft een verblijfsplaats met lange termijn perspectief*

Concreet kan dit de volgende behandeldoelen impliceren:

- a. De jeugdige heeft een veilige, steunende en ontwikkelingsbevorderende verblijfsplaats waar hij tevreden mee is.
- b. De verblijfsplaats is beschikbaar voor de jeugdige totdat hij volwassen is of totdat hij zelfstandig kan gaan wonen.

5. *Er is minder handelingsverlegenheid bij ouder(s)/verzorger(s) en hulpverleners*

Concreet kan dit de volgende behandeldoelen impliceren:

- a. De ouder(s)/verzorger(s) en de jeugdige weten hoe ze met elkaar om moeten gaan.
- b. De hulpverleners weten hoe ze met de jeugdige en zijn gedrag, en met de overige gezinsproblematiek om moeten gaan.

6. *De jeugdige vindt een passende vorm van dagbesteding en vrije tijdsbesteding en kan zich hieraan in grote lijnen houden*

Concreet kan dit de volgende behandeldoelen impliceren:

- a. De jeugdige heeft een dagbesteding gevonden waar hij/zij zich goed bij voelt en die hem ontwikkelingstaken aanreikt die passen bij zijn actuele competenties.
- b. De jeugdige heeft een vorm van vrijetijdsbesteding gevonden.
- c. De jeugdige is in staat zich aan een dagstructuur te houden of deze zelf invulling te geven.

7. *De zorgcoördinatie is beter geregeld*

Concreet kan dit de volgende behandeldoelen impliceren:

- a. Het is voor alle betrokkenen (jeugdige, ouders/verzorgers, hulpverleners) op elk moment duidelijk wie de zorg coördineert/ de regiefunctie heeft.
- b. Het is voor alle betrokkenen (jeugdige, ouders/verzorgers, hulpverleners) op elk moment duidelijk wie welke zorg of hulp biedt. Zij ervaren de hulpverlening zowel in de tijd als in de veelheid van betrokken instellingen als een eenheid.
- c. Alle betrokkenen (jeugdige, ouders/verzorgers, hulpverleners) zijn tevreden met de geboden zorg en de onderverdeling van taken.

Kanttekening

Voor een deel van de jeugdigen en gezinnen uit de doelgroep is terugkeer naar huis niet haalbaar. Thuis wonen is dan ook geen criterium voor een geslaagde behandeling. Om deze reden is tenminste duidelijkheid nodig over de rol van de ouders/verzorgers en het bredere netwerk in de toekomst, alsook perspectief op een woonsituatie binnen of buiten het gezin. Voor ouders/verzorgers en jeugdige moet duidelijk zijn hoe deze rol het beste invulling kan krijgen. Dat voorkomt teleurstellingen en irreële verwachtingen.

4.3 Werkdoelen

De bovengenoemde algemene behandeldoelen worden voor elke individuele jeugdige en zijn gezin opgesteld in specifieke termen passend bij de problematiek. Bij het opstellen van de doelen waaraan gewerkt gaat worden, wordt heel concreet rekening gehouden met de kenmerken en mogelijkheden van jeugdige, diens ouders/verzorgers en het gezin als geheel. De werkdoelen verschillen per fase en worden per fase geformuleerd in kleine haalbare stappen, die zijn gericht op concreet gedrag of een concrete situatie.

Werkdoelen dienen te voldoen aan de SMART-criteria, hetgeen inhoudt dat ze de volgende kenmerken hebben:

- Specifiek (ze hebben betrekking op goed afgebakende gedragingen, vaardigheden, cognities, emoties, situaties);
- Meetbaar (de mate waarin het doel bereikt wordt moet in principe meetbaar zijn);
- Acceptabel (het doel wordt door de cliënten en door de meeste uitvoerders van de interventie en onderschreven);
- Realistisch (doel is haalbaar gegeven de mogelijkheden van cliënten en de inhoud van de interventie);
- Tijdgebonden (aangegeven is wanneer het doel moet zijn gehaald).

5 Jeugdzorg^{Plus}: een multidimensionele en gefaseerde aanpak

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven welk soort interventies er op welke gebieden en wanneer nodig is om uiteindelijk te kunnen komen tot een effectieve behandeling. In grijze tekstvakken worden voorbeelden gegeven van concrete hulpmiddelen en interventies die voor de betreffende gebieden in Nederland beschikbaar zijn. Enkele van deze interventies hebben een beoordeling gekregen van de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJi en/of van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies van het ministerie van Justitie. De huidige status van deze beoordelingen is opgenomen in de tekstvakken. Aanvullende informatie over deze interventies en nieuwe beoordelingen kunnen worden gevonden op de internetsites van de Databank Effectieve Jeugdinterventies⁵ en het ministerie van Justitie⁶.

Het is de bedoeling dat elke instelling voor Jeugdzorg^{Plus} zijn eigen protocollen en afgesproken werkprocessen voor het uitvoeren van de interventies bundelt en invoegt achter de tabbladen van deze methodemap, als Bijlage 10 tot en met 18 en eventueel overige bijlagen.

5.1 De start van de behandeling

5.1.1 Gezamenlijk onderzoek en oriëntatie op de toekomst

De start van de behandeling staat in het teken van een gezamenlijk onderzoek en een oriëntatie op de toekomst (zie Bijlage 5, het startgesprek: de GO). Allereerst wordt er informatie verzameld over de jeugdige, zijn gezin en zijn omgeving, omdat het bij elke nieuwe cliënt van belang is om de hulpvraag van de jeugdige en zijn gezin nauwgezet in kaart te brengen. Ook wordt met ouders en jeugdige gesproken over het toekomstperspectief. Zien zij mogelijkheden om samen weer verder te gaan? En zo ja, wat is daar dan voor nodig?

Gezamenlijk Onderzoek (GO)

Status: beschreven door PI Research en De Koppeling, 2007.

⁵ <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/03/055.html>

⁶ <http://www.justitie.nl/onderwerpen/criminaliteit/erkeningscommissie/>

Bij vrijwillige hulpverlening staan de vragen van ouders en kinderen voorop en werkt de hulpverlener deze vragen uit in een dialoog met de gezinsleden. In de gesloten jeugdzorg daarentegen stuiten de behandelaars op een situatie die volstrekt onverantwoord was voor de gezonde ontwikkeling van de jeugdige. Er is een grens gesteld met betrekking tot de ernst van de situatie en de jeugdige is met een machtiging gesloten jeugdzorg van de kinderrechter uit huis geplaatst. Er moeten stappen ondernomen worden om ervoor te zorgen dat de situatie voor de jeugdige verbetert. Met andere woorden, bij de start van gesloten jeugdzorg staan bescherming en veiligheid voorop. Ook dan is het uitwerken van de vragen en wensen van de jeugdige en de ouders vanaf de start essentieel. Vaak zijn ze niet in staat om bij de start al positieve wensen te formuleren. Dat vereist immers dat men positieve gevoelens toelaat en dat is moeilijk als je je overweldigd voelt door woede, angst en stress. Het vereist ook een zekere intelligentie om een negatieve situatie in gedachten om te zetten in een positieve. Toch wordt er direct bij de start met de jeugdige en zijn ouders gesproken over de wensen en mogelijkheden.

De wensen van het gezin worden vastgelegd in het behandelplan. Dat gebeurt zoveel mogelijk in hun eigen woorden, zodat ze merken dat de behandelaars goed naar hen luisteren. Het behandelplan wordt op deze wijze het plan van de jeugdige en de ouders. Wanneer zij ervaren dat ze invloed hebben op het behandelplan, vergroot dat hun motivatie en betrokkenheid. Praten over de toekomst motiveert meer dan graven in het verleden. Gezamenlijk haalbare en wenselijke uitkomsten formuleren en afspraken maken over de manier waarop de doelen bereikt gaan worden, kortweg toekomstgericht communiceren, is immers de essentie van het werken met een behandelplan. Gedurende de behandeling worden de doelen aan het eind van elke fase geëvalueerd en verder geconcretiseerd voor de volgende fase.

5.1.2 Doorlopende diagnostiek vanaf de start

Middels diagnostiek bij aanvang van en tijdens de behandeling wordt bepaald welke aanpak/behandeling op welk moment (in welke fase) passend is voor een jeugdige. Binnen elke locatie voor Jeugdzorg^{Plus} is psychiatrische expertise beschikbaar aangezien een groot deel van de jeugdigen kampt met meervoudige gedrags- en psychiatrische problematiek. Wat hierbij op de voorgrond staat, internaliserende of externaliserende problematiek, kan variëren. Een psychiatrisch onderzoek is in dergelijke gevallen van essentieel belang om tot een heldere diagnose en behandelplan te kunnen komen.

Uitgangspunt van het werken volgens de methode Jeugdzorg^{Plus} is de regulatieve cyclus (Van Strien, 1986), die bestaat uit elkaar voortdurend opvolgende en aanvullende diagnostiek en behandeling. Diagnostiek en behandeling trekken hierbij gezamenlijk op. In de eerste fase bepaalt de behandelverantwoordelijke welke diagnostische gegevens nodig zijn om de juiste behandeldoelen te kunnen opstellen. Het kan gaan om aanvullend psychologisch of psychiatrisch onderzoek.

Volledige diagnostiek is een voorwaarde om te komen tot activiteiten buiten het gebouw en het instellingsterrein. Dat betekent dat de behandelverantwoordelijke alle risico- en beschermende factoren in kaart heeft gebracht, de risico's heeft getaxeerd en de gemaakte afwegingen schriftelijk heeft vastgelegd in het behandelplan.

Om het besluit tot het starten van buitenactiviteiten te nemen, dient te worden voldaan aan de volgende voorwaarden:

- er is zicht op de thuissituatie,
- er heeft een psychiatrische screening plaatsgevonden,
- er is kennis van het verloop van eerdere verloven in andere instellingen,
- indien de behandelverantwoordelijke inschat dat er risico's zijn ten aanzien van recidive op gewelddadig gedrag dient een SAVRY⁷ ingevuld te zijn. De behandelverantwoordelijke weegt hierbij de historische factoren zoals achtergrond, problematiek en stoornis af tegen de recente ontwikkelingen die de jongere binnen de instelling heeft doorgemaakt.

Het besluit tot buitenactiviteiten, inclusief de duur ervan en de bijbehorende voorwaarden, valt onder de verantwoordelijkheid van de behandelverantwoordelijke en de gezinsvoogd van de jeugdige. De concrete afspraken over de buitenactiviteiten worden gemaakt in de behandelplanbespreking, samen met de jongere, de ouders en andere belangrijke betrokkenen. Deze afspraken worden opgenomen in het behandelplan.

5.2 Gezinsgericht werken: gezinsfocus creëren vanaf de start

Vanaf de opname van de jeugdige in de instelling wordt door de behandelaars samen met de jeugdige en de gezinsleden gewerkt aan een zogenaamde “gezinsfocus”, hetgeen wil zeggen dat er vanaf de start aandacht is voor de betekenis van de omstandigheden voor alle gezinsleden afzonderlijk en voor het gezin als geheel. Gedurende de gehele behandeling worden de behandeldoelen geformuleerd vanuit meerdere perspectieven: het perspectief van de jeugdige, dat van de ouders, en dat van eventuele andere gezinsleden/familie. Het is belangrijk dat alle gezinsleden uitspreken wat een en ander voor hen persoonlijk betekent. De behandelaars kunnen helpen om de negatieve gevoelens te verminderen en weer hoop en enthousiasme te creëren.

Eveneens wordt vanaf de start gezien wat het toekomstperspectief van de jeugdige is. In principe werkt men toe naar terugplaatsing van de jeugdige bij zijn ouders/familie. Als dat echt niet meer mogelijk is, bijvoorbeeld omdat de veiligheid in het geding is of omdat er geen familie is, gaan de behandelaars samen met de jeugdige op zoek naar alternatieven.

⁷ De SAVRY (Lodewijks, Doreleijers, & De Ruiter, 2008; Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter, & Borum, 2008; Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter, & De Wit-Grouls, 2001) is een risicotaxatie instrument dat wordt gebruikt in alle JJI's en instellingen voor gesloten jeugdzorg. De behandelverantwoordelijken dienen opgeleid te zijn of worden in het afnemen van de SAVRY.

De behandelaars proberen dan eerst iets in het sociale netwerk van de jeugdige te organiseren, als dat niet lukt wordt er aangemeld bij een andere instantie (voor een begeleid wonen project).

Op de dag van opname of zo snel mogelijk hierna worden de jeugdige, de ouders, de gezinsvoogd en andere belangrijke personen uit het netwerk van de jeugdige uitgenodigd voor een gezamenlijk onderzoek. Tijdens deze bijeenkomst wordt het eerste behandelplan opgesteld, waarin wordt afgesproken wat er in de eerste fase gaat gebeuren. Tevens wordt er een datum voor een evaluatie en vervolgbespreking gepland⁸.

Tijdens het gezamenlijk onderzoek wordt zoveel mogelijk informatie verzameld om de problematiek van de jeugdige en zijn systeem te verhelderen. Het behandelplan en de daarin beschreven behandeldoelen kunnen dan optimaal aansluiten bij de hulpvragen van de jeugdige en zijn systeem. Er zijn verschillende hulpmiddelen voorhanden om informatie te verzamelen, bijvoorbeeld: het stellen van de wondervraag, het dagelijkse routine interview, werken met de levenslijn, het genogram, het bolletjesschema, werken met het silhouet, de doelkaarten.

De behandelaars en de gezinsvoogd zullen in de eerste fase samen met de gezinsleden praten over de gemelde klachten respectievelijk onveiligheid én over de vraag wat er moet gebeuren om de situatie veiliger te maken. De gezinsleden zelf zijn een belangrijke bron van informatie voor alle onderzoeken. Bovendien is het bespreken met gezinsleden van wat er moet gebeuren om de veiligheid te vergroten een effectieve manier om de positieve krachten in en rond het gezin te mobiliseren (Turnell & Edwards, 1999). De behandelaars en de gezinsvoogd onderzoeken niet alleen de probleemreeks die heeft geleid tot onveiligheid, ze zoeken ook naar signalen van veiligheid. In elk gezin zijn er sterke kanten en factoren die het veiligheidsgevoel kunnen vergroten. Onderzocht moet worden hoe de positieve krachten kunnen worden gemobiliseerd om het gevoel van onveiligheid op te heffen. Alleen als dat lukt kan op een verantwoorde manier een beslissing worden genomen over toewerken naar thuisplaatsing. Dergelijke belangrijke beslissingen worden genomen door de gezinsvoogd, die hiertoe wordt geadviseerd door de behandelaars. Het familie en netwerkberaad is een middel waarmee duidelijkheid verkregen kan worden over het toekomstperspectief van de jeugdige en zijn gezin. Het familie en netwerkberaad wordt eveneens gebruikt om samen met de jeugdige en zijn ouders/familie te zoeken naar de mogelijkheden voor (hulp bij thuis)plaatsing binnen (vanuit) het netwerk.

Na ongeveer zes weken wordt de eerste fase geëvalueerd en wordt een vervolgbehandelplan opgesteld. De jeugdige, de ouders, de gezinsvoogd en andere belangrijke personen uit het netwerk van de jeugdige worden uitgenodigd voor de behandelbespreking. Tijdens die bespreking wordt het werk voor de volgende periode vastgesteld.

⁸ Wettelijk gezien dient een hulpverleningsplan voor de start van de hulp opgesteld te zijn en uiterlijk 6 weken na opname van start te gaan. In de gesloten jeugdzorg wordt zo mogelijk de dag van opname gebruikt om het plan te maken en te bespreken. Mocht dat niet lukken, dan wordt dit zo snel mogelijk na de dag van opname gedaan.

Het toekomstig woonperspectief van de jeugdige is dan mogelijk al duidelijk: de jeugdige gaat na de behandeling juist wel of juist niet thuis wonen. Indien de jeugdige na de behandeling weer gaat wonen in zijn gezin of bij een van de ouders of overige familie, dan wordt tijdens de behandelbespreking aan het eind van fase 1 reeds afgesproken wanneer een gezinstherapeut aan het werk gaat met het gezin. Met behulp van de gezinstherapeut gaan alle gezinsleden oefenen met gedragsverandering. Na de start van de gezinstherapie zal de jeugdige binnen afzienbare tijd (*een aantal maanden*) volledig thuis wonen, waar ook de verdere behandeling zal plaatsvinden. De gezinstherapie gaat dan als ambulante therapie verder (de gedragsveranderingfase zal uiteindelijk overgaan in de generalisatiefase).

Multisysteem Therapie (MST)

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, voorlopige erkenning oktober 2007.

Functional Family Therapie (FFT)

Status: Databank Effectieve Interventies NJi, in theorie effectief juni 2007.

Multi Dimensional Family Therapie (MDFT)

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, ingediend ter beoordeling oktober 2008.

Indien het toekomstperspectief nog niet duidelijk is wordt tijdens de behandelbespreking afgesproken dat er in fase 2 enkele gesprekken met het gezin/de familie gepland worden om te onderzoeken wat het toekomstperspectief is voor de jeugdige.

Ook indien de jeugdige geen woonplek kan vinden binnen zijn familie of sociale netwerk, is het van belang dat de behandelaars een familie en sociaal netwerk beraad organiseren om zo een *steunsysteem voor de jeugdige* te organiseren. De behandelaars en de gezinvoogd zoeken samen met de betrokkenen uit wat ouders en verdere familie en netwerk voor de jeugdige in de toekomst kunnen betekenen. Immers, als de jeugdige op zichzelf moet leren wonen (begeleid wonen) is het van essentieel belang dat hij een netwerk heeft en ook geleerd heeft om een netwerk op te bouwen en te onderhouden.

Familie en netwerkberaad : onderdeel van Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer (NPT)

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, volledige erkenning: maart 2008.

Het organiseren van een netwerkberaad vereist een goede voorbereiding met de jeugdige. De behandelaars (bijvoorbeeld de gezinsbehandelaar en de pedagogisch medewerker) introduceren bij de jeugdige eerst het netwerkschema (zie Bijlage 8, formats mentorgesprekken, netwerkschema). Het invullen van het netwerkschema samen met een jeugdige heeft als effect dat deze meer inzicht krijgt in zijn eigen leefwereld, leefsituaties en relaties. Ook krijgt hij op deze manier een overzicht van het verloop van zijn leven.

Bij het maken van een netwerkschema zijn de volgende vragen behulpzaam om aan oplossingen te blijven denken (Berg, 1994):

1. Hoe kijkt de jeugdige naar zijn ouders, zijn familie en zijn sociale netwerk?
2. Waar liggen de huidige banden en hulpbronnen? Hoe verlopen contacten, wie zijn sleutelfiguren (de zogenaamde VIP's)?
3. Wat vinden de ouders en de familie van de relaties van de jeugdige? Zijn er wellicht zorgen in de familie over deze contacten? Of zijn deze contacten hulpbronnen, ook voor de ouders?

De behandelaars proberen tijdens het netwerkberaad aan te sturen op een samenwerkingsrelatie, die zowel de jeugdige als de personen uit het familie- en sociale netwerk (de zogenaamde VIP's) aanspreken. De behandelaar stelt zich als een bemiddelaar op. Vanuit een aansprekend begin moeten er concrete en realistische stappen gedaan worden richting de toekomst.

Indien er een andere woonplek voor de jeugdige gezocht is, zal de jeugdige zich in fase 3 (oefenen en voorbereiden) - gaan voorbereiden op deze nieuwe woonplek. Ook zijn gezin en overig netwerk dienen hierop voorbereid te worden. Behalve het kennismaken worden er ook afspraken gemaakt over hoe de contacten gaan lopen in de toekomst. Dit gebeurt middels familie- en netwerkbijeenkomsten op de nieuwe woonplek. Zowel in fase 3 als in fase 4 worden op de nieuwe woonplek netwerkbijeenkomsten georganiseerd door de behandelaars.

5.3 De behandel leefgroep als basisaanbod

Voor de jeugdige kenmerkt de startfase van de behandeling zich als 'oriëntatie en wenfase'. Jeugdigen worden in een behandelgroep geplaatst waarin (bij aanvang van de behandeling) de begeleiding en supervisie tot de maximaal haalbare intensiteit zijn opgevoerd. De behandelaars zijn getraind in gedragsbeïnvloeding en ze zorgen voor een dagelijkse gestructureerde leefomgeving. Het is het oefenterrein van de jeugdige, hij wordt aangemoedigd om er stap voor stap een positieve ontwikkeling in te zetten.

Dagelijkse routine, dagstructuur en groepsregels

In een behandelgroep is het belang van de dagelijkse routine driedig (Slot & Spanjaard, 2006). In de eerste plaats zorgt de dagelijkse routine voor een voorspelbare en overzichtelijke leefomgeving. In de tweede plaats biedt de dagelijkse routine observatiemogelijkheden. In een omgeving die duidelijk is voor jeugdigen, is het mogelijk om na te gaan welke vaardigheden de jeugdigen wel en niet beheersen. Ten derde biedt de dagelijkse routine een kapstok voor de begeleiding en behandeling; het leren van vaardigheden middels het aanbieden van taken. Jeugdigen leren vaardigheden die ze in het dagelijks leven nodig hebben.

De dagelijkse routine is een aaneenschakeling van activiteiten die gedurende de dag plaatsvinden. Voor de jeugdigen is het belangrijk dat de dagstructuur inzichtelijk, herkenbaar en voorspelbaar is. Zo kunnen bijvoorbeeld bepaalde activiteiten altijd op hetzelfde tijdstip plaatsvinden. Dit schept duidelijkheid en geeft houvast en veiligheid. Voor elke jeugdige dient een heldere match te worden gemaakt tussen de dagelijkse routine en de individuele doelen uit zijn of haar behandelplan.

Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg
Slot & Spanjaard, 2006.

De fasering en het feedbacksysteem

De fasering en het feedbacksysteem (zie Bijlage 7, fasering en feedbacksysteem met fasekaarten) zijn voor de behandelaars een manier om normatief en pro sociaal gedrag positief te bekrachtigen, en een manier om sancties op te leggen voor probleemgedrag. Het systeem richt zich op het stimuleren van de ontbrekende vaardigheden en op de ontwikkeling van het vermogen zich op gepaste wijze in een sociale omgeving te gedragen. Op puntenkaarten wordt gespecificeerd welk concreet gedrag van de jongere wordt verwacht en welk gedrag ongewenst is. Positief en negatief gedrag worden vertaald in punten die gescoord kunnen worden. Deze punten worden (op een zakelijke, neutrale wijze) door pedagogisch medewerkers aan ze gegeven of ingetrokken. Punten kunnen worden verdiend voor het waarmaken van de verwachtingen. Een belangrijk element van het systeem is het gebruik van tastbare beloningen om de pro sociale ontwikkeling van de jongere te stimuleren en tastbare sancties om probleemgedrag te onderdrukken. Omdat jongeren met ernstige gedragsstoornissen vaak niet reageren op gangbare soorten goed- en afkeuring bij dagelijkse interacties, is een concrete aanpak vereist om hun gedrag te beïnvloeden. Het systeem gebruikt daarom expliciete versterking in de vorm van punten, die worden gebruikt om privileges of materiële zaken te “kopen”. Omdat de verwachtingen omtrent hun gedrag van tevoren duidelijk zijn omschreven, weten de jongeren vooraf precies wat ze moeten doen om punten te verdienen en voor welk gedrag ze punten zullen verliezen. Dit minimaliseert de kans dat de jongeren de reacties van de behandelaars op hun gedrag als willekeurig of onrechtvaardig ervaren. Een juiste toepassing van het fasering- en feedbacksysteem schept een omgeving die jongeren in principe rechtvaardig vinden.

In de eerste fase krijgt de jongere elke dag een puntenkaart. De jongere kan elke dag punten verdienen en kwijtraken. Met punten kunnen privileges verkregen worden, bijvoorbeeld een keer extra bellen of het kiezen van een activiteit zoals een dvd kijken op de groep.

Het faseringssysteem bestaat uit vier fasen die een geleidelijke afname laten zien in structuur en een toename van de privileges voor de jongere. Jongeren kunnen doorstromen naar minder restrictieve fasen door punten te verzamelen die kunnen worden verdiend met aanvaardbaar gedrag. De eerste, meest gestructureerde en gecontroleerde fase is voor alle jongeren gelijk.

In fase 2 en 3 worden de privileges gaandeweg groter en krijgt de jongere meer vrijheid. In de praktijkfase is deze extra vorm van feedback krijgen middels een puntenkaart niet meer nodig, er wordt dan niet meer gewerkt met een kaart, maar de behandelaars blijven wel feedback geven.

Hoewel het systeem in hoge mate is gestructureerd, is het flexibel genoeg voor behandelaars om de feedbackkaarten aan te vullen met feedbackpunten rond gedragingen waar jongeren een extra ontwikkeling in moeten doormaken.

Motiveren tot gedragsverandering

Tijdens alle fasen van de behandeling is het voor de jeugdige belangrijk om zich voortdurend bewust te zijn van zijn toekomstperspectief en om te weten op welke termijn dit perspectief gerealiseerd kan worden. Zoveel mogelijk helderheid kan dan onnodige twijfel bij hem voorkomen. Veranderen gaat immers niet vanzelf, de jongere moet daar hard voor werken, het is een proces van vallen en opstaan.

In de praktijk blijkt dat er tijdens de behandeling elke week wel een of meerdere aanleidingen zijn om de motivatie voor gedragsverandering van de jeugdige te bespreken. Voorwaarden voor zo'n gesprek zijn dat de situatie veilig moet zijn voor de jeugdige. Er moet bovendien voldoende rust en aandacht zijn om het gesprek gedegen te kunnen voeren. Er is geen standaard gespreksformat voor hoe een motiverend gesprek er uit zou moeten zien. Er zijn wel technieken die je kunt inzetten tijdens motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2002; Miller, Rollnick, & Bes, 2003):

- Luister reflectief, vermijdt 'roadblocks' die bij de jeugdige de weerstand verhogen;
- Stel open vragen;
- Stel nooit meerder vragen tegelijkertijd;
- Ondersteun en bevestig wat de jeugdige zegt;
- Geef samenvattingen.

Als je bovenstaande technieken gebruikt en het gedrag van de jeugdige nauwlettend observeert en daar op de juiste wijze bij aansluit, vergroot je de kans de jeugdige te ondersteunen in het doen van zelfmotiverende uitspraken. Je werkt zo aan het vergroten van zijn intrinsieke motivatie. In zelfmotiverende uitspraken geeft de jeugdige iets aan van zijn ambivalentie ten opzichte van verandering. Bijvoorbeeld: "Ik wil hier niet zijn maar thuis was het ook een puinhoop".

Er worden vier vormen van zelfmotiverende uitspraken onderscheiden:

- Erkennen van de nadelen van de huidige situatie ("Ik heb hier toch echt last van").
- Voordelen van verandering zien ("Waarschijnlijk ga ik me dan beter voelen").
- Vertrouwen hebben in verandering (optimistisch zijn) ("Als ik het echt wil, lukt het me").
- De wil tot veranderen laten zien ("Ik wil er nu echt mijn best voor doen").

5.4 Gedragstrainingen met betrekking tot sociale vaardigheden, agressie regulatie en cognitieve en morele ontwikkeling

Naast het basisaanbod op de behandelgroep, op school en de gesprekken met de gezinsleden worden er vanaf fase twee verschillende trainingen ingezet om tot gedragsverandering van de jeugdigen te komen. Elke instelling voor Jeugdzorg^{Plus} biedt gedragstrainingen op het gebied van sociale vaardigheden, agressie regulatie en cognitieve en morele ontwikkeling. De jongeren worden actief bij deze trainingen betrokken. Het bouwen aan vaardigheden en het veranderen van negatief gedrag naar positief en gewenst gedrag zijn belangrijke doelen voor de jongere.

Sociale vaardigheden worden in groepsverband aangeleerd, via modeling, gedragsoefeningen en sociale bekrachtiging. Tijdens gedragsoefeningen is er voortdurend sprake van aandacht en waar mogelijk bijval van de gedragstrainer en de overige groepsleden. De modeling, gedragsoefening en bekrachtiging dienen zodanig te worden uitgevoerd dat de cliënt het nieuw verworven gedrag ook blijvend zal gaan toepassen in zijn dagelijks leven buiten de training.

Transfertraining is essentieel om generalisatie van het geleerde te bevorderen en ervoor te zorgen dat het geleerde niet in de trainingsruimte blijft hangen maar in de praktijk van alledag wordt gebruikt.

Agressieregulatietrainingen hebben tot doel de deelnemers te leren hun zelfcontrole te verbeteren en hun agressie te reduceren en te managen. Deelnemers worden getraind om in (ruzie-achtige) situaties niet met agressie te reageren maar met een reeks van 'responses' gericht op:

- Triggers: externe gebeurtenissen en interne labeling; de interpretatie die gegeven wordt aan de gebeurtenis veroorzaakt het agressieve gevoel.
- Cues: fysiologische en lichamelijke sensaties zijn een signaal voor hoe erg de boosheid is.
- Reminders: zelfinstructie om agressieve gevoelens te verminderen.
- Reducers: technieken die in combinatie met reminders boosheidgevoel verminderen, bijvoorbeeld diep ademhalen, terug tellen, redevolle verbeeldingen en bedenken van lange termijn consequenties.
- Zelfevaluatie: de mogelijkheid voor zelfbekrachtiging en zelfcontrole afhankelijk van hoe de voorafgaande stappen verliepen.

Bij veel van de jeugdigen uit de doelgroep is sprake van cognitieve vervormingen en een achterstand in morele ontwikkeling. In de trainingsbijeenkomsten gericht op morele ontwikkeling wordt aan de hand van voorbeeldsituaties van de jeugdigen verlangd dat zij zich verplaatsen in bepaalde personen en situaties. Door vervolgens de jeugdigen onderling in discussie te laten gaan over wat “verantwoord” of “moreel juist” is, worden overtuigingen, waarden en normen bespreekbaar gemaakt en de morele ontwikkeling van de jeugdige gestimuleerd.

Er zijn enkele effectieve programma's die op (een aantal) deze aspecten ingrijpen:

Washington State Aggression Replacement Training (WSART)

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, voorlopige erkenning maart 2008.

In Control!

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, voorlopige erkenning juni 2008.

Equip

Status: Databank Effectieve Interventies NJi, in theorie effectief, 2007.

Sociale Vaardigheden op Maat

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie Voorlopige erkenning oktober 2006.

Agressieregulatie op Maat

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, volledige erkenning oktober 2007.

Rots en water

Status: Databank Effectieve Interventies NJi, in theorie effectief, 2007.

5.5 Individuele behandeling en therapie

Psychiatrische behandeling, medicatie en psycho educatie

Vaak dient aan zowel de jeugdige als zijn omgeving uitgebreid uitgelegd te worden wat de psychiatrische problematiek inhoudt en hoe bijvoorbeeld medicatie de jeugdige kan helpen om goed te functioneren in zijn omgeving. De kinder- en jeugdpsychiater verricht dan ook niet alleen onderzoek, maar behandelt indien nodig de jeugdige en begeleidt zijn omgeving bij de omgang met de jeugdige.

De kinder- en jeugdpsychiater dient eveneens aandacht te besteden aan psycho educatie van de medewerkers. Als de medewerkers goed op de hoogte zijn van de problematiek die speelt bij de verschillende jeugdigen en welke aanpak daarbij vereist is, dan zullen ze problemen vaker en op een eerder moment zelf op kunnen lossen en escalaties kunnen voorkomen.

Versterking van de persoonlijkheid

De jeugdigen binnen Jeugdzorg^{Plus} zijn veelal onzeker en hebben weinig zelfvertrouwen, hoewel ze uitstekend in staat zijn dit te verstoppen onder een stoere of onverschillige houding. Een jeugdige die in zijn vroege jeugd geconfronteerd is met bijvoorbeeld verwaarlozing en mishandeling en die de ervaring heeft dat er niet echt een plek voor hem was, leert niet van zichzelf te houden. Hij heeft niet geleerd dat hij er toe doet, dat hij de moeite waard is. Waar nodig wordt extra aandacht besteed aan het vergroten van het zelfbewustzijn en zelfwaardegevoel van de jeugdige. Er is een uitgebreid aanbod om hieraan te werken. Uiteraard is het belangrijk dat gekozen wordt voor een manier die zo goed mogelijk aansluit bij de capaciteiten en bij de motivatie van de jeugdige. Gedacht kan worden aan:

Dialectische Gedragstherapie bij Delinquente - Adolescenten (DGT-A)

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, voorlopige erkenning maart 2008.

Cognitieve gedragstherapie

Status: Databank Effectieve Interventies NJi, in theorie effectief, 2007.

Weerbaarheidstraining

Faalangstreductie training

Creatieve therapie / muziektherapie / dramatherapie

Ervaringsleerprojecten

5.6 Middelengebruik: uitgangspunten en behandelmodules

Binnen de instelling is het gebruik van en het in bezit hebben van alcohol en drugs niet toegestaan. De instelling voert een actief beleid ten aanzien van alcohol en drugs middels strenge regelgeving, beperkende maatregelen, en deskundigheidsbevordering van personeel. Daarnaast wordt aan de jeugdigen educatie gegeven ten aanzien van het gebruik van alcohol en drugs. Het signaleren van risicogedrag is geïntegreerd in het behandel aanbod en er wordt voorzien in begeleiding of bij riskant middelengebruik doorverwijzing. De instelling heeft hiertoe een uitgebreid drugsbeleid met behandelmodules maar ook een sanctiebeleid om jeugdigen te helpen geen drugs meer te gebruiken en het risico op riskant gebruik na ontslag te beperken. Bij de start van de behandeling wordt de jeugdige uitleg gegeven over dit beleid (de instelling kan een flyer hierover opnemen achterin deze methodemap).

Aan het drugs- en alcoholbeleid ligt het volgende ten grondslag:

- Drugs en alcohol zijn schadelijk voor de gezondheid. Jeugdigen die medicatie gebruiken lopen hierbij een extra groot risico.
- Veel van de opnames zijn voorafgegaan door problematisch gedrag, ontwrichting van de behandeling elders, agressiviteit en eventueel zelfs delictgedrag. Alcohol- of drugsgebruik heeft hierin vaak een rol gespeeld.

- Jeugdigen die drugs of alcohol blijven gebruiken kunnen zich minder goed aan behandeldoelen houden waardoor behandeling niet goed mogelijk is.
- Het gebruik van drugs of alcohol door jeugdigen die vaak al emotionele en agressieproblemen hebben, kan gevaarlijke situaties met zich meebrengen. De veiligheid van jeugdigen en medewerkers komt daardoor in het geding.
- Het gebruik van drugs/alcohol heeft een negatieve invloed op de andere jeugdigen uit de groep en op de groepssfeer, waardoor de behandeling van alle jeugdigen negatief wordt beïnvloed.
- De aanwezigheid van drugs in de instelling kan leiden tot transacties tussen jeugdigen waarbij bedreiging en chantage een rol kunnen spelen.

Behandeling en zorg bij middelenmisbruik / verslavingsproblematiek

Zorg op maat is het uitgangspunt bij alle facetten van de behandeling, dus ook bij het gebruik van middelen. Dit houdt in dat de behandeling afgestemd wordt op de specifieke problematiek van elke individuele jeugdige. In overleg met de jeugdige, diens ouders en waar van toepassing de gezinsvoogd, wordt een behandelplan opgesteld, waarin ook afspraken opgenomen worden omtrent een eventuele behandeling van middelenmisbruik. Alcohol en drugsgebruik ligt in de belangstellingssfeer van jeugdigen. Daarnaast komt het gebruik van cannabis onder jeugdigen met ernstige gedragsproblemen vaker voor dan bij andere jeugdigen. Jeugdigen met problemen grijpen vaak naar verdovende middelen om rust te zoeken, om zich af te sluiten van de buitenwereld en angsten of depressieve gevoelens te onderdrukken. De instelling wil daarom voorzien in een programma dat jeugdigen voorbereid op drugsgelateerde situaties. Op het moment dat middelengebruik een rol speelt bij de problematiek van een jeugdige moet gekeken worden bij welke interventie een jeugdige het meest gebaat is. Belangrijk hierin is dat gekeken wordt wat de reden is voor het gebruik van middelen: is er sprake van experimenteel of recreatief gebruik, functioneel gebruik, excessief gebruik of verslaving.

De gemotiveerdheid van de jeugdige om te willen veranderen speelt een belangrijke rol. Indien hij niet gemotiveerd is te veranderen, is een andere benadering vereist dan wanneer hij wel gemotiveerd is maar moeite heeft om deze motivatie vast te houden. Een groot deel van de begeleiding bij middelengebruik, middelenmisbruik of afhankelijkheid zal op de behandel leefgroep plaatsvinden. Bij middelengebruik is (voor gemotiveerde jeugdigen) de aangewezen weg:

Brains4 Use

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, Voorlopige erkenning maart 2008.

Multidimensionele Family Therapy (MDFT)

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, ingediend ter beoordeling oktober 2008.

Wiet Wijs

Status: beschreven door Jellinek Preventie (2005) en veel in instellingen toegepast. www.jellinek.nl

Indien er sprake is van een gewoonte, excessief gebruik of verslaving, waarbij bovengenoemde interventies niet afdoende effectief zijn, kan voor een gespecialiseerde behandeling worden verwezen naar een instelling voor verslavingszorg. Voordat een verwijzing plaatsvindt zal men reeds informatie moeten hebben ingewonnen over het gebruik van alcohol en andere middelen en de problemen die mogelijk hiermee samenhangen. Dit vindt plaats aan de hand van een observatielijst en een signalerend interview. Dergelijke lijsten worden in de bovengenoemde programma's gebruikt.

Als een instelling voor verslavingszorg betrokken is bij de behandeling wordt advies over en weer uitgewisseld over mogelijke behandelinvulling en het verloop van de behandeling. Deze informatie wordt meegenomen tijdens de behandelplanbesprekingen.

Om te controleren op middelengebruik kan volgens het wettelijk kader binnen Jeugdzorg^{Plus} gebruik gemaakt worden van urinecontroles (zie hoofdstuk 2).

5.7 School en werk

De jeugdige gaat naar de interne school. Er wordt zo snel mogelijk een passend onderwijstraject voor hem ingezet. Dit betekent dat allereerst contact opgenomen wordt met de school waar de jeugdige voor het laatst onderwijs heeft gehad. Daar wordt informatie gevraagd over zijn leerniveau, zijn gedrag, etc. Indien er onvoldoende informatie is of als de jeugdige al lang niet naar school is geweest, wordt er opnieuw gekeken naar het leerniveau van de jeugdige.

Soms is het in de eerste fase nog niet mogelijk om de jeugdige hele dagen naar school te laten gaan, bij sommigen ontbreekt het ritme om stil te zitten en te leren. Soms wordt er dan ook voor gekozen om de jeugdige middels een instroomprogramma te laten wennen aan schoolse activiteiten.

Jeugdigen binnen Jeugdzorg^{Plus} hebben vaak een negatief beeld van school en/of werk. Een belangrijke oorzaak hiervan is veelal dat er niet goed is gekeken en geluisterd naar de jeugdige, dat hem niet serieus genoeg gevraagd is naar zijn competenties, interesses en wensen. Een goede aansluiting hierop van het onderwijs zal de mate van schoolbezoek en te behalen schoolresultaten stimuleren. Samen oplopend hiermee is het belang van het moreel schoolklimaat, dat vaak als negatief wordt ervaren en aldus geen motiverende of wellicht zelfs een demotiverende werking heeft.

Bijna de helft van de jeugdigen uit instellingen blijkt bij aanmelding niet naar school te gaan, van degenen die wel naar school gaan, spijbelen er veel geregeld (Boendermaker, 2005). Het is daarom belangrijk de onderwijs-leerdoelen voor hen niet te hoog te stellen maar realistisch te blijven, de jeugdigen hebben door het verzuim vaak een onderwijsachterstand.

Geprobeerd wordt daarbij een klimaat te scheppen waarin de jeugdige zich gerespecteerd, gesteund en gestimuleerd voelt. Als jeugdigen binnen de gesloten jeugdzorg onderwijs blijven volgen is dat op zich al een goed resultaat. Zeker aangezien het volgen van onderwijs op zich een belangrijke voorspeller is voor later maatschappelijk succes. Idealiter wordt er in de instellingen voor Jeugdzorg^{Plus} praktijkgericht en theoretisch onderwijs aangeboden, afgestemd op het individuele niveau van de jeugdigen.

In de eerste fase van Jeugdzorg^{Plus} staat de diagnostiek en het maken van een onderwijsplan centraal. In de tweede fase wordt de jeugdige geholpen met het behalen van de afgesproken onderwijsdoelstellingen. In deze fase leert de jeugdige ook steeds meer studie en arbeidsvaardigheden (motivatie, werkhouding). Ook leert de jeugdige (beroeps)keuzes maken en wordt hij of zij geholpen bij het volgen van een studie. In deze fase richt het onderwijs zich op het halen van een (vak)diploma. Heeft de jeugdige zijn scholingstraject afgerond, dan wordt er gezocht naar een passende stage of baan.

In fase 3 kan de jeugdige zijn scholingstraject in de instelling afronden en kan er op zoek gegaan worden naar een passende vervolgopleiding, stageplek of baan. Het kan ook zo zijn dat er gezocht wordt naar eenzelfde opleiding buiten de instelling, zodat de jeugdige alvast kan oefenen op een 'buitenschool'. De jeugdige dient in fase 3 intensief begeleid te worden bij de overgang naar een 'buitenschool' of stageplek.

Programma's gericht op onderwijs en arbeidstoeleiding waarmee goede resultaten worden behaald zijn Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer en Work-Wise. Deze programma's zijn er voor jongens en meisjes in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar die zijn geplaatst in een instelling en die daar langer dan drie weken verblijven. Middels deze programma's wordt de jeugdige begeleid als deze de instelling verlaat, om zodoende de transfer naar buiten de instelling voort te zetten.

Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer (NPT)

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, volledige erkenning: maart 2008.

Buitenprogramma Work-Wise (BPWW)

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie voorlopige erkenning december 2007.

5.8 Vrijtijdsbesteding en vrienden

Vanaf de start van de behandeling wordt uitgebreid met de jeugdige gesproken over zijn wensen en mogelijkheden ten aanzien van vrijtijdsbesteding. Voor de jeugdige is het vinden van een leuke en passende vrijtijdsbesteding waar hij goed in is en waarbij hij succeservaringen kan opdoen van belang voor zijn zelfbeeld. Bovendien voorkomt het verveling.

Daarom wordt er door de pedagogisch medewerkers gedurende de eerste fase van de behandeling ook aandacht besteed aan het in kaart brengen van de vaardigheden, de interesses en de mogelijkheden van de jeugdige. De ouders hebben vaak goed zicht op de voorkeuren van hun kind, maar het is vooral van belang de jeugdige zelf expliciet te vragen hoe hij zijn vrijetijdsbesteding graag in wil vullen. Bij een goede keuze voor vrijetijdsbesteding zal de jeugdige uiteraard meer gemotiveerd zijn om aan de vrijetijdsbesteding deel te nemen en dit ook vol houden.

De pedagogisch medewerker zoekt samen met de jeugdige waar zijn krachten liggen; waar hij goed in is en waar zijn interesses liggen. Er worden in de eerste fase verschillende activiteiten aangeboden en de jeugdige wordt geholpen om te onderzoeken waar zijn interesses naar uitgaan.

Na de oriëntatie in fase 1 wordt in fase 2 een keuze voor de vrijetijdsbesteding gemaakt. Bij deze keuze is het van belang om rekening te houden met alle competenties van de jeugdige. Is de jeugdige bijvoorbeeld goed in voetballen maar krijgt hij in een groep steeds ruzie, dan is een teamsport op dat moment mogelijk (nog) niet wenselijk voor hem. Of indien het wel een passie van de jeugdige is, moet er bekeken worden hoe hij tijdens de teamsport individueel gecoacht kan worden, zodat hij het in een team vol kan houden. Het uitbreiden van benodigde vaardigheden kan eventueel in het beloningssysteem van de jeugdige worden opgenomen. De jeugdige zal eerder gemotiveerd zijn als hij aan zelfgekozen activiteiten deel mag nemen.

Bij het organiseren van passende vrijetijdsbesteding voor de jeugdige, waar hij plezier aan beleeft en waar hij wat van kan leren, dienen de ouders/verzorgers nauw betrokken te worden. Dit aangezien er voor hen de taak wacht de jeugdige na afloop van de behandeling, als deze weer naar huis gaat, te steunen bij zijn vrijetijdsbesteding.

In fase 3 heeft de jeugdige een vrijetijdsbesteding buiten de instelling. De pedagogisch medewerker steunt de jeugdige bij het volhouden van zijn vrijetijdsbesteding. In deze fase wordt het duidelijk voor de jeugdige hoe zijn sociale netwerk eruit ziet en wat hij kan ondernemen om zijn netwerk te onderhouden en wellicht ook hoe hij het kan vergroten.

Eveneens praat de pedagogisch medewerker met de jeugdige over zijn vrienden en het hebben van vrienden op zich. Samen met de pedagogisch medewerker vult de jeugdige een netwerkschema in en een VIP-lijst. Zo krijgen de behandelaars zicht op wie er allemaal belangrijk zijn voor de jeugdige.

In fase 2 kan een jeugdige samen met zijn pedagogisch medewerker op een rij zetten welke activiteiten hij met vrienden wil gaan ondernemen.

Netwerkschema en VIP-lijst

Instrumenten uit 'Competentie gericht werken in een residentiële setting' (Slot & Spanjaard, 2006).

5.9 Transferbegeleiding en nazorg: de praktijkfase

Uit verschillende onderzoeken is bekend dat transferbegeleiding een cruciale rol speelt met betrekking tot bestendiging en lange termijn effecten van de behandeling. Binnen de methode Jeugdzorg^{Plus} is de begeleiding bij de overgang naar de nieuwe woonplek als een wezenlijk onderdeel van de behandeling opgenomen in fase 4, de praktijkfase. Jeugdigen dienen begeleid te worden bij de transfer naar de nieuwe woonplek en hun nieuwe omgeving moet voorbereid worden op hun komst. Dit betekent dat de 'transferbegeleiding' al tijdens het verblijf van de jeugdige gestart moet worden en door dient te lopen terwijl de jeugdige niet meer verblijft (slaapt) in de instelling.

Tijdens de praktijkfase wordt gewerkt aan:

- het voorbereiden op het vertrek uit de instelling; werken aan de doelen uit het vertrekplan;
- het voorbereiden van ouders en anderen uit het netwerk van de jeugdige op de nieuwe situatie die gaat ontstaan (en afspraken maken over begeleiding die doorloopt als ambulante module (denk hier aan de gezinstherapie die doorloopt, of de individuele begeleiding van de jeugdige als het gaat om psychiatrische hulpverlening, vaktherapie, etc.);
- met de nieuwe school of arbeidsplek van de jeugdige afspraken maken over de ambulante begeleiding na het vertrek van de jeugdige uit de instelling;
- het voorbereiden van de jeugdige, de ouders en anderen uit het netwerk op terugval in het 'oude' gedrag. Het is belangrijk dat de betrokkenen (ook de gezinsvoogd) niet schrikken van een terugval. Het gaat erom dat ze geleerd hebben om met elkaar vooruit te kijken en dat ze ontstane problemen proberen op te lossen. De instelling dient voortdurend bereid te zijn om bij te springen om de jeugdige en zijn omgeving te helpen eventuele paniek te bezweren en hen te ondersteunen bij het oplossen van (nieuwe) problemen. Soms is hier een logeerbed voor een paar nachten voor nodig, soms volstaat een ambulant contact.

Er is een ruim aanbod van effectieve transferbegeleiding programma's: een gezinstherapie of een transfer- en nazorgprogramma voor de jeugdige:

Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer (NPT)

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, volledige erkenning: maart 2008.

Multisysteem Therapie (MST)

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, voorlopige erkenning oktober 2007.

Buitenprogramma Work-Wise

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie voorlopige erkenning december 2007.

Functional Family Therapie (FFT)

Status: Databank Effectieve Interventies NJi, in theorie effectief juni 2007.

VertrekTraining

Status: Databank Effectieve Interventies NJi, in theorie effectief, september 2006.

Multi Dimensional Family Therapie (MDFT)

Status: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, ingediend ter beoordeling oktober 2008.

6 Effectief (be)handelen: continu evalueren en doorontwikkelen van de methode

Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is verantwoord waarom en voor wie Jeugdzorg^{Plus} is ontwikkeld. Het wettelijke kader en de visie op de behandeling vormden de grenzen waarbinnen de beschreven methode vorm heeft gekregen. De doelstelling van de gesloten jeugdzorg en de praktische uitwerking van het stellen van doelen werden toegelicht, waarna de kenmerkende multidimensionale en gefaseerde aanpak werd uitgewerkt.

Deze map biedt helderheid en houvast om de methode uit te voeren zoals die gezamenlijk is vastgesteld. De methode bouwt voort op de praktijk, op weg naar effectiever en efficiënter (be)handelen. In dit laatste hoofdstuk wordt besproken wat nodig is om als instelling blijvend effectief te kunnen (be)handelen.

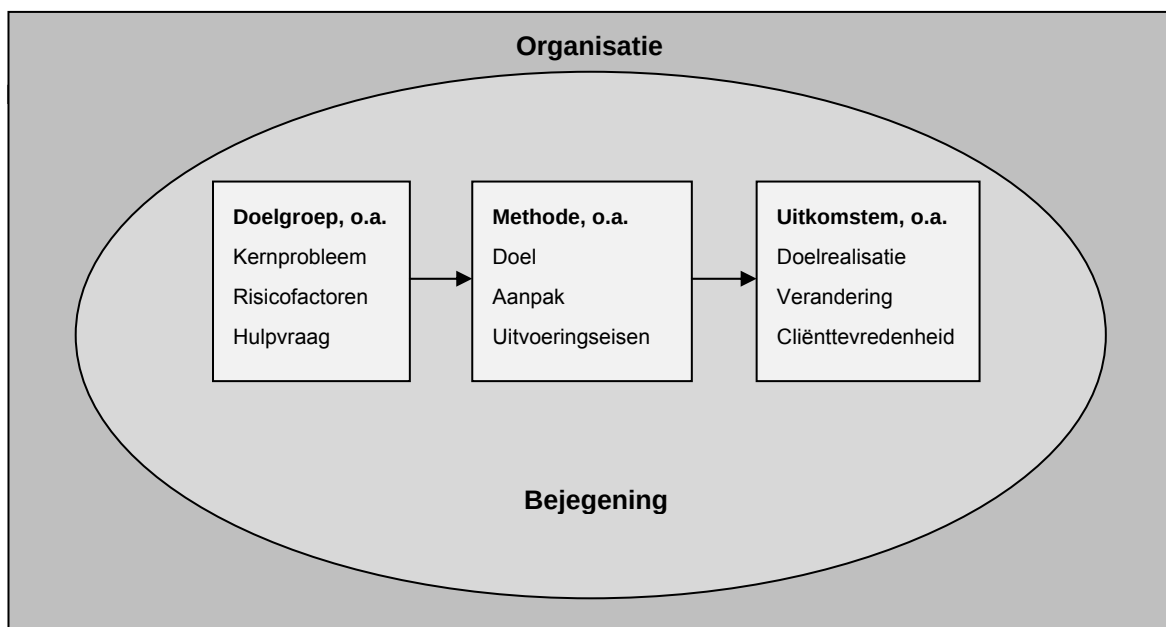
6.1 De weg naar effectiever en efficiënter behandelen

Het beschrijven van de methode vormt een belangrijke stap in de richting van effectief behandelen. Door op te schrijven hoe het werk gedaan wordt, door dit te onderbouwen, en door de effecten te meten en te vergelijken met de effecten van andere behandelmethoden komt men vanzelf tot een verdere verbetering van de praktijk. Veerman en Van Yperen (2008, p.33) leggen in dit kader uit hoe een methode van potentieel, naar veelbelovend, doeltreffend en tenslotte werkzaam kan evolueren. Het eerste niveau op hun zogenaamde effectladder is het niveau van de potentiële effectieve interventie, dat inhoudt dat de interventie beschreven is en dus beoordeeld kan worden in het licht van de wetenschappelijke en klinische kennis die er binnen het vakgebied voorhanden is. Een volgende stap is dat behandelaars aannemelijk maken dat de beschreven methode werkt voor de specifieke beoogde doelgroep. Op dit niveau wordt een onderbouwing gepresenteerd, een theorie die uitlegt waarom de interventie geschikt is voor de doelgroep. In termen van Veerman en Van Yperen (2008, p.28) wordt dan gesproken van een interventie die 'veelbelovend' of 'in theorie effectief' is.

Als een goede omschrijving (niveau 1) en onderbouwing (niveau 2) aanwezig zijn, kan overgegaan worden tot het bereiken van het volgende niveau van de effectladder. Bij dit derde niveau staat beantwoording van de volgende vragen centraal: Wordt de methode uitgevoerd zoals bedoeld is, wordt de beoogde doelgroep bereikt en worden de gewenste uitkomsten gehaald? Door onderzoek te verrichten worden gegevens verzameld om deze vragen te beantwoorden. Positieve beantwoording ondersteunt de houdbaarheid van de methode.

Dergelijk onderzoek dient uiteindelijk een terugkerend onderdeel van de methode te zijn. Als aan deze voorwaarden wordt voldaan, kan de methode doeltreffend (niveau 3) genoemd worden. Als hoogste stap op de ladder dient de causaliteit van de methode aangetoond te worden, het bewijs dat het de interventie zelf is die tot het resultaat heeft geleid. Wordt hiervoor bewijsvoering geleverd en werkt de methode zoals voorspeld, dan kan deze derhalve werkzaam of evidence-based genoemd worden (Veerman & Van Yperen, 2008, p.31).

De methode Jeugdzorg^{Plus} bevindt zich met deze methodemap op niveau 2 van de effectladder en dient middels onderzoek (kennis over de effecten vergaren) doorontwikkeld te worden tot het derde niveau 3, doeltreffend. De stap naar doeltreffend kan schematisch worden weergegeven (zie Figuur 2). De *doelgroep*, de *methode* en de *uitkomsten* zijn in een logisch verband aan elkaar gekoppeld. Deze drie elementen vormen een inhoudelijke triade. Ze geven de kern van de interventie weer. De overige twee elementen vormen de context waarbinnen de inhoudelijke elementen hun plek hebben. De *bejegening* betreft de professionele attitude van de hulpverlener in de omgang met de cliënt. De *organisatie* verwijst naar de organisatorische context, waarvan onder andere de competenties van het personeel, gebouwen en financiën deel uitmaken (Van Yperen, Bijl, & Veerman, 2008).



Figuur 2. Elementen van een doeltreffende interventie (Van Yperen, Bijl, & Veerman, 2008, p.40)

6.2 Evaluatie en doorontwikkeling van de KaderMethode

Een beschreven methode moet door de werkers gericht worden toegepast. Ze moeten dit leren in de dagelijkse situaties binnen het werk. Van belang is dat de kwaliteiten van alle medewerkers (zie Bijlage 19) minimaal van het juiste niveau zijn en worden 'onderhouden' om de methode uit te kunnen voeren zoals dat bedoeld is. Tillema (1998) geeft met betrekking tot het leren van medewerkers in dienstverlenende organisaties aan:

- het belangrijkste leren vindt plaats tijdens het werk en niet in een klaslokaal;
- het meest effectieve leren is sociaal en actief en niet individueel en passief;
- de belangrijkste dingen om te leren zijn niet de specifieke regels, de werkprocedures en het beleid op de werkvloer, maar de onuitgesproken zaken zoals intuïtie, beoordelingsvermogen, expertise en gezond verstand, zaken die voortkomen uit een permanente ervaringscyclus op het werk zelf.

Door het uitvoeren van een methode verwerven de medewerkers automatisch nieuwe en aanvullende praktijkkennis. Deze kennis (practice-based evidence) is van grote waarde om bijvoorbeeld de opleiding van medewerkers te verbeteren. Ook geeft het aangrijpingspunten voor verbetering van de implementatie en voor de doorontwikkeling van de methode. Vogelvang en Vermeiden (2006) noemen deze manier van werken kennisintensief werken. Alle verworven kennis wordt hierbij gewogen en bij gebleken meerwaarde verwerkt en opgenomen bij de doorontwikkeling van de methode.

6.2.1 Kennisintensieve doorontwikkeling middels de Bouwstenenmethode

De Bouwstenenmethode (Vogelvang & Vermeiden, 2006) is een specifieke vorm van kennisintensief werken waarmee bijvoorbeeld behandelmethode of interventies geëvalueerd en doorontwikkeld kunnen worden. Werken volgens deze methode heeft als belangrijk centraal onderdeel dat er tijdens de behandeling casuïstiekbesprekingen in teams, evaluatie- en behandelplanbesprekingen met cliënten en teamvergaderingen worden gehouden, waarin de programma-integriteit (d.w.z. voeren we de behandeling uit zoals bedoeld?) besproken wordt.

De ervaringen, vragen en ideeën van uitvoerend werkers, leidinggevenden en behandelverantwoordelijken krijgen zo regelmatig bijzondere aandacht en worden als *bouwstenen* gebruikt - en ook zo benoemd - voor de doorontwikkeling van de methode. Het kan hierbij gaan om aspecten vanuit de hulpverlening, maar ook over personele en organisatorische aspecten van de methode. Deze ervaringen vanuit de praktijk worden door de betrokkene in de casuïstiekbespreking (zie Bijlage 20), werkbegeleiding of de teamvergadering ingebracht en tijdens zo'n bijeenkomst, waarbij gezamenlijk geconstateerd kan worden dat een bepaalde ervaring behandeld moet worden als een bouwsteen.

Tijdens deze bijeenkomsten worden regelmatig ook bouwstenen ontdekt die de uitvoerend werker in de bespreking impliciet naar voren brengt. Hij realiseert zich dan nog niet dat het hier eigenlijk om een bouwsteen gaat. Het team bepaalt zelf of een ervaring een bouwsteen wordt of niet: zij zijn immers de (praktijk)experts. Er kunnen vier typen bouwstenen worden onderscheiden (zie Tabel 2).

Aard van de melding is →	Positief	Negatief / Vraag
Thema van de melding is ↓		
Deel van startversie methode	Treffer: Een aanwijzing in de methodebeschrijving heeft goed gewerkt	Misser: Een aanwijzing in de methodebeschrijving heeft niet goed gewerkt
Geen deel van startversie methode	Vondst: Iets wijst op een mogelijk geschikt nieuw onderdeel voor de methode	Knelpunt: Een probleem of vraag waar de methodebeschrijving niets over zegt

Tabel 2. Typen bouwstenen

Treffers en missers gaan altijd over zaken die al in de startversie van de methode zijn vermeld. Vondsten en knelpunten gaan altijd over zaken die niet in de startversie van de methode staan vermeld. Bij een vondst of knelpunt moet worden voorkomen dat er te snel allerlei nieuwe interventies en afspraken worden ingevoegd in de methode, zoals 'stokpaardjes' van uitvoerend werkers of unieke oplossingen die voor een groot deel van de doelgroep niet zouden gelden.

Door de bouwstenenmethode toe te passen, levert de kennis van alledag bouwstenen voor het doorontwikkelen, versterken en verfijnen van de methode.

6.2.2 Overlegvormen binnen de Bouwstenenmethode

Duidelijk is geworden dat het bespreken van verschillende typen bouwstenen een vast en regelmatig terugkerend onderdeel is van de methode evaluatie. Het geeft de aanzet voor de doorontwikkeling van de methode. Bij deze doorontwikkeling zijn verschillende medewerkers betrokken, die elk hun eigen rol en verantwoordelijkheden hebben:

- De *uitvoerend werkers* voeren de methode uit op de werkvloer en ontwikkelen zo practice-based evidence.
- *Leidinggevend en behandelverantwoordelijken* zorgen voor het verzamelen en bespreken van de practice-based evidence met de werkers. Dit betreft zowel de inhoud van de methode als de organisatorische randvoorwaarden.

- Het *hoger management* zorgt voor een verbinding van de interne kennisontwikkeling aan die van de overige partners in het veld.

Casuïstiekbespreking

Tijdens de bespreking van een ingebrachte casus worden de verschillende elementen van de methode tegen het licht gehouden: welke elementen uit de methode werken bij de jeugdige, welke niet en waarom wel of niet en wat gaan we daaraan doen. Er wordt niet alleen besproken wat bruikbaar is om in te zetten, maar ook hoe dit precies moet. Er is aandacht voor vaardigheden, houding en kennisoverdracht. Knelpunten worden besproken en oplossingen worden gezocht. Wellicht worden er 'vondsten' gedaan die t.z.t. onderdeel dienen te worden van de methode (zie ook 6.2.1).

De leidinggevende is in samenwerking met de behandelverantwoordelijke verantwoordelijk voor de organisatie van de casuïstiekbespreking. De behandelverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de uitvoering / monitoring van de afspraken die zijn gemaakt. Alle teamleden zijn bij de bespreking aanwezig en waar nodig worden bijvoorbeeld de kinder- en jeugdpsychiater, de gezinsbehandelaar, een vaktherapeut, de docent en/of een gedragstrainer uitgenodigd.

Bespreken van methodisch handelen door de behandelverantwoordelijke

De behandelverantwoordelijke bewaakt dat de methode wordt uitgelegd zoals bedoeld, organiseert dat methodisch handelen op de agenda komt in de teamvergaderingen, zorgt voor coaching on the job (ervaren pedagogisch medewerkers coachen nieuwe collega's), houdt in de gaten waar vragen liggen en zorgt ervoor dat iedereen aan bod komt. Iedereen werkt volgens de afgesproken methode, in het belang van methode-integriteit. De behandelverantwoordelijke zorgt ervoor dat er altijd een inhoudelijk onderwerp op de agenda van de teamvergadering staat. Eventuele achtergrondinformatie wordt van te voren ter lezing gegeven.

De leidinggevende is in samenwerking met de behandelverantwoordelijke verantwoordelijk voor de organisatie van de bespreking, de behandelverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de uitvoering / monitoring van de afspraken die zijn gemaakt. Alle teamleden zijn bij de bespreking aanwezig.

Beleids- en informatieoverdracht door leidinggevende

De leidinggevende draagt informatie over die vanuit het management of vanuit haar rol van leidinggevende nodig is om naar de teams te verspreiden. De organisatorische randvoorwaarden komen tijdens deze bespreking aan de orde. De leidinggevende maakt voorafgaand aan de bijeenkomst altijd een agenda. Eventuele achtergrondinformatie wordt van te voren ter lezing gegeven.

De leidinggevende is verantwoordelijk voor de organisatie van de bespreking, zit de bespreking voor en is verantwoordelijk voor de uitvoering / monitoring van de afspraken die zijn gemaakt. Alle teamleden zijn bij de bespreking aanwezig.

Individuele begeleiding van de pedagogisch medewerker door de leidinggevende

Naast ondersteuning op teamniveau is individuele begeleiding van de pedagogisch medewerker belangrijk. Elke pedagogisch medewerker krijgt een maal per maand individuele begeleiding. Deze begeleiding richt zich op het inwerken van de pedagogisch medewerker in de methode. De leidinggevende is verantwoordelijk voor de organisatie van het overleg. De leidinggevende en de pedagogisch medewerker zijn samen verantwoordelijk voor de uitvoering van de afspraken. De leidinggevende is verantwoordelijk voor de monitoring hiervan.

Tussentijdse evaluatie en Eindevaluatie met alle betrokkenen

Zowel tussentijds als aan het einde van de behandeling dient de behandeling systematisch geëvalueerd te worden. Tijdens een evaluatie worden de resultaten die tot dan toe behaald zijn besproken, welke elementen uit de methode hebben tot nu toe tot goede resultaten geleid, welke niet en waarom wel of niet.

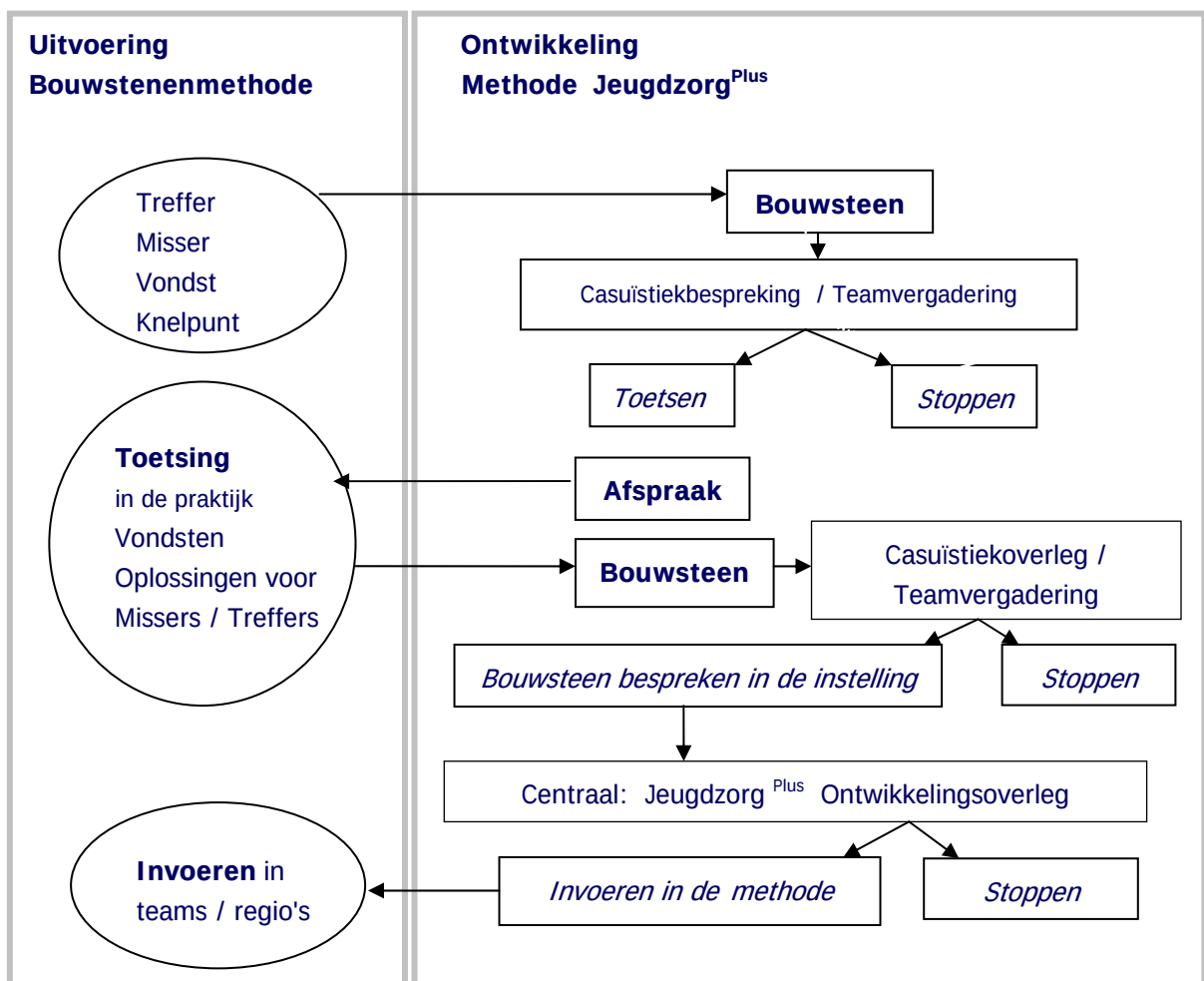
Bij een eindevaluatie worden tevens cliënttevredenheidsvragenlijsten door de jongere, zijn ouders en de gezinsvoogd ingevuld en wordt het Eindverslag geschreven.

De behandelverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de organisatie van de bespreking. De jeugdige, de ouders, de gezinsvoogd en de overige betrokkenen uit het netwerk van de jeugdige zijn bij de bespreking aanwezig evenals de pedagogisch medewerker, de gezinsbehandelaar, en waar nodig worden de docent(en), de kinder- en jeugdpsychiater, de vaktherapeut, de gedragstrainer, e.d. uitgenodigd.

6.3 Tot besluit

Deze methodemap vormt een uitgewerkte basis, het startdocument voor de doorontwikkeling. De komende periode implementeren de pilotinstellingen en de overkomende JJI's samen de KaderMethode Jeugdzorg^{Plus}. Voor een efficiënte en optimale doorontwikkeling van de KaderMethode is een intensieve samenwerking van essentieel belang.

Per instelling worden bouwstenen verzameld, die vervolgens gezamenlijk besproken en gewogen moeten worden ten behoeve van de doorontwikkeling en verfijning van de methode, met als doel optimalisering van de KaderMethode en het behandel-effect (zie Figuur 3).



Figuur 3. De route van een bouwsteen (Vogelvang & Vermeiden, 2006 p.134)

Bouwstenen worden verzameld door onderlinge kennisuitwisseling van de instellingen, gebaseerd op de gevonden praktische bouwstenen. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van het praktijkonderzoek dat Praktikon momenteel uitvoert bij de pilotinstellingen, alsook voortschrijdend (internationaal) wetenschappelijk onderzoek. Dit geheel aan bouwstenen geeft samen de input voor verbetering en verfijning van de methode Jeugdzorg^{Plus}.



Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Bartels, A.J.J., Schuurmsma, S., & Slot, N.W. (2001). In: R. Loeber, N.W. Slot & J.A. Sergeant (eds.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Beam, M. R., Chen, C., & Greenberger, E. (2002). The nature of adolescents' relationships with their "very important" nonparental adults. *American Journal of Community Psychology*, 30(2), 305-325.
- Behan, J., & Carr, A. (2001). Oppositional defiant disorder. In Carr, A. (ed.), *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children and adolescents and their families* (pp. 102-130). New York: Routledge.
- Bentovim, A. (1992). *Trauma-organized systems: Physical and sexual abuse in families*. London: Karnac Books.
- Berg, I. K. (1994). *Family based services: A solution focused approach*. New York: Norton.
- Bijl, B., Beenker, L., Vogelvang, B., & Veldkamp, E. (2005). *Evaluatie ITB Harde Kern en ITB Criem*. Den Haag / Duivendrecht: WODC / PI-Research.
- Boendermaker, L. (red.) (2005). *De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod aan jongeren met ernstige gedragsstoornissen*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Boendermaker, L. & Verwers, C (1998). *Een veld in beeld, een beschrijving van het werk in justitiële behandelinrichtingen*. Den Haag: WODC/Gouda: Quint.
- Boendermaker, L. & Van den Berg, J.F. (2005). Een verblijfplaats voor langere tijd buiten het gezin. In: L. Boendermaker, L. (red.), *De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod aan jongeren met ernstige gedragsstoornissen* (pp. 19-38). Utrecht: NIZW Jeugd.
- Bovenkerk, F., Van San, M., Boone, M., Van Broekhout, T. & Korf, D.J. (2004). *'Loverboys' of modern pooierschap in Amsterdam*. Utrecht: Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In T. Husten & T. N. Postlethwaite (Eds), *International encyclopedia of education* (2nd ed., Vol. 3, pp.1643-1647). New York: Elsevier Science.
- Brugman, D., & Stams, G.J.J.M. (2005). Schoolklimaat: morele opvoeding in het voortgezet onderwijs. In H. de Frankrijker & M.H. van Yzendoorn (red.), *Pedagogiek in beeld. Een inleiding in de pedagogische studie van opvoeding, onderwijs en hulpverlening* (pp. 399-410). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bruinsma, M., & Boon, A.E. (2001). *Orthopsychiatrie, (be)behandelbare jongeren? Eindrapport van vier jaar onderzoek in De Fjord*. Capelle aan de IJssel: Bavo RNO Groep / De Fjord, centrum voor orthopsychiatrie.
- Caspi, A., Elder, G.H., & Bem, D.J. (1987). Moving against the world: Life-course patterns of explosive children. *Developmental Psychology*, 23, 308-313.

- Coie, J.D., & Kupersmidt, J. (1983). A behavioral analysis of emerging social status in boys' groups. *Child Development*, 54, 1400-1416.
- Cummings, E.M., Davies, P.T., & Campbell, S.B. (2000). *Developmental psychopathology and family process. Theory, research, and clinical implications*. New York: The Guilford Press.
- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation on social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74-101.
- Deković, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 667-685.
- Dishion, T.J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54(9), 755-764.
- Doğan, G.A., Van Dijke, A., & Terpstra, L. (2000). *Wie zijn er 'moeilijk bereikbaar'? Aanknopingspunten voor ondersteuning en begeleiding van 'moeilijk bereikbare' gezinnen en jongeren*. Utrecht: NIZW.
- Doreleijers, Th.A.H. (2004). *Te gek voor woorden? Rede uitgesproken ter gelegenheid van de herdenking van de 124e stichtingsdag van de Vrije Universiteit te Amsterdam 20 oktober 2004*.
- DuBois, D. L., Holloway, B. E., Valentine, J. C., & Cooper, H. (2002). Effectiveness of mentoring programs for youth. A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 30, 157-197.
- Elliott, D.S., Huizinga, D., & Ageton, S.S. (1985). *Explaining Delinquency and Drug Use*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Ferdinand, R., Sondeijker, F., Van der Ende, J., Selten, J. P., Huizink, A., & Verhulst, F. C. (2005). Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. *Addiction*, 100, 612-618.
- Ferwerda, H.B., Jakobs, J.P., & Beke, B.M.W.A. (1996). Signalen voor toekomstig crimineel gedrag. Rapport in opdracht van het Ministerie van Justitie. Den Haag: Sdu Grafisch bedrijf.
- Groenendaal, J.H.A. & Van Yperen, T.A. (1994). Beschermende en bedreigende factoren. In J. Rispen, P.P. Goudena, & J.J.M. Groenendaal (red.), *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* (pp. 90-117). Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Harder, A.T., Knorth, E.J., & Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Kazdin, A.E., Siegel, T.C., & Bass, D. (1992). Cognitive Problem-Solving Skills Training and Parent Management Training in the Treatment of Antisocial Behavior in Children. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 60(5), 733-747.
- Kazdin, A.E., Esveltd-Dawson, K, French, N.H., & Unis, A.S. (1987a). Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 26(3), 416-424.
- Kazdin, A.E., Esveltd-Dawson, K, French, N.H., & Unis, A.S. (1987b). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behaviour. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 55(1), 76-85.
- Lamers-Winkelmann, F. (2005). Effecten van kindermishandeling. In H. Baartman, R. Bullens, & J. Willems (red.) *Kindermishandeling: de politiek een zorg*. Amsterdam: SWP.

- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th., De Ruiter, C., & De Wit-Grouls, H. (2001). *Gestructureerde taxatie van geweldsrisico bij jongeren (geautoriseerde vertaling en onderzoeksversie van de SAVRY)*. Eefde: Rentray.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th., & De Ruiter, C. (2008). Savry risk assessment in violent adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 35(6), 696-709.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th., & De Ruiter, C., & Borum, R. (2008). Predictive validity of the structured assessment of violence risk in youth (SAVRY) during residential treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 263-271.
- Loeber, R., Slot, N.W., Van der Laan, P. & Hoeve, M. (red.) (in press). *Tomorrow's Criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate: Ashgate Press.
- Matthys, W. (1997). Residential behavior therapy for children with conduct disorders. *Behavioral Modification*, 21(4), 512-532.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., Rollnick, S., & Bes, R. (2003). *Basisvaardigheden Motivational Interviewing, 3 en 4 november. Workshop Handout MI, Dutch version*. Hilversum: Bes.
- MO-groep (2008). Voorzitter H. Kamps in de Volkskrant d.d. 10 september 2008.
- Nijhof, K.S., Van Dam, C., Engels, R.C.M.E., Veerman, J.W., & Scholte, R. (in voorbereiding). Nieuw Zorgaanbod: Een alternatief zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsproblemen.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *A social learning approach: 4. Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing Co.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Eddy, J.M. (2002). A brief history of the Oregon Model. In J. B. Reid, G.R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children: Developmental theories and models for intervention*. Washington DC: American Psychological Association.
- Power, F.C., Higgins, A., & Kohlberg, L. (1989). Lawrence Kohlberg's approach to moral education. New York: Columbia University Press.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: W.R. Miller & N. Heather (red.), *Treating addictive behaviors: processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rutten, E.A. (2007). *Education through organized youth sport*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Scholte, R. H. J., Van Lieshout, C. F. M., & Van Aken, M. A. G. (2001). Perceived relational support in adolescence: dimensions, configurations, and adolescent adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 71-94.
- Slot, N.W. & Spanjaard, H.J.M. (2006). *Competentie-vergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HB uitgevers.
- Tillema, H. (1998). Kenniswerkers leren in teams. *Opleiding en Ontwikkeling*, 11, 25-29.
- Turnell A. & Edwards S. (1999) *Signs of Safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: WW Norton.
- Van den Berg, M., Knorth, E.J., & Noom, M.J. (2004). *Omkapseling van jeugdigen*. Antwerpen, Apeldoorn: Garant.

- Van den Hurk, A.A., & Nelissen, P.Ph. (2004). 'What Works'. Een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten, *Sancties*, 5, 280-297.
- Van der Laan, P.H. (2004). Over straffen, effectiviteit en erkenning. De wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechtelijke interventie. *Justitiële Verkenningen*, 30(5), 31-48.
- Van der Pas, A. (2005). Goede bedoelingen - fout gedrag. *Ouderschap & Ouderbegeleiding* 8(1), 76-81.
- Van Dijke, A., Terpstra, L., Berger, M., & Geurts, E. (2006). *De betovering verbroken. Methodiek preventie en aanpak meisjesprostitutie*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Van Strien, P.J. (1986). *Praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen*. Assen: Van Gorcum.
- Van Yperen, T.A., Bijl, B., & Veerman, J.W. (2008). Op weg naar veelbelovend. In T.A. van Yperen & J.W. Veerman (red.), *Zicht op Effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 35-55). Delft: Eburon.
- Veerman, J.W. & Van Yperen, T.A. (2008). Wat is praktijkgestuurd effectonderzoek? In T.A. van Yperen & J.W. Veerman (red.), *Zicht op Effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 17-33). Delft: Eburon.
- Veldkamp, A. (2005). Jeugdzorg: ideologie en beleid in Nederland en elders. In: H. Baartman & Bullens, R. (red.), *Kindermishandeling; de politiek een zorg*, pp.178-196. Amsterdam: SWP.
- Veugelers, W., & De Kat, E. (1998). *Opvoeden in het voortgezet onderwijs: Leerlingen, ouders en docenten over de pedagogische opdracht en de afstemming tussen gezin en school*. Assen: Van Gorcum.
- Vogelvang, B. & Vermeiden, B. (2008). De verdere ontwikkeling van de hulpverlening: de bouwstenenmethode. In T.A. van Yperen & J.W. Veerman (red.), *Zicht op Effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 123-139). Delft: Eburon.
- Vreugdenhil, C. (2003). *Psychiatric disorders among incarcerated male adolescents in The Netherlands*. Amsterdam: Vrije Universiteit, dissertatie.
- Zimmerman, M. A., Bingenheimer, J. B., & Notaro, P. C. (2002). Natural mentors and adolescent resilience: a study with urban youth. *American Journal of Community Psychology*, 30(2), 221-243.

Bijlagen
(door de instellingen zelf toe te voegen)