



ONDERZOEKSRAPPORT

Onderzoek naar werkzame methodieken binnen de bijzondere jeugdbijstand ter continuering van de hulpverlening die door agressie bedreigd wordt

Opdrachtgever: Vlaamse Overheid – Agentschap Jongerenwelzijn

Projectleider KHLim SAW: Dr. Ilse Smits, Lic. Greet van der Wielen

Onderzoeker KHLim SAW: Dr. Joke Opdenacker

Periode: December 2011 – Mei 2012

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	4
2	Onderzoeksmethode	5
2.1	Literatuuronderzoek.....	5
2.2	Vragenlijst	5
2.2.1	Deelnemers	5
2.2.2	Procedure.....	6
2.2.3	Vragenlijst 'Agressiepraktijken in de bijzondere jeugdbijstand'	6
2.2.4	Analyse	6
2.3	Focusgroep	6
2.4	Kader van Van Yperen en Veerman	7
3	Resultaten	9
3.1	Respons vragenlijst	9
3.2	Goede praktijken inzake het voorkomen van en het omgaan met agressief gedrag van jongeren (OV 1 – 3).....	9
3.2.1	Toegepaste praktijken	10
3.2.2	Specifiek werkzame factoren	14
3.2.3	Algemeen werkzame factoren	15
3.2.4	Effectiviteit.....	16
3.2.5	Aanpassing aan context/werkvorm	19
3.3	Reactie na een agressie-incident en bij een dreigende breuk (OV 4)	19
3.3.1	Reactie na een agressie-incident.....	19
3.3.2	Reactie bij een dreigende breuk	20
3.4	Het betrekken van relevante partners (OV 5).....	22
3.4.1	Manieren waarop relevante partners betrokken worden in de toegepaste praktijken	22
3.4.2	Literatuur	23
3.5	Elementen met betrekking tot het agressiebeleid (OV 6)	23
3.5.1	Resultaten vragenlijst	23
3.5.2	Resultaten focusgroep.....	25
3.5.3	Literatuur	26
4	Discussie	28
4.1	Goede praktijken inzake het voorkomen van en het omgaan met agressief gedrag van jongeren (OV 1 – 3).....	28
4.2	Reactie na een agressie-incident en bij een dreigende breuk (OV 4)	30
4.3	Het betrekken van relevante partners (OV 5).....	31
4.4	Elementen met betrekking tot het agressiebeleid (OV 6)	32
4.5	Sterktes en beperkingen van dit onderzoek	33
5	Conclusie	33
5.1	Goede praktijken inzake het voorkomen van en het omgaan met agressief gedrag van jongeren (OV 1 – 3).....	33
5.2	Reactie na een agressie-incident en bij een dreigende breuk (OV 4)	33
5.3	Het betrekken van relevante partners (OV 5).....	34
5.4	Elementen met betrekking tot het agressiebeleid (OV 6)	34
5.5	Beleidsaanbevelingen	34

6	Samenvatting	35
	Referenties	36
	Bijlagen	37
	Agression Replacement Training (ART).....	38
	Drie-gesprekkenmodel.....	40
	EQUIP.....	42
	Families First	44
	Functionele Gezinstherapie (FFT).....	46
	Geweldloos Verzet.....	48
	Herstelgericht groepsoverleg (Hergo)	50
	Intervisie Methode Incidenten (IMI).....	52
	Incredible Years Basic	54
	Life Space Crisis Intervention (LSCI)	56
	Minder boos en opstandig.....	58
	Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)	60
	Multisysteem Therapie.....	60
	Opstandige kinderen oudertraining	64
	Parent Management Training Oregon (PMTO)	66
	Persoonlijke en Teamgerichte Veiligheidstechnieken.....	68
	Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB).....	70
	Restoratieve cirkels.....	72
	Rots en Water.....	74
	Signs of Safety.....	76
	Solution Focused Brief Therapy (SFBT).....	78
	STOP4-7 - Samen sterker Terug Op Pad	80
	Teamgericht Zorgoverleg Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS).....	82
	Triple P.....	84
	Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline.....	86
	Vragenlijst Agressiepraktijken.....	88

1 INLEIDING

Verbale en fysieke agressie is voor veel jongeren en hulpverleners binnen de bijzondere jeugdbijstand een dagelijkse realiteit. Soms leidt dit agressief gedrag ertoe dat een begeleiding moet stopgezet worden omdat de veiligheid van personeel en andere jongeren niet langer gegarandeerd kan worden. Om deze breuken zoveel mogelijk te voorkomen en tegelijk de veiligheid te bewaken zijn goede praktijken met betrekking tot het voorkomen van en het omgaan met agressie onontbeerlijk. Om een zicht te krijgen op wat deze goede praktijken zijn, werd er vanuit het expertiseplatform jeugdhulpverlening een onderzoek uitgeschreven met als titel: 'Onderzoek naar werkzame methodieken binnen de bijzondere jeugdbijstand ter continuering van de hulpverlening die door agressie bedreigd wordt.' In het bestek dat door de overheid naar aanleiding van dit onderzoek uitgevaardigd werd, werden volgende onderzoeksvragen (OV) geformuleerd:

OV 1. Primaire preventie: op welke manier kan preventief gewerkt worden bij een doelgroep met heel wat risicofactoren inzake agressie (bv. intrafamiliaal geweld)?

OV 2. Secundaire preventie: welke goede praktijken zijn er voor het voorkomen van agressie bij jongeren met een externaliserende gedragsproblematiek? Wat zijn de werkzame factoren van deze interventies? Zijn deze interventies getoetst op hun effectiviteit? Zijn deze interventies aangepast aan de context van de sector/werkvorm?

OV 3. Welke goede praktijken zijn er voor het omgaan met agressie? Wat zijn de werkzame factoren van deze interventies? Zijn deze interventies getoetst op hun effectiviteit? Zijn deze interventies aangepast aan de context van de sector/werkvorm?

OV 4. Welke reactie is adequaat na een incident met agressie van een jongere (eenmalig of opeenstapeling van incidenten) naar andere jongeren, de context of de hulpverlening? Kan er gedifferentieerd worden in reactie naargelang de specifieke doelgroep?

OV 5. Op welke manier kunnen relevante partners (context, hulpverlening, overheid, andere jongeren,...) betrokken op de jongere een bijdrage leveren in het voorkomen of bij het optreden van agressie?

OV 6. Op welke manier kan een voorziening een stappenplan ontwikkelen in het omgaan met agressie met een goed evenwicht tussen voorkomen van en omgaan met agressie enerzijds en het bewaken van veiligheid anderzijds? Waar ligt de grens voor het al dan niet afbreken van het hulpverleningstraject?

OV 7. Wat vinden we over bovenstaande vragen terug in de nationale en internationale onderzoeksliteratuur?

OV 8. Wat vinden we over bovenstaande vragen terug in de huidige praktijk van de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand?

De Katholieke Hogeschool Limburg, departement Sociaal-Agogisch Werk, kandideerde voor dit onderzoek en kreeg de opdracht om het onderzoek uit te voeren. Het gaat om een kortdurend onderzoek van 6 maanden met als startdatum 1 december 2011 en als einddatum 31 mei 2012. Zoals bepaald in het bestek van de overheid, werd het onderzoek opgevolgd door een stuurgroep. Deze stuurgroep bestond naast de projectleider en onderzoeker uit de volgende personen: Jean-Pierre Vanhee (Integrale jeugdhulp), Els Meert (Jongerenwelzijn), Véronique Vandezande (Kenniscentrum WVG), Ivan Konovaloff (ICOPA). Deze stuurgroep kwam samen op 8 december 2011, 18 januari 2012 en 12 april 2012.

Het voorliggende onderzoeksrapport beschrijft de resultaten van dit onderzoek. In dit rapport worden eerst de gebruikte onderzoeksmethoden beschreven. Daarna volgt een overzicht van de onderzoeksresultaten gegroepeerd per onderzoeksvraag. De resultaten worden gevolgd door een discussie en een conclusie waarin voor elke onderzoeksvraag een samenvattend antwoord geformuleerd wordt. In bijlage volgen tenslotte korte informatiefiches van de goede praktijken die

uit de resultaten naar voor zijn gekomen. Deze fiches hebben als doel dat de voorzieningen snel kunnen vinden wat de praktijken inhouden, wat het doel, de doelgroep en de aanpak is, en waar men hier meer informatie over kan vinden. Op deze manier kan het onderzoeksrapport met de bijlagen als een handig werkinstrument gebruikt worden.

2 ONDERZOEKSMETHODE

In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Deze onderzoeksmethoden zullen elk kort toegelicht worden in de volgende paragrafen.

2.1 Literatuuronderzoek

Een eerste onderzoeksmethode die gebruikt is in dit onderzoek is het literatuuronderzoek. In de nationale en internationale literatuur is men op zoek gegaan naar antwoorden op de bovenstaande onderzoeksvragen. Hierbij is er gebruik gemaakt van verschillende databanken zoals Web of Science en Librisource. Verder zijn er heel wat websites met nuttige informatie geraadpleegd. De gebruikte bronnen zijn terug te vinden in de referenties. Het grootste deel van dit literatuuronderzoek betrof het zoeken naar informatie over goede praktijken met betrekking tot het voorkomen van en het omgaan met agressief gedrag bij jongeren. Van elk van deze goede praktijken is een korte informatiefiche gemaakt die terug te vinden is in de bijlage van dit onderzoeksrapport. Om het terugvinden van informatie over een bepaalde praktijk te vergemakkelijken is ervoor gekozen om de referenties van een bepaalde praktijk enkel op te nemen in de informatiefiche van deze praktijk. Vandaar dat het overgrote deel van de gebruikte bronnen terug te vinden is in deze informatiefiches.

2.2 Vragenlijst

2.2.1 Deelnemers

Alle private voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand in Vlaanderen zijn uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek. De voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand zijn ingedeeld in verschillende werkvormen of erkenningscategorieën. Hieronder een opsomming van deze erkenningscategorieën met daarachter tussen haakjes eventueel de afkorting en het aantal voorzieningen binnen deze werkvorm.

Categorie 1: Begeleidingstehuizen (n = 97)

Categorie 2: Gezinstehuizen (n = 1)

Categorie 3: Onthaal-, oriëntatie-, en observatiecentra (OOOC) (n = 23)

Categorie 4: Dagcentra (n = 48)

Categorie 5: Thuisbegeleidingsdiensten (n = 61)

Categorie 6: Diensten voor Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW) (n = 19)

Categorie 7: Diensten voor Pleegzorg (n = 16)

Categorie 8: Diensten voor Herstelgerichte en Constructieve Afhandeling (HCA) (n = 10)

Categorie 9: Diensten voor Crisishulp aan Huis (CAH) (n = 8)

Categorie 10: Multifunctionele Centra (MFC) (n = 11)

2.2.2 Procedure

Alle private voorzieningen binnen de bijzondere jeugdbijstand ontvingen eind januari 2012 per mail een uitnodiging met daarin een korte uitleg over het onderzoek, een link naar de vragenlijst en een persoonlijke login en paswoord, nodig voor het opstarten van de vragenlijst. In deze mail stond ook de deadline voor het invullen van de vragenlijst die was vastgelegd op 20 februari 2012. Indien de vragenlijst nog niet was ingevuld, kregen de voorzieningen elke week een herinneringsmail met de vraag om de vragenlijst toch nog in te vullen. In totaal werd er vier maal een herinneringsmail verstuurd.

2.2.3 Vragenlijst 'Agressiepraktijken in de bijzondere jeugdbijstand'

De online vragenlijst die als titel kreeg 'Agressiepraktijken in de bijzondere jeugdbijstand' is gemaakt en op het internet gepubliceerd met behulp van de software SNAP (Snap Surveys, London, UK). Inhoudelijk is de vragenlijst opgesteld aan de hand van de goedgekeurde offerte voor dit onderzoek en met behulp van de literatuur (o.a. Swinnen, 2009; Leers, 2011; Oudhof & van der Steege, 2007; FCB, 2010, www.jeugdinterventies.nl). In de vragenlijst wordt aan de voorzieningen gevraagd om aan te geven welke praktijken ze toepassen met betrekking tot het voorkomen van en omgaan met agressie. Hierbij kunnen ze kiezen uit een opgegeven lijst van praktijken of eigen praktijken omschrijven aan hand van vragen over het doel, de doelgroep, de werkzame factoren etc. Verder zijn er in de vragenlijst ook een aantal vragen opgenomen over op welke manier men best kan reageren na een agressie-incident en bij een dreigende breuk, en welke elementen er aanwezig zijn met betrekking tot het agressiebeleid. Een verkorte versie van de vragenlijst (waarin geen vragen herhaald worden) is opgenomen als bijlage bij dit onderzoeksrapport.

2.2.4 Analyse

De gesloten vragen in de vragenlijst zijn geanalyseerd met behulp beschrijvende statistiek in de programma's SNAP en SPSS 20.0. Voor de open vragen is er een kwalitatieve analyse gebeurd. Daarbij werden de antwoorden eerst gecodeerd of gelabeld (i.e. open coderen). Daarna werden deze open codes verbonden tot een geheel. De gevonden concepten werden benoemd en verder uitgewerkt aan de hand van de open codes (i.e. axiaal coderen). Tot slot werden deze concepten met elkaar verbonden (i.e. selectief coderen) (Mortelmans, 2007).

2.3 Focusgroep

Om de resultaten uit de vragenlijst verder aan te vullen en uit te diepen, is er op woensdag 28 maart van 15u tot 17u een focusgroep georganiseerd in het Ellipsgebouw te Brussel. Mortelmans (2007, p. 318) geeft de volgende omschrijving voor focusgroepen: 'focusgroepen brengen mensen die een gemeenschappelijk kenmerk delen samen, om onder leiding van een moderator te praten over een bepaald onderzoeksthema. De moderator was in dit geval de onderzoeker zelf. Het gemeenschappelijk kenmerk van de deelnemers was hun expertise met betrekking tot agressie. Voor deze focusgroep zijn er 4 experts in agressie uitgenodigd, maar door een late verontschuldiging, hebben er slechts 3 experts deelgenomen. Het betrof de volgende personen:

- Prof. Dr. Stefaan Pleysier, docent Jeugdcriminologie aan het Leuven Instituut voor Criminologie, KU Leuven;
- Paul Hamers, praktijklector Ontwikkelings-, Persoonlijkheden-, en Sociale Psychologie, Universiteit Gent, en directeur methodiek Pedagogische Centrum Wagenschot in Eke;

- Wouter Bollen, medewerker ICOBA.

De leden van de focusgroep kregen op voorhand een document met daarin de resultaten van de vragenlijst. Deze resultaten zijn tijdens het eerste deel van de focusgroep besproken. In het tweede deel van de focusgroep is men voornamelijk ingegaan op onderzoeksvraag 6: 'Op welke manier kan een voorziening een stappenplan ontwikkelen in het omgaan met agressie met een goed evenwicht tussen voorkomen van en omgaan met agressie enerzijds en het bewaken van veiligheid anderzijds'. Met betrekking tot deze onderzoeksvraag, zijn de volgende vragen voorgelegd aan de leden van de focusgroep: 'Waaruit moet volgens u het agressiebeleid (of stappenplan in het omgaan met agressie) van een voorziening in de bijzondere jeugdbijstand bestaan? Wat zijn essentiële elementen? Op welke manier kan een voorziening zo'n stappenplan best ontwikkelen?'

Het volledige gesprek van de focusgroep is opgenomen met behulp van een digitale voicerecorder. Inhoudelijk is het gesprek vervolgens kwalitatief geanalyseerd, op de manier zoals hierboven beschreven bij de open vragen van de vragenlijst.

2.4 Kader van Van Yperen en Veerman

Om de werkzaamheid of effectiviteit van de toegepaste praktijken aan te geven is er in dit onderzoek gekozen voor het kader van Van Yperen en Veerman (2008). Van Yperen en Veerman (2008) hebben een kader opgesteld waarin de effectiviteit van interventies is ingedeeld in een aantal niveaus. Zij stellen voor het begrip 'effectiviteit' en het effectonderzoek te koppelen aan het ontwikkelingsstadium waarin een interventie verkeert. Daarvoor hebben zij de zogenaamde 'effectladder' ontwikkeld.

Niveau 0: werken met impliciete kennis

Op niveau 0 van de effectladder is er sprake van een interventie die 'in de hoeden' van de uitvoerders zit. De praktijkwerkers ondersteunen bijvoorbeeld ouders op een volgens hen methodische manier, maar wat ze precies doen en waarom dat zou werken is voor anderen niet duidelijk op papier gezet. Dit kan een bijzonder effectieve interventie zijn, maar de werkwijze en resultaten zijn voor buitenstaanders niet duidelijk. Dat hindert ook de overdraagbaarheid van de interventie aan vakgenoten.

Niveau 1: goed beschreven interventies

Op niveau 1 van de effectladder is de aard van de interventie nader omschreven en gespecificeerd. De aandacht gaat vooral uit naar het doel van de interventie, de doelgroep, de aanpak en de randvoorwaarden voor de uitvoering. Door deze explicitering is de werkwijze van de interventie te begrijpen, de kans op effectiviteit enigszins in te schatten en de aanpak gemakkelijker overdraagbaar.

Niveau 2: interventies met theoretische bewijskracht zijn veelbelovend

Het formuleren van een goede interventietheorie ('program theory') maakt een interventie in theorie effectief of 'veelbelovend'. Op niveau 2 van de effectladder gaat het om een aannemelijk verhaal dat de interventie kan werken. Als daarbij gerefereerd wordt aan algemeen aanvaarde en met onderzoek ondersteunde theorieën komt de interventie nog sterker te staan.

Niveau 3: interventies met voorlopige bewijskracht

Een goede omschrijving (niveau 1) en onderbouwing (niveau 2) laten het wat en waarom van een interventie zien. Als vastgesteld kan worden dat de geformuleerde doelen of gewenste veranderingen bereikt zijn, en bovendien is vastgesteld dat de interventie ook volgens plan verstrekt is aan de beoogde doelgroep, dan is de bewijsvoering van een effectieve interventie weer een stapje verder gebracht. Om dit allemaal te kunnen constateren moet er gemeten worden.

Het meten vormt de kern van niveau 3 van de effectladder: er zijn cijfers beschikbaar die laten zien dat de doelgroep wordt bereikt, dat de doelen van de interventie worden gerealiseerd, dat er weinig cliënten zijn die voortijdig afhaken, dat de cliënten tevreden zijn. Deze gegevens leveren de eerste indicaties op voor de effectiviteit van de interventie. Immers, als zou blijken dat bij de doelgroep maar een fractie van de doelen wordt gehaald, zouden er maar weinig mensen zijn die de interventie effectief durven noemen. Daar staat tegenover dat als wél bij velen de doelen zijn bereikt, het nog niet zeker is dat dit aan de interventie te danken is. Er kan ook sprake zijn van bijvoorbeeld veelvoorkomend spontaan herstel.

Niveau 4: interventies met causale bewijskracht zijn bewezen effectief

Interventies die voldoende causale bewijskracht hebben zijn 'bewezen effectief' te noemen: de gemeten verbetering is toe te schrijven aan de gebruikte interventie. Dit is het hoogste niveau van effectiviteit, mits de interventie ook op de andere niveaus goed ontwikkeld is. Op niveau 4 van de effectladder is er sprake van een goed omschreven, theoretisch onderbouwde en in de praktijk getoetste aanpak, waarbij bovendien is aangetoond dat de interventie beter is dan 'geen interventie' en een 'andere interventie'. Daarvoor is een vergelijking nodig met een groep die geen hulp heeft ontvangen en een groep die de interventie niet gekregen heeft maar wel een ander aanbod.

Effectladder			
Niveau effectladder		Soorten onderzoek	Bewijskracht
4.	Is de interventie werkzaam ?	<ul style="list-style-type: none"> • Experimenteel onderzoek • Quasi-experimenteel onderzoek • Case-studies (N=1-onderzoek) • Veranderingstheoretisch onderzoek • Normgerelateerd onderzoek ('Benchmarkstudies') 	Causaal
3.	Is de interventie doeltreffend ?	<ul style="list-style-type: none"> • Veranderingsonderzoek zonder benchmark • Doelrealisatie-onderzoek • Cliënttevredenheidsonderzoek 	Indicatief
2.	Is de interventie in theorie effectief ?	<ul style="list-style-type: none"> • Meta-analyses • Literatuurstudies • Studies naar impliciete kennis 	Theoretisch
1.	Is de interventie goed beschreven ?	<ul style="list-style-type: none"> • Descriptief onderzoek • Observatie-onderzoek • Documentanalyse • Interviews 	Descriptief
0.	Is de interventie impliciet (black box) ?		

Figuur 1: Effectladder volgens Van Yperen en Veerman (2008)

3 RESULTATEN

3.1 Respons vragenlijst

In Tabel 1 wordt aangegeven hoeveel voorzieningen van elke erkenningscategorie of werkvorm de vragenlijst hebben ingevuld. Doordat de vragenlijst soms is opgestuurd of ingevuld voor meerdere werkvormen samen, is het aantal vragenlijsten kleiner dan het totaal aantal voorzieningen die bevraagd zijn of de vragenlijst ingevuld hebben. In totaal hebben 283 voorzieningen een e-mail ontvangen met daarin de vraag om de vragenlijst online in te vullen. Van die 283 voorzieningen hebben 168 voorzieningen (59,4%) de vragenlijst ingevuld in 131 vragenlijsten.

Tabel 1: Aantal ingevulde vragenlijsten per werkvorm

	Totaal aantal	Vragenlijst ingevuld	%
Begeleidingstehuis	97	63	64,9%
Gezinstehuis	1	0	0,0%
OOC	23	15	65,2%
Dagcentrum	48	24	50,0%
Thuisbegeleidingsdienst	61	34	55,7%
BZW	19	13	68,4%
Dienst voor Pleegzorg	16	7	43,8%
HCA	10	6	60,0%
CAH	8	6	75,0%
Totaal	283	168	59,4%
Vragenlijsten	267	131	49,1%

3.2 Goede praktijken inzake het voorkomen van en het omgaan met agressief gedrag van jongeren (Onderzoeksvraag 1 – 3)

In dit onderzoeksrapport is er voor gekozen om de onderzoeksvragen 1, 2 en 3 samen te bespreken en dus geen onderscheid te maken tussen primaire preventie, secundaire preventie en het omgaan met agressie. Deze keuze is gemaakt omdat dit onderscheid in de praktijk vaak niet duidelijk is. Zo worden bijvoorbeeld sommige praktijken die wat doelstelling betreft eerder aansluiten bij primaire preventie, bijv. Rots en Water, waar de hoofddoelstelling is om de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jongeren te stimuleren, door meerdere voorzieningen toegepast wanneer de agressie uit de hand dreigt te lopen. Dan gaat het uiteraard niet meer om primaire preventie. In Tabel 2 staat wel aangegeven of de genoemde praktijken in theorie ingedeeld kunnen worden als primaire preventie (°), secundaire preventie (°°), of het omgaan met agressie (°°°). Dit is telkens aangeduid in de eerste kolom bij de naam van de verschillende praktijken.

Aangezien de termen primaire preventie en secundaire preventie met betrekking tot agressie door verschillende auteurs anders ingevuld worden (vb. van der Ploeg, 2009; Declerck, 2011), wordt hier de definitie uit de onderzoeksvragen gebruikt namelijk:

- Primaire preventie (°): Praktijken die als doel hebben om agressie te voorkomen bij jongeren die nog geen agressief gedrag vertonen maar wel heel wat risicofactoren hebben inzake agressie.

- Secundaire preventie (°°): Praktijken die als doel hebben agressie te voorkomen (of verminderen) bij jongeren met een externaliserende gedragsproblematiek.
- Omgaan met agressie (°°°): Praktijken die als doel hebben om op een gepaste manier met agressie om te gaan op het moment dat agressie optreedt.

In plaats van een opsplitsing te maken tussen primaire preventie, secundaire preventie en het omgaan met agressie is er gekozen om een opdeling te maken op basis van het doel en de doelgroep van de praktijk. Dit soort opdeling is eerder ook gemaakt door Boendermaker & Ince (2010) in hun rapport over wat werkt bij jongeren met gedragsstoornissen. Er werd hierbij gekozen voor een opdeling in de volgende clusters:

- Praktijken gericht op jongeren;
- Praktijken gericht op jongeren en hun ouders/gezin/context;
- Praktijken gericht op ouders;
- Praktijken gericht op herstel tussen dader en slachtoffer;
- Praktijken gericht op medewerkers en teams;
- Praktijken met betrekking tot procedures en beleid.

3.2.1 Toegepaste praktijken

In Tabel 2 staat aangegeven hoeveel keer de verschillende praktijken worden toegepast voor het totaal aantal vragenlijsten en voor elke werkvorm apart. De aantallen in het cursief en de aantallen die onderstreept zijn geven respectievelijk aan hoe vaak de praktijken aangeraden worden met betrekking tot het voorkomen van en het omgaan met agressie en hoe vaak de praktijken aangeraden worden om een breuk in de hulpverlening door agressie te voorkomen. Dit wordt later besproken. Omdat sommige vragenlijsten ingevuld zijn voor meerdere werkvormen samen zijn deze vragenlijsten enkel opgenomen in het totaal en niet in de afzonderlijke werkvormen. Daardoor is het totaal ook niet de som van de afzonderlijke werkvormen.

De 'andere praktijken' die voor de verschillende clusters van praktijken telkens vermeld worden, zijn praktijken waarvan de voorzieningen zelf een omschrijving hebben gegeven. Deze praktijken zijn opgedeeld in de verschillende clusters op basis van het opgegeven doel, de doelgroep, de werkzame factoren en de manier waarop de praktijk uitgevoerd wordt. Het gaat hierbij vaak om zelf ontwikkelde praktijken met of zonder naam. In totaal zijn er 72 'andere praktijken' omschreven door de voorzieningen.

3.2.1.1 Praktijken gericht op jongeren

Uit Tabel 2 blijkt dat voor de praktijken gericht op jongeren Rots en Water en Life Space Crisis Intervention (LSCI) duidelijk het meest toegepast worden. Deze praktijken worden vooral toegepast in de (semi)- residentiële voorzieningen. De praktijken Equip, Agression Replacement Training en het Residentieel Gedragstherapeutische Programma worden slechts sporadisch toegepast. Verder worden er, voornamelijk in de begeleidingstehuizen, nog 19 'andere praktijken' toegepast die specifiek gericht zijn op jongeren. Enkele voorbeelden van deze 'andere praktijken' zijn: leren omgaan met gevoelens, sociale vaardigheidstraining, de thermometermethode, en een ontladingsprogramma.

3.2.1.2 Praktijken gericht op jongeren en hun ouders/gezin/context

Voor de praktijken gericht op jongeren en hun ouders/gezin/context is Geweldloos Verzet de meest toegepaste praktijk, gevolgd door Families First en STOP 4-7. Geweldloos Verzet wordt toegepast in alle werkvormen behalve de HCA's. Families First is de meest toegepaste praktijk van de CAH's

en wordt ook regelmatig gebruikt door de diensten voor thuisbegeleiding en soms door (semi)-residentiële voorzieningen. STOP 4-7 wordt toegepast in de (semi)-residentiële voorzieningen, de thuisbegeleiding en de pleegzorg. Sommige voorzieningen passen verder Functionele Gezinstherapie en Multisysteem therapie toe en dit in diverse werkvormen. De praktijken Minder Boos en Opstandig, Signs of Safety en Solution Focused Brief Therapy worden slechts door enkele voorzieningen toegepast. Ook in deze cluster worden er door de voorzieningen nog 20 'andere praktijken' toegepast, voornamelijk door begeleidingstehuizen en dagcentra. Enkele voorbeelden van deze 'andere praktijken' zijn geweldloze communicatie, intensieve trajectbegeleiding, proactieve cirkels, en omgaan met weerstandspatronen.

3.2.1.3 Praktijken gericht op ouders

Uit Tabel 2 blijkt verder dat er slechts drie praktijken worden toegepast die enkel gericht zijn op ouders. Hiervan wordt enkel Triple P regelmatig toegepast en dit in verschillende werkvormen. Het is de meest toegepaste praktijk in de thuisbegeleidingsdiensten. De praktijken Opstandige Kinderen Oudertraining en Parent Management Training Oregon worden slechts sporadisch toegepast.

3.2.1.4 Praktijken gericht op herstel

Wat betreft de praktijken gericht op herstel is het Herstelgericht Groepsoverleg de meest toegepaste praktijk. Het wordt toegepast in de (semi)-residentiële voorzieningen, de thuisbegeleiding en de HCA's. Enkele (semi)-residentiële voorzieningen passen de praktijk Restoratieve Cirkels toe. Verder worden er nog 5 'andere praktijken' gericht op herstel toegepast waarvan twee in HCA's. Enkele voorbeelden van deze 'andere praktijken' zijn herstelbemiddeling, hersteltraject en het biechtstoelmodel.

3.2.1.5 Praktijken gericht op medewerkers en teams

Voor de praktijken gericht op medewerkers en teams zijn Persoonlijke en Teamgerichte Veiligheidstechnieken, en Intervisiemethode Incidenten de meeste toegepaste praktijken. Deze worden toegepast in de (semi)-residentiële voorzieningen en de thuisbegeleiding. Ook de praktijken Teamgericht Zorgoverleg Agressie en Schokkende Gebeurtenissen en het Driegesprekkenmodel worden door een aantal voorzieningen uit diverse werkvormen toegepast. In deze cluster worden er nog acht 'andere praktijken' toegepast. Enkele voorbeelden van deze 'andere praktijken' zijn teamcrisis, verweertechneken voor begeleiders, instrument teambespreking en werkgroep trauma.

3.2.1.6 Praktijken met betrekking tot procedures en beleid

Tenslotte zijn er voor de praktijken gericht op beleid en procedures enkel 'andere praktijken' beschreven. Uit de beschrijving van deze praktijken kan niet afgeleid worden of meerdere voorzieningen hetzelfde beleid of dezelfde procedures hanteren. Enkele voorbeelden van deze praktijken zijn: protocol agressie, veiligheidsondersteunend beleid, procedure grensoverschrijdend gedrag, intern agressiebeleid en agressiebeheersingsplan.

Tabel 2: Aantal toegepaste praktijken, *aangeraden praktijken (cijfers in cursief)* en praktijken aangeraden om een breuk in de hulpverlening te voorkomen (onderstreepte cijfers)

Praktijken	Erkenningscategorie voorziening									
	Totaal*	Begeleidings- -tehuis	OOOC	Dagcentrum	Thuis- begeleiding	BZW	Pleegzorg	HCA	CAH	MFC
	N = 131	N = 47	N= 15	N = 16	N = 16	N = 5	N = 7	N = 4	N = 4	N = 2
Gericht op jongeren										
Rots en Water°	35 49 <u>28</u>	13 19 <u>11</u>	3 3 <u>2</u>	5 6 <u>2</u>	3 7 <u>4</u>	1 3 <u>2</u>	1 <u>1</u>	3 4 <u>3</u>		2 1
Life Space Crisis Intervention ^{ooo}	30 43 <u>32</u>	15 19 <u>14</u>	7 10 <u>9</u>	1 4 <u>1</u>	3 3 <u>3</u>	1 <u>1</u>	2 <u>1</u>	1 <u>1</u>	1 1 <u>1</u>	
Equip ^{oo}	3 5 <u>4</u>	1 1 <u>1</u>		2 <u>1</u>	1 1 <u>1</u>			1 <u>1</u>		1
Aggression Replacement Training ^{oo}	1 4 <u>2</u>	1		1				1 2 <u>2</u>		
Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma ^{oo}	1 2 <u>1</u>	1	1 <u>1</u>							
Andere praktijken	19 5 <u>1</u>	13 4	2	2	1			1		1
Gericht op jongeren en ouders/gezin/context										
Geweldloos Verzet ^{ooo}	29 33 <u>23</u>	7 7 <u>6</u>	2 4 <u>2</u>	1 2	5 6 <u>3</u>	1 2 <u>2</u>	5 4 <u>4</u>	1 <u>1</u>	3 3 <u>3</u>	1 1
Families First ^{ooo}	16 15 <u>11</u>	2 2	2 1 <u>1</u>	1 2 <u>1</u>	4 4 <u>3</u>	1 <u>1</u>			4 4 <u>4</u>	1
STOP 4-7 ^{oo}	11 13 <u>5</u>	4 3 <u>1</u>		1 3	1 1	1	2 2 <u>2</u>			
Functionele Gezinstherapie ^{oo}	6 4 <u>4</u>	1 1 <u>1</u>	1	1	1 <u>1</u>	1 1 <u>1</u>	1			1 1 <u>1</u>
Multisysteem therapie ^{oo}	6 5 <u>5</u>	1 1			2 <u>1</u>	1 1 <u>1</u>	1 2 <u>2</u>	1		1
Minder boos en opstandig ^{oo}	3 3 <u>3</u>	1 1 <u>1</u>		1 1 <u>2</u>	1 1				1	
Signs of Safety ^{oo}	2 1 <u>1</u>				1 1 <u>2</u>				1 1 <u>1</u>	
Solution Focused Brief Therapy ^{oo}	2 1 <u>2</u>	1 1								
Andere praktijken	20 <u>2</u>	6 <u>2</u>	2	6	1	1			1	2

* Het totaal is niet de som van de verschillende werkvormen omdat de vragenlijsten die voor meerdere werkvormen gezamenlijk zijn ingevuld, buiten beschouwing werden gelaten in de afzonderlijk werkvormen; ° = Primaire preventie, °° = Secundaire preventie, °°° = Omgaan met agressie

Tabel 2: Aantal toegepaste praktijken, *aangeraden praktijken (cijfers in cursief)* en praktijken aangeraden om een breuk in de hulpverlening te voorkomen (onderstreepte cijfers) (vervolg)

Praktijken	Erkenningscategorie voorziening																													
	Totaal*	Begeleidings -tehuis	OOOC	Dagcentrum	Thuis- begeleiding	BZW	Pleegzorg	HCA	CAH	MFC																				
	N = 131	N = 47	N= 15	N = 16	N = 16	N = 5	N = 7	N = 4	N = 4	N = 2																				
Gericht op ouders																														
Triple P°	22	16	10	6	5	3					5	3	2	7	3	3	1	3	1	1	2	1				1				
Opstandige kinderen oudertraining ^{oo}	2	4	3			1					1	2			2	2														
Parent Management Training ^{oo}	2	2	1								1		1					1												
Gericht op herstel																														
Herstelgericht groepsoverleg ^{ooo}	23	32	21	9	14	7	2	1	2	2	2	3	1	3	1		3	1		3	3	2				2	1			
Restoratieve cirkels ^{ooo}	6	10	11	2	6	2	1	1	3			1		1	2					1			1		1	1				
Andere praktijken	5		1	1			1												2											
Gericht op medewerkers/teams																														
Persoonlijke en teamgerichte veiligheidstechnieken ^{ooo}	16	17	6	4	7	2	3	4	1	2			3	1					1			1	2		1			1	1	1
Intervisiemethoden Incidenten ^{ooo}	11	10	11	2	2	1	3	3	4	2	1	3	1		1		2	2												
Teamgericht Zorgoverleg Agressie en Schokkende gebeurtenissen ^{ooo}	7	5	6	1	1	1		1	1	1		1	3	1	2		1													
Driegesprekkenmodel ^{ooo}	6	5	7	2	3	4				1	1	1					1		1											
Andere praktijken	8	3	4	3		1								1								1	1	1						
Gericht op het beleid/procedures																														
Andere praktijken	20	4	2	5	1		6			1			2	1		1			1						1	2	1	1		

* Het totaal is niet de som van de verschillende werkvormen omdat de vragenlijsten die voor meerdere werkvormen gezamenlijk zijn ingevuld, buiten beschouwing werden gelaten in de afzonderlijk werkvormen; ° = Primaire preventie, °° = Secundaire preventie, °°° = Omgaan met agressie

3.2.2 Specifiek werkzame factoren

Aangezien de praktijken in de verschillende clusters verschillende werkzame factoren hebben, wordt ook voor de bespreking van de werkzame factoren de opdeling in clusters aangehouden. Per cluster worden de voornaamste specifiek werkzame factoren vermeld, en met name de specifiek werkzame factoren die in ten minste de helft van de praktijken uit die cluster als werkzame factor wordt aangeduid. Hierbij worden alle praktijken uit één cluster samengenomen, dus zowel de praktijken die in Tabel 2 bij naam worden genoemd als de 'andere praktijken' uit die cluster.

3.2.2.1 Praktijken gericht op jongeren (n = 24)

Voor de praktijken gericht op jongeren zijn de specifiek werkzame factoren die in tenminste de helft van de praktijken uit deze cluster worden genoemd, de volgende:

- het vergroten van de (pro)-sociale vaardigheden van de jongeren;
- het vergroten van het vermogen tot woedebeheersing van de jongere;
- het vergroten van de zelfcontrole van de jongere.

3.2.2.2 Praktijken gericht op jongeren en hun ouders/gezin/context (n = 28)

Voor de praktijken gericht op jongeren en hun ouders/gezin/context worden de volgende specifiek werkzame factoren in ten minste de helft van de praktijken uit deze cluster genoemd:

- het vergroten van de probleemoplossende vaardigheden van de jongere;
- het verbeteren van de communicatie in het gezin;
- het versterken van de pedagogische vaardigheden van de ouders;
- het vergroten van de vaardigheden om met conflicten om te gaan bij de jongere.

3.2.2.3 Praktijken gericht op ouders (n = 3)

Voor de praktijken gericht op ouders is er slechts 1 specifiek werkzame factor die in alle drie de praktijken uit deze clusters wordt genoemd en dat is:

- het versterken van de pedagogische vaardigheden van de ouders.

Waarschijnlijk zal het versterken van de pedagogische vaardigheden ook leiden tot het versterken van het zelfvertrouwen van de ouders en het vergroten van hun vaardigheden om met conflicten om te gaan maar dit wordt in deze praktijken niet specifiek aangeven als werkzame factor.

3.2.2.4 Praktijken gericht op herstel (n = 7)

De specifiek werkzame factoren die in ten minste vier van de zeven praktijken gericht op herstel worden genoemd, zijn:

- het bespreken van belevingen en gevoelens met betrekking tot een agressie-incident;
- het vergroten van het begrip van de jongere voor anderen;
- het stimuleren van zelfreflectie bij de jongere.

3.2.2.5 Praktijken gericht op medewerkers en teams (n = 12)

Voor de praktijken gericht op medewerkers en teams is er slechts 1 specifiek werkzame factor die in tenminste de helft van de praktijken uit deze cluster worden genoemd:

- het bespreken van belevingen en gevoelens met betrekking tot een agressie-incident.

3.2.2.6 Praktijken met betrekking tot procedures en beleid (n = 20).

De praktijken met betrekking tot procedures en beleid zijn vaak een samenvatting van de praktijken uit voorgaande clusters vandaar dat de specifiek werkzame factoren uit de andere clusters hier terugkomen. Er zijn echter slechts drie specifiek werkzame factoren die in minstens de helft van de praktijken uit deze cluster worden genoemd:

- het vergroten van de vaardigheden om met conflicten om te gaan bij de jongere;
- het bespreken van belevingen en gevoelens met betrekking tot een agressie-incident;
- het naar elkaar leren luisteren.

3.2.2.7 Literatuur

In de literatuur over 'wat werkt bij jongeren met gedragsstoornissen' komen ook een aantal specifiek werkzame factoren naar voor. Bij kinderen onder twaalf jaar is vooral het versterken van de pedagogische vaardigheden van de ouders belangrijk (Boendermaker & Ince, 2010). Dit gebeurt best in combinatie van het versterken van de zelfcontrolevaardigheden van het kind (Lipsey, Landenberger & Wilson, 2007). Bij jongeren vanaf twaalf jaar komen vooral het vergroten van de probleemoplossende en de (pro)-sociale vaardigheden naar voor als specifiek werkzame factoren (Lipsey, 2009). Verder worden ook het verminderen van denkfouten van de jongere, het vergroten van het vermogen tot woedebeheersing van de jongere en het geven van positieve en gerichte feedback op het gedrag van de jongere genoemd. Bij ernstige gedragsstoornissen wordt het bovendien aangeraden om de training van de jongere te combineren met interventies in het gezin (Boendermaker & Ince, 2010).

3.2.3 Algemeen werkzame factoren

Uiteraard mogen we hier ook de algemeen werkzame factoren niet uit het oog verliezen. Algemeen werkzame factoren betreffen de ingrediënten van de hulp die tot het resultaat bijdragen ongeacht de soort behandeling en doelgroep (Van Yperen, 2003). Omdat deze factoren niet specifiek zijn voor een bepaalde praktijk, maar voor alle praktijken gelden, zijn ze ook niet bevraagd in de vragenlijst. Van Yperen, van der Steege, Addinck en Boendermaker (2010) geven een aantal voorbeelden van deze algemeen werkzame factoren:

- goede kwaliteit van de relatie cliënt – behandelaar;
- aansluiten bij de motivatie van de cliënt;
- een goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering);
- een goede 'fit' van de aanpak met het probleem en de hulpvraag;
- uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden;
- professionaliteit (goede opleiding en training) van de behandelaar;
- goede werkomstandigheden van de behandelaar (zoals draagbare caseload, goede ondersteuning, veiligheid).

Volgens Lambert en collega's (Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2001) zouden deze algemeen werkzame factoren 30% van het resultaat bepalen terwijl de specifieke methodiek slechts 15% van het resultaat uitmaakt. De overige 55% zouden dan verklaard worden door cliënt- en

omgevingsfactoren (40%) en het placebo-effect (15%). Van Yperen en collega's (2010) nuanceren dit beeld en stellen dat deze cijfers verouderd zijn en dat de cijfers van andere onderzoekers nogal uiteenlopen waardoor er op dit moment geen uitspraken kunnen worden gedaan over deze verhoudingen. Zij vermelden echter ook dat wat betreft de verhouding tussen de algemeen werkzame factoren en de specifieke methoden, de algemeen werkzame factoren toch een sterker effect zouden hebben volgens de huidige literatuur. Hierbij wordt vooral veel betekenis gehecht aan de factor cliënt-hulpverlener-relatie. Wel zijn deze auteurs van mening dat de verhouding tussen deze factoren er in de toekomst heel anders kan gaan uitzien wanneer men de potentie van specifieke methoden meer gaat benutten. Om de jeugdzorg te verbeteren zouden we volgens hen dan ook moeten investeren in zowel de algemeen werkzame factoren als de specifieke methoden (Van Yperen et al., 2010).

3.2.4 Effectiviteit

3.2.4.1 Toegepaste praktijken op de effectladder van Van Yperen en Veerman

In de laatste twee kolommen van Tabel 3 staat de effectiviteit vermeld van de toegepaste praktijken die terug te vinden zijn in de literatuur. Zoals eerder aangegeven hebben we hierbij gekozen voor het kader Van Yperen en Veerman (2008). Voor elke praktijk wordt aangegeven of deze praktijk goed beschreven is (*), theoretisch goed onderbouwd is (**), doeltreffend is (***) of werkzaam is (****). Verder is er een opsplitsing gemaakt tussen de effectiviteit gebaseerd op onderzoek in Vlaanderen en Nederland en de effectiviteit gebaseerd op internationaal onderzoek. Dit onderscheid wordt gemaakt omdat een aantal praktijken zeer effectief zijn gebleken in internationale studies maar hier nog weinig of geen onderzoek naar gedaan is in Vlaanderen of Nederland. Referenties van de studies waarop deze indeling gebaseerd is, worden vermeld in de informatiefiches van de praktijken, te vinden in de bijlage van dit onderzoeksrapport.

Uit Tabel 3 blijkt dat enkel STOP 4-7 werkzaam of bewezen effectief is in Vlaanderen en Nederland. Er zijn wel een heel aantal praktijken die werkzaam zijn gebleken op basis van internationaal onderzoek, met name: Aggression Replacement Training, Geweldloos Verzet, Functionele Gezinstherapie, Multisysteem therapie, Triple P en Parent Management Training. De meeste andere praktijken kunnen geclassificeerd worden als doeltreffend. Dit wil zeggen dat er wel onderzoek naar gedaan is met positieve resultaten, maar dat dit geen experimenteel onderzoek was met een controlegroep. Een uitzondering op de classificatie als doeltreffend vormen de praktijken die gericht zijn op de medewerkers. Deze zijn in de literatuur vaak nog erg summier beschreven en er is nog geen onderzoek gedaan naar hun effectiviteit. Zij worden dan ook slechts ingedeeld op de eerste trede van de effectladder van Van Yperen en Veerman.

3.2.4.2 Praktijken die worden aangeraden

Uiteraard geeft de tevredenheid over een praktijk of het geloof in de werkzaamheid ervan ook een indicatie van de effectiviteit in ruime zin. In Tabel 2 staat in *cursief* aangegeven hoeveel de verschillende praktijken worden aangeraden met betrekking tot het voorkomen van of het omgaan met agressie. Hieruit blijkt dat alle praktijken die met naam worden genoemd in Tabel 2 minstens één keer, maar meestal vaker, worden aangeraden. Wat hierbij opvalt is dat er heel wat praktijken zijn die (veel) vaker aangeraden worden dan dat ze worden toegepast. Dit is het geval voor alle praktijken gericht op jongeren en alle praktijken gericht op herstel, maar ook voor Geweldloos Verzet, STOP 4-7, Opstandige kinderen oudertraining en Persoonlijke en Teamgerichte Veiligheidstechnieken. De andere praktijken die met naam in Tabel 2 staan, worden meestal bijna zo vaak aangeraden als ze worden toegepast. Dit geeft aan dat men over het algemeen tevreden

of erg tevreden is over deze praktijken. Ook van de 'andere praktijken' worden er een aantal aangeraden, maar dat is slechts een beperkt aantal in vergelijking tot het aantal 'andere praktijken' dat wordt toegepast. Enkele voorbeelden van 'andere praktijken' die worden aangeraden zijn: communicatietraining in de-escalerend communiceren voor hulpverleners, institutionele pedagogie, Kind in Hechting en Herstel van de Affectie - Relationele Ontwikkeling (KIHARO), procedure grensoverschrijdende gedrag, en eigen veiligheidsondersteunend beleid.

Tabel 3: Effectiviteit van de goede praktijken en aanpassing aan context/werkvorm

	Begeleidingstehuis	OOOC	Dagcentrum	Thuisbegeleiding	BZW	Pleegzorg	HCA	CaH	Effectiviteit VI./Ned.	Effectiviteit internationaal
Gericht op jongeren										
Rots en Water	++	++	++	-	-	-	+	-	***	
Life Space Crisis Intervention	++	++	++	+	+	+	+	+	***	***
Equip	++	++	++	-	-	-	+	-	***	***
Aggression Replacement Training	++	++	++	-	-	-	+	-	**	****
Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB)	++	++	+	-	-	-	-	-	***	
Gericht op jongeren en ouders/gezin/context										
Geweldloos Verzet	+	+	+	++	+	++	+	++	**	****
Families First	-	-	+	++	-	++	-	++	***	***
STOP 4-7	+	+	++	+	-	+	-	+	****	
Functionele Gezinstherapie	-	-	+	++	+	++	-	++	**	****
Multisysteem therapie	-	-	+	++	+	++	-	++	***	****
Minder boos en opstandig	+	+	++	+	-	+	-	+	***	
Signs of Safety	-	-	+	++	-	+	-	++	**	***
Solution Focused Brief Therapy	+	+	+	+	+	+	+	+	***	***
Gericht op ouders										
Triple P	+	+	++	++	+	++	-	+	***	****
Opstandige kinderen oudertraining	+	+	++	++	-	++	-	+	**	
Parent Management Training	+	+	++	++	-	++	-	+	**	****
Gericht op herstel										
Herstelgericht groepsoverleg	+	+	+	+	+	+	++	+	***	
Restoratieve cirkels	+	+	+	+	+	+	++	+	**	
Gericht op medewerkers/teams										
Persoonlijke en teamgerichte veiligheidstechnieken (PTV)	++	++	++	+	+	-	+	+	*	
Intervisiemethoden Incidenten	++	++	++	+	+	+	+	+	*	
Teamgericht Zorgoverleg Agressie en Schokkende gebeurtenissen	++	++	++	+	+	+	+	+	*	
Driegesprekkenmodel	++	++	++	++	++	++	++	++	*	

++ = zeer geschikt voor deze werkvorm; + = eerder geschikt voor deze werkvorm; - = minder geschikt voor deze werkvorm; **** = werkzaam, *** = doeltreffend, ** = theoretisch goed onderbouwd, * = goed beschreven

3.2.4.3 Andere werkzame praktijken uit de literatuur

Uit de internationale literatuur komen er nog een aantal praktijken naar voor die bewezen effectief zijn maar (nog) niet worden toegepast in de bevroegde voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand. Hierbij worden enkel praktijken besproken die in het Nederlands beschikbaar zijn en die geschikt zijn voor de bijzondere jeugdbijstand. Zo worden bijvoorbeeld de praktijken die specifiek gericht zijn op scholen niet besproken. Allereerst zijn er twee praktijken die door de Nederlandse erkenningscommissie interventies als oordeel 'bewezen effectief' hebben gekregen. Dit wil heel wat zeggen aangezien van de 158 interventies die zijn opgenomen in de Nederlands databank jeugdinterventies (www.jeugdinterventies.nl) er slechts 5 dit oordeel hebben gekregen. Twee van deze 5 praktijken hebben betrekking op het voorkomen van of het omgaan met agressie en zijn toepasbaar in de bijzondere jeugdbijstand. Dit zijn de volgende 2 praktijken:

Incredible Years Basic

Incredible Years Basic is een groepstraining voor ouders van kinderen van 3 tot en met 6 jaar die een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis hebben, of het risico lopen één van deze stoornissen te ontwikkelen. In 18 wekelijkse sessies worden de ouders getraind in opvoedvaardigheden, waardoor de gedragsproblemen afnemen.

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPPSD) is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 3 jaar. Het programma wil gedragsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën. Dit gebeurt in 6 huisbezoeken door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind.

Vervolgens is er nog een praktijk die door heel wat Amerikaanse organisaties het oordeel 'bewezen effectief' heeft gekregen, maar waarnaar in Nederland nog onvoldoende en in Vlaanderen nog geen onderzoek naar is gedaan om de effectiviteit aan te tonen. Het gaat om de volgende praktijk:

Multidimensional Treatment Foster Care

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) is een intensief opvoed- en trainingsprogramma voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar die te kampen hebben met gedragsproblemen, inclusief delinquent gedrag. Het programma wordt aangeboden aan jongeren als alternatief voor een gesloten plaatsing of jeugddetentie. De jongere volgt voor de duur van 6 tot 12 maanden een intensief gedragsgericht programma, waarvan plaatsing in een opvoedgezin deel uitmaakt. Dit gezin biedt de jongere een dagstructuur en creëert de mogelijkheid om te participeren in het dagelijks gezinsleven.

Aangezien dit drie zeer interessante praktijken zijn, is er van deze praktijken ook een korte informatiefiche opgenomen in bijlage. Uiteraard zijn er nog een heel aantal programma's die ook effectief zijn maar niet vertaald zijn naar het Nederlands. Een overzicht van werkzame praktijken met betrekking tot het voorkomen van en omgaan met agressief gedrag van jongeren is onder andere te vinden op de website van 'the Center for the Study and Prevention of Violence' van de Universiteit Colorado Boulder (www.colorado.edu/cspv/blueprints/) en de website van 'the Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention' van het departement justitie van de Verenigde Staten (www.ojjdp.gov).

3.2.5 *Aanpassing aan context/werkvorm*

In Tabel 3 staat tevens aangegeven of een bepaalde praktijk zeer geschikt, eerder geschikt of minder geschikt is voor een bepaalde werkvorm. Dit heeft voornamelijk te maken met de manier waarop de praktijk uitgevoerd wordt: individueel, in groep of in het gezin. Zo kunnen praktijken die in groep worden gegeven bijvoorbeeld het gemakkelijkst toegepast worden in (semi)-residentiële voorzieningen. Praktijken die in het gezin uitgevoerd worden, zijn dan weer zeer geschikt voor voorzieningen die ook in het gezin werken zoals de diensten voor thuisbegeleiding en pleegzorg en de crisisdiensten aan huis. Dat praktijken minder geschikt zijn voor een bepaalde werkvorm wil niet zeggen dat ze nooit in de werkvorm toegepast worden. Zo worden Families First en Multisysteem therapie bijvoorbeeld ook toegepast in residentiële voorzieningen, terwijl dit praktijken zijn die in het gezin uitgevoerd worden. Dit komt echter slechts een enkele keer voor. Bovendien werken de meeste residentiële voorzieningen contextueel, en dus ook met het gezin en huisbezoeken. Vandaar dat de opsplitsing ook niet zo strikt genomen moet worden en dat we spreken over 'minder' en 'meer geschikt' en niet over 'niet geschikt'.

3.3 **Reactie na een agressie-incident en bij een dreigende breuk (Onderzoeksvraag 4)**

3.3.1 *Reactie na een agressie-incident*

In Tabel 4 staat het gemiddeld aantal keer dat een bepaalde handeling wordt uitgevoerd na een agressie-incident per 10 agressie-incidenten. Aangezien bepaalde handelingen minder of niet van toepassing zijn in bepaalde werkvormen, verschilt het aantal keren (N) dat de handeling gescoord is. Uit deze resultaten blijkt dat agressie-incidenten bijna altijd besproken worden tijdens teamoverleg en geregistreerd worden. Meestal worden er ook meerdere gesprekken gehouden met de dader, zijn er meerdere opvanggesprekken met het slachtoffer en vindt er een herstelgesprek plaats tussen dader en slachtoffer. In meer dan 7 gevallen op 10 krijgt de dader ook een sanctie. Handelingen die niet vaak voorkomen zijn dat er aangifte gedaan wordt bij de politie, dat de school wordt ingelicht of dat de dader kalmerende medicatie krijgt.

In de vragenlijst is verder ook gevraagd of men anders reageert na een agressie-incident naargelang wie het slachtoffer is, naargelang de kenmerken van de dader en naargelang het aantal eerdere agressie-incidenten, en op welke manier de reactie dan verschilt. Uit de resultaten blijkt dat men in 55,7% van de bevroegde voorzieningen anders reageert na een agressie-incident naargelang wie het slachtoffer is. Uit de open vraag hoe de reactie dan verschilt komt naar voor dat er zwaarder getild wordt aan de feiten indien de agressie naar een medewerker gericht is en dat dit kan leiden tot stopzetting van de hulpverlening. Verder is het feit of het incident binnen of buiten de muren van de voorziening plaatsvindt bepalend voor de beslissing wie het incident verder opvolgt. Wat betreft het verschil in reactie naargelang de kenmerken van de dader geeft 58,8% van de voorzieningen aan dat er een verschil gemaakt wordt. De antwoorden op de open vraag hoe de reactie dan verschilt geven aan dat de sanctie aangepast wordt naargelang de leeftijd en de problematiek van de dader en dat agressie bij een +12-jarige ook zwaarder doorweegt en eerder zal leiden tot het stopzetten van de hulpverlening. Het aantal eerdere agressie-incidenten leidt dan weer bij 76,9% van de voorzieningen tot een andere reactie na een agressie-incident. Uit de open vraag hoe de reactie verschilt blijkt dat er bij meerdere incidenten sneller overgegaan wordt tot stopzetting van de hulpverlening, dat er strenger en directer opgetreden wordt, dat de sanctie zwaarder wordt, dat de geschiktheid van de hulpverlening in vraag gesteld wordt, dat een externe time-out overwogen wordt en dat er gezocht wordt naar een andere aanpak. Tenslotte is er ook een antwoord dat telkens terugkomt bij de vraag hoe de reactie verschilt, zowel met betrekking tot de kenmerken van de dader, de kenmerken van het slachtoffers

als het aantal eerdere agressie-incidenten, en dat is dat er altijd op maat gereageerd wordt. Elk incident wordt individueel bekeken.

Tabel 4: Gemiddeld aantal keer dat een bepaalde handeling uitgevoerd wordt na een agressie-incident per 10 agressie-incidenten.

Handeling na een agressie-incident	Mean	SD	N
Het incident wordt besproken tijdens het teamoverleg	9,0	2,2	123
Het incident wordt geregistreerd	8,1	3,2	120
De ouders van de dader worden ingelicht	7,8	3,0	102
Het incident wordt gemeld bij de directie	7,6	3,3	122
De ouders van het slachtoffer worden ingelicht	7,6	2,9	99
Er zijn meerdere gesprekken met de dader	7,5	2,8	114
De dader krijgt een sanctie	7,3	3,0	97
Er zijn meerder nazorggesprekken voor het slachtoffer	7,2	2,9	111
Het incident wordt gemeld bij de verwijzer	7,1	3,0	124
Er is één individueel opvanggesprek met de dader	7,1	3,6	100
Er is een herstelgesprek tussen dader en slachtoffer binnen de voorziening	7,0	2,9	104
Er is één nazorggesprek voor het slachtoffer	6,8	3,6	101
Het incident wordt besproken in de leefgroep	6,0	3,1	91
Er is een gesprek met de verwijzer	5,2	3,1	124
Er is een nazorggesprek voor de getuigen	4,7	3,5	99
De dader wordt in afzondering geplaatst	4,6	3,7	77
De dader krijgt een time-out	4,4	3,3	96
Er is een herstelgesprek tussen dader en slachtoffer met een neutrale bemiddelaar	2,8	3,1	88
De school van de dader worden ingelicht	1,9	2,3	95
Er wordt aangifte gedaan bij de politie	1,9	2,0	103
De dader krijgt kalmerende medicatie toegediend	0,6	0,6	57

3.3.2 Reactie bij een dreigende breuk

In Tabel 5 wordt het gemiddeld aantal keer dat een bepaalde handeling uitgevoerd wordt bij een dreigende breuk per 10 dreigende breuken aangegeven. Uit deze tabel blijkt dat er bij een dreigende breuk bijna altijd een gesprek plaatsvindt met de jongere, de verwijzer en de ouders en dat het probleem besproken wordt tijdens het teamoverleg. In meer dan 6 gevallen op 10 krijgt de jongere een time-out.

Tabel 5: Gemiddeld aantal keer dat een bepaalde handeling uitgevoerd wordt bij een dreigende breuk per 10 dreigende breuken.

Handelingen bij een dreigende breuk	Mean	SD	N
Er is een gesprek met de jongere	9,6	1,8	117
Er is teamoverleg	9,5	2,0	118
Er is een gesprek met de verwijzer	9,1	2,2	120
Er is een gesprek met de ouders	8,9	2,5	116
Er is een time-out voor de jongeren	6,2	3,2	102
Er is een bespreking in de leefgroep	5,9	3,4	87
Er is een gesprek met behulp van een extern bemiddelaar	1,8	2,2	95

In een open vraag is er ook gevraagd op welke manier men in de voorziening dreigende breuken heeft kunnen voorkomen. Een kwalitatieve analyse van deze vraag leverde de volgende resultaten op. Tussen haakjes staat aangegeven hoe vaak dit antwoord werd vermeld op een totaal van 131 vragenlijsten:

- Gesprekken met alle betrokkenen (waaronder de verwijzer) (33)
- Time-out (25)
- Externe hulp/therapie inschakelen (14)
- Herstel (10)
- Perspectief bieden (6)
- Het werken met een begeleidingscontract (3)

Ook is er gevraagd waarom het in sommige gevallen niet gelukt is, m.a.w. waar ligt de grens om de hulpverlening toch af te breken. De resultaten van de analyse van deze vraag waren de volgende:

- De veiligheid kon niet meer gegarandeerd worden (10)
- Ernst van de feiten (9)
- Steeds terugkerend agressief gedrag (8)
- Te zware onderliggende problematiek (7)
- Geen bereidheid van de jongere om hieraan te werken (6)
- Psychiatrische problematiek (5)
- De hulpverleningsvorm was niet toereikend (5)

Verder is er gevraagd welke praktijken men zou aanraden om dreigende breuken in de hulpverlening door agressie te voorkomen. Deze resultaten zijn onderstreept weergegeven in Tabel 2. Uit deze resultaten blijkt dat alle praktijken aangeraden worden bij een dreigende breuk. De praktijken die het vaakst aangeraden worden bij een dreigende breuk zijn LSCI, Rots en Water, Geweldloos Verzet en Herstelgericht Groepsoverleg. Dit zijn ook de praktijken die het vaakst toegepast worden. De praktijken die minder vaak toegepast worden, worden ook minder vaak aangeraden bij een dreigende breuk. Wat echter opvalt is dat er vaak weinig verschil is tussen het aantal voorzieningen dat een praktijk toepast en het aantal voorzieningen dat deze praktijk aanraadt bij een dreigende breuk. Enkel bij STOP 4-7, Triple P en Persoonlijke en Teamgerichte Veiligheidstechnieken is dit niet het geval en is het aantal keer dat de praktijken aangeraden worden bij een dreigende breuk minder dan de helft van het aantal keer dat ze toegepast worden.

3.4 Het betrekken van relevante partners (Onderzoeksvraag 5)

3.4.1 Manieren waarop relevante partners betrokken worden in de toegepaste praktijken

In Tabel 6 staat weergegeven op welke manier relevante partners worden betrokken bij het voorkomen van en het omgaan met agressie vanuit de verschillende clusters van praktijken. Hieruit blijkt dat de ouders/opvoedingsverantwoordelijken bij bijna alle praktijken worden betrokken behalve bij de praktijken gericht op medewerkers en teams. De ouders/opvoedingsverantwoordelijken worden meestal betrokken doordat er een begeleidend gesprek is met hen of doordat ze regelmatig op de hoogte worden gehouden van de vorderingen van de jongere. Bij de praktijken gericht op jongeren en hun ouders/gezin/context en de praktijken gericht op ouders is er ook vaak een training voor de ouders. Bij de praktijken gericht op herstel en de praktijken met betrekking tot procedures en beleid worden ouders soms ook op een andere manier betrokken. Voorbeelden hiervan zijn dat ze deelnemen aan de herstelgerichte groeps gesprekken of dat ze gevraagd worden om in te grijpen wanneer de situatie dreigt vast te lopen door bijvoorbeeld telefonisch contact op te nemen met de jongere.

Tabel 6: Het aantal keer dat een bepaalde manier waarop relevante partners worden betrokken bij het voorkomen van en het omgaan met agressie wordt toegepast in de verschillende clusters van praktijken

Manier waarop relevante partners worden betrokken	Clusters praktijken						
	1	2	3	4	5	6	T
N	24	28	3	7	12	20	94
De ouders/opvoedingsverantwoordelijken							
De ouders/opvoedingsverantwoordelijken worden niet betrokken	2	0	0	1	9	3	15
De ouders/opvoedingsverantwoordelijken worden regelmatig op de hoogte gebracht van de vorderingen van de jongere	15	11	0	3	1	12	42
Er is een begeleidend gesprek met de ouders/opvoedingsverantwoordelijken	11	16	0	0	2	11	40
Er is een training voor de ouders/opvoedingsverantwoordelijken	0	13	3	0	0	3	19
Anders	0	0	0	3	0	3	6
De school van de jongere							
De school wordt niet betrokken	6	7	3	4	11	8	39
Er wordt samengewerkt met de leerlingenbegeleiding/zorgcoördinator	17	19	0	0	1	12	49
Er is een training voor leerkrachten	0	2	0	0	0	1	3
Anders	1	0	0	3	0	0	4
De hulpverleners							
De hulpverleners worden niet betrokken	0	2	3	2	0	0	7
Er is een training voor de opvoeders	11	22	0	1	5	12	51
Er is een training voor de leidinggevenden	4	9	0	0	3	6	22
Anders	9	5	0	4	8	6	32
Andere jongeren							0
Andere jongeren worden niet betrokken	8	11	3	2	12	7	43
Ze leren van elkaar tijdens groepsbijeenkomsten	11	9	0	0	0	9	29
Een andere jongere treedt op als bemiddelaar	1	2	0	0	0	1	4
Anders	4	7	0	5	0	4	20

Clusters praktijken: 1 = Praktijken gericht op jongeren; 2 = Praktijken gericht op jongeren en hun ouders/gezin/context; 3 = Praktijken gericht op ouders; 4 = Praktijken gericht op herstel; 5 = Praktijken gericht op medewerkers en teams; 6 = Praktijken met betrekking tot procedures en beleid; T = Totaal

De school wordt in meer dan de helft van alle praktijken betrokken en voornamelijk doordat er wordt samengewerkt met de leerlingenbegeleiding of zorgcoördinator. In slechts enkele praktijken is er een training voor de leerkrachten. Bij een praktijk gericht op jongeren en enkele praktijken gericht op herstel wordt de school van de jongere nog op een andere manier betrokken. Voorbeelden hiervan zijn dat men kiest voor methodieken die ook op school worden toegepast of dat een leerkracht of leerlingbegeleider op vraag van de jongere kan deelnemen aan de herstelgerichte groepsgesprekken.

Wat betreft het betrekken van de hulpverleners, is er in de meerderheid van de praktijken een training voor de opvoeders. In bijna een kwart van de praktijken is er een training voor de leidinggevenden. Vaak worden hulpverleners ook nog op een andere manier betrokken. Zo kunnen hulpverleners bijvoorbeeld een invloed hebben op het groepsproces, of de therapeut kan de vorderingen van de jongere bespreken met de hulpverleners. Andere voorbeelden zijn dat de hulpverleners deelnemen aan het teamoverleg, dat er materiaal en informatie aangeboden wordt aan de hulpverleners, dat hulpverleners de herstelbeweging kunnen faciliteren, of dat ze deelnemen aan interne vorming.

Andere jongeren worden in iets minder dan de helft van alle praktijken niet betrokken bij het voorkomen van en het omgaan met agressie. Wanneer ze wel betrokken worden gebeurt dit meestal doordat ze van elkaar leren tijdens groepsbijeenkomsten. Slechts een enkele keer treedt een andere jongere op als bemiddelaar. Andere manieren waarop andere jongeren betrokken worden zijn dat ze ook van elkaar leren door met elkaar samen te leven, dat ze elkaar kunnen steunen, dat ze als deel van het sociaal netwerk als hulpbron kunnen fungeren, en dat er wordt gewerkt aan de groepssfeer.

3.4.2 *Literatuur*

Zoals reeds vermeld bij de werkzame factoren is het bij kinderen tot 12 jaar essentieel om de ouders/opvoedingsverantwoordelijken te betrekken bij het voorkomen van en het omgaan met agressie, met name door de ouders te trainen in opvoedingsvaardigheden. Dit gebeurt bijvoorbeeld in alle praktijken gericht op ouders maar ook in heel wat praktijken gericht op jongeren en hun ouders/gezin/context zoals Stop 4-7 en Minder boos en opstandig. Bij jongeren vanaf 12 jaar met ernstige gedragsstoornissen zou de training van de jongere gecombineerd moeten worden met therapeutische interventies in het gezin die verdergaan dan het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Het gaat hier dan bijvoorbeeld om het verbeteren van de algemene communicatie in het gezin en het betrekken van andere personen uit de omgeving van de jongeren, zoals vrienden en leerkrachten (Boendermaker & Ince, 2010). Voorbeelden van praktijken waarin belangrijke anderen uit de omgeving van de jongere actief worden betrokken zijn Multisysteem Therapie en Geweldloos Verzet.

3.5 **Elementen met betrekking tot het agressiebeleid (Onderzoeksvraag 6)**

3.5.1 *Resultaten vragenlijst*

In Tabel 7 is het aantal keer dat verschillende elementen met betrekking tot het agressiebeleid aanwezig zijn weergegeven op een totaal van 131 vragenlijsten en per werkvorm. Hieruit blijkt dat meer dan driekwart van de voorzieningen een agressiebeleid heeft. In 61,8% staat agressie regelmatig op het werkoverleg terwijl er in 35,9% van de bevroegde voorzieningen een werkgroep is rondom agressiebeheersing. Ook heeft bijna 80% van de voorzieningen duidelijke richtlijnen over het inschakelen van assistentie en over wie er verantwoordelijk is voor de opvang en nazorg

Tabel 7: Aantal keer dat verschillende elementen met betrekking tot het agressiebeleid aanwezig zijn op een totaal van 131 vragenlijsten en per werkvorm

	Totaal*	Begeleidingstehuis	OOOC	Dagcentrum	Thuisbegeleiding	BZW	Pleegzorg	HCA	CaH	MFC	
Elementen met betrekking tot het agressiebeleid	N	131	47	15	16	16	5	7	4	4	2
Zijn er binnen de organisatie duidelijke richtlijnen over wanneer en hoe medewerkers assistentie in kunnen schakelen?	104	39	13	12	14	3	3	2	4	1	
Zijn er in uw organisatie duidelijke afspraken over wie verantwoordelijk is voor de opvang en nazorg na een agressie-incident?	104	37	11	11	13	4	5	4	4	2	
Kunnen medewerkers signalen van verwerking bij collega's en henzelf herkennen?	103	35	11	14	12	5	5	4	3	1	
Beschikt uw organisatie over een agressiebeleid?	100	37	13	14	11	4	1	3	3	1	
Is er een gedragscode voor medewerkers met betrekking tot agressie?	90	31	12	14	10	3	4	2	2	1	
Worden alle agressie-incidenten geregistreerd?	87	33	11	11	10	3	1	3	3	1	
Zijn er in uw organisatie duidelijke instructies en procedures voor de eerste opvang en nazorg na een agressie-incident?	83	28	10	9	11	3	-	3	3	2	
Staat agressie regelmatig op de agenda van het werkoverleg?	81	35	13	7	9	1	-	1	4	1	
Is er een gedragscode voor cliënten met betrekking tot agressie?	80	34	10	13	7	1	1	2	1	1	
Zijn technische en organisatorische maatregelen genomen om de veiligheid van gebouw en omgeving te vergroten?	74	25	9	11	7	2	2	2	3	1	
Heeft elk team de organisatierichtlijnen vertaald naar teamafspraken of vastgelegd in een eigen agressieprotocol?	72	23	12	8	11	3	-	1	4	-	
Zijn de collega's die verantwoordelijk zijn voor de opvang en nazorg getraind in het voeren van opvang - en nazorggesprekken?	63	19	5	5	9	3	3	2	4	1	
Zijn medewerkers voorgelicht over de effecten van traumatische ervaringen?	62	20	8	6	7	3	2	2	3	-	
Hebben alle medewerkers een training agressiehantering gevolgd?	58	24	7	8	4	2	1	1	3	1	
Is er binnen uw organisatie een werkgroep rondom agressiebeheersing?	47	18	8	7	3	1	-	2	2	-	
Beschikt uw organisatie over een alarmsysteem (denk aan alarmknoppen, piepers, noodtelefoon, etc)?	47	20	8	2	6	1	1	1	2	-	
Zijn medewerkers getraind in het toepassen van persoonlijke en teamgerichte veiligheidstechnieken?	45	16	7	5	6	2	-	-	1	1	
Is er een gedragscode voor bezoekers met betrekking tot agressie?	32	13	3	5	2	-	2	-	-	1	

* Het totaal is niet de som van de verschillende werkvormen omdat de vragenlijsten die voor meerdere werkvormen gezamenlijk zijn ingevuld, buiten beschouwing werden gelaten in de afzonderlijk werkvormen

na een agressie-incident. Voor het inschakelen van assistentie heeft 35,9% van de voorzieningen bovendien een alarmsysteem. De personen die verantwoordelijk zijn voor de opvang en nazorg na een incident zijn in 48,1% van de bevroegde voorzieningen getraind in het voeren van deze gesprekken. Wat de training van medewerkers verder betreft, geeft 44,3% van de voorzieningen aan dat alle medewerkers een training agressiehantering hebben gevolgd. In 34,4% van de voorzieningen zijn de medewerkers getraind in het toepassen van persoonlijke en teamgerichte veiligheidstechnieken. Wanneer we kijken naar de verschillende werkvormen dan valt er op dat de meeste elementen min of meer even vaak aanwezig zijn in elke werkvorm, rekening houdend met het aantal voorzieningen per werkvorm. De enige uitzondering hierop vormen de diensten voor pleegzorg. Slechts 1 van de 7 diensten voor pleegzorg geeft aan over een agressiebeleid te beschikken.

3.5.2 Resultaten focusgroep

Hieronder volgen een aantal resultaten van de focusgroep. Eerst worden er een aantal belangrijke aandachtspunten met betrekking tot het agressiebeleid vermeld. Daarna volgt er een alinea over belangrijke elementen die aanwezig moeten zijn in het agressiebeleid. In deze paragrafen wordt enkel informatie vermeld die uit de focusgroep naar voor is gekomen. Aanvullende informatie uit de literatuur en uit een workshop agressiebeleid volgt in de volgende paragrafen.

3.5.2.1 Belangrijke aandachtspunten met betrekking tot het agressiebeleid

Door de leden van de focusgroep werden volgende belangrijke aandachtspunten genoemd met betrekking tot het agressiebeleid:

- Vertrekken vanuit een visie waarbij het belangrijk is dat de visie op agressiebeheersing congruent is met de visie op hulpverlening.
- Opstellen aan de hand van de 5 stappen (de 5 W's) uit de beleidscyclus:
 - o Willen: een intentieverklaring, het creëren van een draagvlak bij zowel directie als hulpverleners.
 - o Weten: informatie verzamelen, de beginsituatie in kaart brengen.
 - o Wegen: prioriteiten stellen, een plan van aanpak maken
 - o Werken: beleid uitvoeren en verankeren
 - o Waken: de ondernomen activiteiten evalueren en bijsturen
- Eerst een goede definitie geven van wat onder agressie verstaan wordt. Deze definitie kan dan als kapstok dienen voor latere gedragscodes, om te bepalen wanneer ingegrepen moet worden, wanneer opvang en nazorg voorzien moeten worden enz.
- Het agressiebeleid moet gedragen worden door iedereen, zowel het management als de hulpverleners.

3.5.2.2 Belangrijke elementen met betrekking tot het agressiebeleid

Als eerste belangrijk element met betrekking tot het agressiebeleid werd door de leden van de focusgroep preventie aangehaald. Concrete voorbeelden van preventieve maatregelen zijn het werken volgens vaste routines en het werken aan de hand van situatietypes (vb. vaste regelgeving en structuur tijdens het ontbijt, het naar bed gaan enz.). Ook het hanteren van gedragscodes werd genoemd als preventieve maatregel. Hierbij kan men denken aan gedragscodes voor cliënten, maar ook voor medewerkers en bezoekers. Verder mogen ook structurele maatregelen niet ontbreken in een preventief beleid. Een voorbeeld hiervan is dat slaapkamers die door cliënten gesloten kunnen worden zorgen voor een gevoel van veiligheid bij cliënten. Een ander element dat werd genoemd in het kader van het preventief beleid is om te werken met een verklaringsmodel voor het agressief gedrag van de jongeren. Als men begrijpt waarom bepaalde jongeren agressief reageren op

bepaalde momenten, dan kan men van daaruit op zoek gaan naar mogelijke oplossingen. Tot slot werd nog de vorming en opleiding van medewerkers in agressiebeheersing vermeld als voorbeeld van een maatregel ter preventie van agressie.

Een tweede belangrijk element dat door de leden van de focusgroep genoemd werd met betrekking tot het agressiebeleid is interventie. Want hoewel men agressie zoveel mogelijk moet trachten te voorkomen door middel van preventieve maatregelen, zal er toch steeds agressie zijn, en moet men ook weten wat men moet doen wanneer deze agressie zich voordoet. Het crisisonwikkelingsmodel werd door de leden van de focusgroep aangehaald als theoretisch model dat men kan hanteren als leidraad voor het nemen van maatregelen met betrekking tot interventie. Als concrete voorbeelden van deze maatregelen werden oproepsystemen, afspraken tot inroepen van hulp en structurele maatregelen zoals de aanwezigheid van een time-out ruimte genoemd. Tot slot werd er met betrekking tot interventie nog vermeld dat in het begin van een conflict vooral (non)-verbale methodieken aan de orde zijn, maar dat hoe verder een conflict vordert, er steeds meer fysieke vaardigheids- en interventietechnieken nodig zijn.

Naast preventie en interventie werd ook registratie genoemd als belangrijk element in het agressiebeleid. Volgens de leden van de focusgroep is het dus belangrijk om de agressie-incidenten ook te registreren zodat men deze kan analyseren en zo gericht naar oplossingen kan zoeken. Verder werd er ook de nadruk gelegd op het belang van opvang en nazorg na een agressie-incident. Dit geldt zeker voor medewerkers die slachtoffer zijn geworden van een agressie-incident, maar ook voor cliënten en getuigen. Medewerkers die verantwoordelijk zijn voor het verzorgen van deze opvang en nazorg kunnen hier best ook in getraind worden door bijvoorbeeld een vorming gesprekstechnieken bij traumatische ervaringen te volgen. Tot slot werd als laatste belangrijk element met betrekking tot het agressiebeleid het herstel tussen slachtoffer en dader genoemd. Ook hier dient in het agressiebeleid voldoende aandacht aan besteed te worden.

3.5.3 Literatuur

Ook in de literatuur zijn richtlijnen te vinden met betrekking tot het opstellen van een agressiebeleid en een stappenplan bij grensoverschrijdend gedrag. ICOBA heeft bijvoorbeeld een praktische brochure uitgegeven voor beleidsmakers getiteld 'Agressiebeleid: Hoe begin ik eraan?', waarin concrete informatie en tips worden gegeven met betrekking tot het opstellen van een agressiebeleid aan de hand van de 5 W's van de beleidscyclus. Deze brochure kan men downloaden via de website www.icoba.be. Ook voor persoonlijke begeleiding bij het opstellen van een agressiebeleid kan men gratis terecht bij ICOBA. In de brochure 'Hulp nodig bij je agressiebeleid' (te downloaden via www.icoba.be) staat aangegeven wat je zoal kan verwachten van deze begeleiding.

Een aantal praktische richtlijnen en kaders zijn verder te vinden in het Agressiehandboek voor de branche Jeugdzorg (FCB, 2010). Hierin wordt het agressiebeleid uitgewerkt aan de hand van 7 criteria:

1. Beleid ontwikkelen en verankeren: Zijn agressie en onveiligheid een onderdeel van het beleid en is er een agressieprotocol opgesteld?
2. Registreren van agressie: Worden alle agressie-incidenten geregistreerd en geanalyseerd?
3. Veilige werkprocessen: Zijn de risicovolle momenten en situaties in het werk vastgelegd en noodzakelijke maatregelen getroffen?
4. Veilige werkomgeving: Zijn technische en organisatorische maatregelen genomen om de veiligheid van gebouw en omgeving te vergroten?
5. Opvang en nazorg: Zijn de eerste opvang en nazorg goed geregeld?

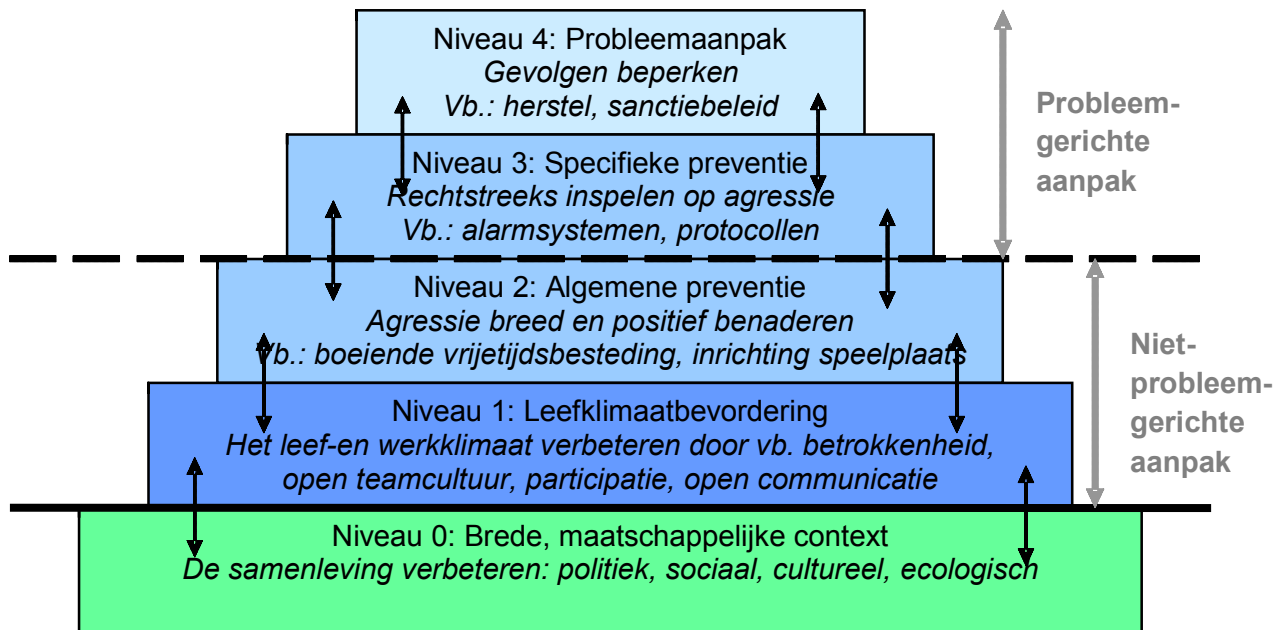
6. Teambespreking: Staan agressie en onveiligheid regelmatig op de agenda van het werkoverleg?
7. Competentieversterking: Heeft de organisatie een (bij)scholingsprogramma met daarin aandacht voor agressie en onveiligheid?

Deze 7 criteria vormen de basis voor 7 praktijkgidsen waarin elk criteria concreet uitgewerkt wordt. Het agressiehandboek, de 7 praktijkgidsen en een goed voorbeeld van een agressieprotocol zijn gratis te downloaden via www.fcb.nl, Jeugdzorg. Ze zijn het gemakkelijkst te vinden door respectievelijk de termen 'Agressiehandboek', 'Agressie praktijkgids' en 'Agressieprotocol' in te geven in de zoekmachine (rechts bovenaan op het scherm) van de afdeling Jeugdzorg van deze site.

Verder kan men ook bij verschillende vormingscentra en vormingsmedewerkers terecht voor workshops en/of begeleiding bij het opstellen van een agressiebeleid. Een overzicht van vormingsorganisaties die werken rondom agressie is te vinden in de brochure 'Vormingsorganisaties stellen zichzelf voor' uitgegeven door ICOBA en te downloaden via hun website. Een voorbeeld van zo'n workshop is de workshop 'Agressiebeleid, een brede kijk op enge dingen' gegeven door Bert Leers van ACHT (Agressie.Conflict.Hantering.Training). Een overzicht van hun aanbod is te vinden op www.achttraining.be.

Tijdens deze workshop werd er de nadruk gelegd op het belang van een integraal agressiebeleid met als belangrijkste element het klimaat en de organisatiecultuur wat bepaald wordt door het pedagogisch en personeelsbeleid. De dagelijkse omgang van hulpverleners met jongeren en van leidinggevenden met medewerkers is de basis van waaruit alles vertrekt en waar alles ook weer terugkomt. Het opstellen van een agressiebeleid is een proces waarbij men best gebruik maakt van de verschillende stappen in een beleidscyclus zoals de 5 W's (willen, weten, wegen, werken waken). Hoewel volgens Bert Leers vooral de ongeschreven regels en informele omgangsvormen vorm geven aan een agressiebeleid, kunnen een aantal elementen toch best op papier gezet worden. Voorbeelden hiervan zijn een engagementsverklaring, de visie op agressie, de probleemanalyse en actieplannen, richtlijnen voor de praktijk, het opvang en herstelbeleid en het Vormings-, Trainings- en Opleidingsbeleid (VTO). Wanneer men in het kader van het agressiebeleid actie gaat ondernemen, dan biedt de preventiepiramide van Johan Declerck (2011) daarvoor een uitstekend kader.

In deze preventiepiramide wordt er veel belang gehecht aan het leefklimaat. Het gaat hierbij niet alleen om het leefklimaat van de jongeren, maar ook om het werkklimaat van de medewerkers, oftewel de organisatiecultuur. Elementen die zeer belangrijk zijn in de cultuur van de organisatie zijn: loyaliteit van de werknemer naar de organisatie en omgekeerd, duidelijkheid omtrent regels, taken en verantwoordelijkheden, invloed hebben, veiligheid en vertrouwen, communicatie en feedback. Het leefklimaat van de jongeren en het werkklimaat van de medewerkers worden vertaald in het pedagogisch en personeelsbeleid, wat zoals eerder vermeld, de basis vormt voor het agressiebeleid. Een mogelijk model om vorm te geven aan dit pedagogisch en personeelsbeleid is het dialoogmodel (Stroobants, 2002 in Leers, 2012). In dit dialoogmodel, dat vertrekt vanuit een emancipatorisch mensbeeld, zoekt men naar een balans tussen sturen en steunen van leidinggevenden naar medewerkers en van medewerkers naar jongeren enerzijds, en veiligheid en ruimte voor groei en ontwikkeling van medewerkers en jongeren anderzijds. Bij dit zoeken naar een balans vormt de dialoog, en niet zozeer vaststaande antwoorden of zekerheden, de rode draad. Men kiest telkens voor de persoonlijke ontmoeting met de jongere of de medewerker, waarin er plaats is voor de eigen waarden en normen en die van de ander.



Figuur 2: Preventiepiramide (Declerck, 2011)

Deze zeer beknopte samenvatting van het deel agressiebeleid van de workshop is gebaseerd op informatie uit de workshop zelf en op de begeleidende cursus 'Omgaan met agressie' (Leers, 2012).

4 DISCUSSIE

Het doel van deze studie was om een overzicht te krijgen van werkzame methodieken binnen de bijzondere jeugdbijstand ter continuering van de hulpverlening die door agressie bedreigd wordt. Hiertoe werden er verschillende onderzoeksvragen geformuleerd. De resultaten met betrekking tot deze onderzoeksvragen werden weergegeven in het vorige hoofdstuk. In dit hoofdstuk zullen deze resultaten kort besproken worden. Ook hier is weer gekozen voor een indeling op basis van de onderzoeksvragen met als slot een paragraaf over de sterktes en beperkingen van dit onderzoek.

4.1 Goede praktijken inzake het voorkomen van en het omgaan met agressief gedrag van jongeren (Onderzoeksvraag 1 – 3)

Uit de resultaten blijkt dat er in de private voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand heel wat doeltreffende of werkzame praktijken worden toegepast met betrekking tot het voorkomen van en het omgaan met agressie. Wat hierbij opvalt is dat een aantal praktijken zoals Rots en Water, Life Space Crisis Intervention, Geweldloos verzet, Triple P en Herstelgericht groepsoverleg heel vaak worden toegepast terwijl andere praktijken zoals Aggression Replacement Training, Multisysteem therapie en Parent Management Training, slechts door enkele voorzieningen worden toegepast. Aangezien de effectiviteit van deze praktijken vergelijkbaar is, moet de verklaring voor dit verschil elders gezocht worden. Een mogelijke verklaring is dat bepaalde praktijken meer gekend zijn dan anderen. Wanneer deze praktijken dan worden toegepast en men er tevreden over is, dan wordt dit doorverteld, waardoor men deze praktijken nog meer gaat toepassen. Andere mogelijke

verklaringen zijn dat sommige praktijken sterker gecommmercialiseerd zijn waardoor trainingen gemakkelijker toegankelijk zijn en dat sommige praktijken misschien gemakkelijker toepasbaar zijn doordat ze minder intensief zijn of minder middelen vergen.

Uiteraard zijn niet alle praktijken geschikt voor alle werkvormen. Het spreekt voor zich dat bijvoorbeeld praktijken die gericht zijn op jongeren en hun ouders/gezin/context gemakkelijker toe te passen zijn in werkvormen waarbij men ook met het gezin en de context werkt zoals de thuisbegeleidingsdiensten of de diensten voor crisishulp aan huis, en dat trainingen die in groep gegeven worden gemakkelijker toepasbaar zijn in werkvormen waarin de jongeren ook in groep leven zoals de begeleidingstehuizen. Vandaar dat de praktijken in dit onderzoeksrapport ook ingedeeld zijn in verschillende clusters. Toch blijft er ook per cluster nog een veelheid aan praktijken over waartussen de verschillen niet altijd even duidelijk zijn. Enerzijds schept dit natuurlijk een keuzevrijheid voor de voorzieningen. Men kan kiezen voor die praktijken waar men het meeste voeling mee heeft en die het best binnen de totale visie van de voorziening passen. Anderzijds wordt het kiezen daardoor wel moeilijker. Bovendien moeten werknemers die overstappen naar een andere voorziening vaak weer getraind worden in een andere praktijk. Verder is het voor de overheid ook niet evident om te bepalen welke praktijken ze wel of niet moeten ondersteunen. In de focusgroep werd daarom geopperd om de gemeenschappelijke basis te zoeken van al deze praktijken en hier dan één basismodule van te maken. Deze basismodule kan dan aangevuld worden met extra modules naargelang de doelgroep, interesses, werkvorm e.d.. Idealiter wordt de basismodule opgenomen in de opleiding van al degenen die met kinderen en jongeren werken zoals bijv. opvoeders, leerkrachten, kleuterleidsters, kinderverzorgsters enz.

Wanneer er bepaald moet worden wat er in zo'n basismodule moet zitten, kijkt men allereerst naar de werkzame factoren van de goede praktijken. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat dit, zoals verwacht, voor de hand liggende factoren zijn zoals het vergroten van de sociale vaardigheden van de jongeren, het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders of het bespreken van belevingen en gevoelens met betrekking tot een agressie-incident. Belangrijk om hierbij in het achterhoofd te houden is dat het hier gaat om de specifiek werkzame factoren die verondersteld zijn vanuit de theorie. Men werkt bijvoorbeeld aan het vergroten van de sociale vaardigheden en het vergroten van de zelfcontrole van de jongere, en wanneer dit dan leidt tot een vermindering van het agressief gedrag dan gaat men ervan uit dat het vergroten van deze vaardigheden hiervan aan de oorzaak ligt. Dit zou men in experimenteel onderzoek statistisch kunnen aantonen met behulp van een mediatieanalyse, maar dat is voor deze praktijken nog niet gebeurd, vandaar dat het gaat om de veronderstelde werkzame factoren. Een werkzame factor die niet meteen uit de resultaten naar voor is gekomen, maar zeker niet vergeten mag worden, is de transfer, de generalisatie van de geleerde vaardigheden naar het dagelijks leven. Aangezien dit bij het aanleren van alle vaardigheden heel belangrijk is, zou men dit ook kunnen indelen bij de algemeen werkzame factoren, die zoals reeds vermeld in de resultaten, een belangrijk deel van het resultaat bepalen. De algemeen werkzame factoren spelen dus een belangrijke rol in de effectiviteit van een praktijk.

Wat in de resultaten opvalt met betrekking tot de effectiviteit van de toegepaste praktijken is dat heel wat praktijken bewezen effectief zijn in het buitenland, maar dat er nog geen onderzoek naar gedaan is in Vlaanderen. In Nederland is men vaak wel al bezig met effectiviteitsstudies naar deze praktijken, maar zijn de resultaten daarvan nog niet beschikbaar. Zoals waarschijnlijk elke begeleider uit de bijzondere jeugdbijstand uit ervaring weet, is de werkzaamheid van een praktijk sterk afhankelijk van de context waarin deze plaatsvindt. Om aan te tonen dat een praktijk werkzaam is in de bijzondere jeugdbijstand zou deze dus ook getoetst moeten worden in de bijzondere jeugdbijstand. Men kan zich natuurlijk de vraag stellen of het nodig is om de effectiviteit van al deze praktijken te onderzoeken, of dat we hierin beter een selectie maken. Men zou

bijvoorbeeld kunnen beginnen met de praktijken die vaker aangeraden worden dan ze toegepast worden, wat toch ook een indicatie is voor het vertrouwen dat voorzieningen hierin hebben. Welke keuze men hierin ook maakt, het is duidelijk dat er nog heel wat onderzoek in de bijzondere jeugdbijstand nodig is voor we kunnen spreken van werkelijk werkzame methodieken. Het is trouwens wel een opvallend resultaat dat heel wat praktijken vaker aangeraden worden dan ze worden toegepast. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat men de praktijk wel al kent, bijvoorbeeld door het volgen van een workshop of een training, of door het horen van positieve ervaringen van collega's, maar dat men omwille van praktische of financiële redenen nog niet zo ver is dat men de praktijk kan toepassen (de begeleiders moeten bijvoorbeeld nog een training volgen die vrij duur is).

Tot slot is het nog belangrijk om te vermelden dat er naast deze goede praktijken of methodieken nog heel wat andere factoren van belang zijn wanneer het gaat om het voorkomen van of het omgaan met agressie. Men kan hierbij bijvoorbeeld denken aan structurele maatregelen die zorgen voor een veilige fysieke omgeving, of het belang van een goed leefklimaat. De focus van dit onderzoek lag echter bij werkzame methodieken, vandaar dat deze factoren enkel kort aan bod zijn gekomen bij de belangrijke elementen in het agressiebeleid. Dit wil echter niets zeggen over het belang van deze factoren.

4.2 Reactie na een agressie-incident en bij een dreigende breuk (Onderzoeksvraag 4)

Aangezien de titel van dit onderzoek verwijst naar werkzame methodieken ter continuering van de hulpverlening die door agressie bedreigd wordt, ligt de focus van dit onderzoek eigenlijk bij deze onderzoeksvraag. Uit de resultaten blijkt echter dat er geen specifieke praktijk gevonden is die aangeeft hoe men best handelt bij een dreigende breuk in de hulpverlening door agressie. Wat er wel uit de resultaten naar voren komt is dat de voorzieningen in de bijzondere jeugdzorg alle aspecten met betrekking tot het voorkomen van en het omgaan met agressie belangrijk vinden bij het voorkomen van een dreigende breuk in de hulpverlening. Alle toegepaste praktijken, met uitzondering van de 'andere praktijken' worden namelijk ook aangeraden om een dreigende breuk in de hulpverlening te voorkomen. Deze resultaten geven dus eigenlijk aan dat men kiest voor een integrale aanpak waarbij zowel preventie en interventie, als nazorg en herstel belangrijke ingrediënten zijn. Hierbij heeft men zowel aandacht voor het verminderen van de draaglast door het inzetten van praktijken die het voorkomen of verminderen van agressief gedrag bij jongeren als doel hebben, als voor het vermeerderen van de draagkracht van de medewerkers door de competenties van de medewerkers en teams met betrekking tot agressiehantering te versterken en door voldoende aandacht te besteden aan opvang, nazorg en herstel na een agressie-incident.

Indien men naast deze bevinding dat er eigenlijk een integrale aanpak vereist is, toch een aantal handvaten wil meegeven met betrekking tot specifieke handelingen na een agressie-incident en/of bij een dreigende breuk, dan kan men in de resultaten gaan kijken wat voorzieningen zoal doen op zo'n moment. Hieruit blijkt dat vooral de dialoog onontbeerlijk is. In gesprek gaan met alle betrokkenen blijkt zowel na een agressie-incident als bij een dreigende breuk van essentieel belang. Wanneer agressie de continuering van de hulpverlening bedreigt, wordt ook een time-out als zeer zinvol ervaren. In de focusgroep werd hierbij wel de opmerking geplaatst dat die time-out dan eigenlijk ook onmiddellijk na het incident moet ingezet kunnen worden. Aangezien dit vaak niet mogelijk is bij externe projecten, zouden goede samenwerkingsverbanden tussen voorzieningen onderling hier een uitkomst kunnen bieden. Op sommige plaatsen bestaan deze samenwerkingsverbanden al, maar op andere plaatsen zou dit nog meer gestimuleerd kunnen worden. Naast de dialoog en de time-out worden ook het inschakelen van externe hulp, herstel tussen slachtoffer en dader en het blijven bieden van perspectief aangeraden om een dreigende breuk te voorkomen. Daarbij moet er ook steeds voldoende aandacht besteed worden aan de

opvang en nazorg van slachtoffers. Eveneens belangrijk om te vermelden is dat er vanuit het werkveld wordt benadrukt dat elk incident uniek is en dus individueel bekeken moet worden. Onder andere de kenmerken van de dader en het slachtoffer en de eerdere geschiedenis met betrekking tot agressie spelen een rol in de manier waarop men op een incident reageert, maar ook het belang van de context en de 'match' tussen jongeren en begeleiding mogen hierin zeker niet onderschat worden.

Uiteraard heeft elke hulpverlening zijn grenzen en lukt het niet altijd om een breuk in de hulpverlening te voorkomen. Waar die grens in een voorziening ligt, wordt individueel bepaald. Voor sommige voorzieningen kan fysieke agressie naar een medewerker echt niet door de beugel en leidt dit onmiddellijk tot het stopzetten van de hulpverlening. In andere voorzieningen blijft men zoeken naar oplossingen waarbij de hulpverlening wel verdergezet kan worden. Voorbeelden van grenzen van voorzieningen die blijken uit de resultaten zijn het niet meer kunnen waarborgen van de veiligheid, steeds terugkerend agressief gedrag, een te zware onderliggende problematiek, de ontoereikendheid van de hulpverlening en de onbereidheid van de jongere om hieraan te werken. Hoewel elke voorziening dus vrij is om de eigen grenzen te bepalen, kan dit best wel gebeuren op basis van een onderliggende visie en aan de hand van duidelijke criteria zodat alle jongeren een kans krijgen.

4.3 Het betrekken van relevante partners (Onderzoeksvraag 5)

Uit de resultaten over het betrekken van relevante partners blijkt dat de voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand hier zeker aandacht voor hebben en waar mogelijk ook relevante partners betrekken bij hun praktijken. Welke partners er precies vanuit een praktijk betrokken worden bij het voorkomen van en het omgaan met agressie is afhankelijk van de soort praktijk. Bij praktijken gericht op jongeren en hun ouders/gezin/context, is het bijvoorbeeld inherent aan de praktijk dat de ouders, het gezin en/of de context actief betrokken worden. Vaak worden ze betrokken doordat de ouders en soms ook de leerkrachten een training krijgen in opvoedingsvaardigheden. Bij de praktijken gericht op jongeren worden de ouders, het gezin, of de context dan weer veel minder actief betrokken, anders zouden ze ook niet tot deze cluster behoren. Wel houdt men in deze praktijken de ouders en school vaak op de hoogte van de vorderingen van de jongere, waardoor ze toch ook een beetje betrokken worden. Bij deze praktijken gericht op jongeren worden andere jongeren wel actief betrokken doordat het meestal gaat om groepstrainingen waarin de jongeren ook van elkaar leren. Bij praktijken gericht op herstel is het afhankelijk van de dader en het slachtoffer welke relevante partners betrokken worden. Zij mogen bijvoorbeeld belangrijke anderen uitnodigen als steun tijdens de herstelgerichte groepsgesprekken. En zo zijn er nog heel wat voorbeelden te noemen waaruit blijkt dat wie er betrokken wordt afhankelijk is van de soort praktijk.

Ook uit de literatuur blijkt het belang van het betrekken van relevante partners. Hierin wordt vooral benadrukt dat het bij kinderen onder de 12 jaar essentieel is om de ouders te trainen in opvoedingsvaardigheden. Uit de praktijken gericht op deze doelgroep, bijvoorbeeld STOP 4-7 en Minder boos en opstandig, blijkt dat dit meestal ook gebeurt. Bij jongeren vanaf 12 jaar kan men volgens de literatuur het trainen van de jongere zelf best combineren met therapeutische interventies in het gezin, waarbij niet alleen de ouders maar ook belangrijke anderen zoals bijvoorbeeld vrienden van de jongeren, betrokken worden (Boendermaker & Ince, 2010). Ook dit gebeurt in praktijken zoals Geweldloos Verzet en Multisysteem Therapie.

Naast het betrekken van relevante partners vanuit bepaalde praktijken, kunnen partners natuurlijk ook los van deze praktijken betrokken worden bij het voorkomen van en het omgaan met agressief gedrag van jongeren. Hoewel de mate waarin dit gebeurt niet specifiek onderzocht is in het huidige onderzoek, zouden we een indicatie hiervan wel kunnen afleiden uit de resultaten van de

praktijken met betrekking tot het beleid. Uit deze resultaten blijkt dat in de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand ouders en hulpverleners bijna altijd betrokken worden bij het voorkomen van en het omgaan met agressie en dat de school van de jongere en andere jongeren in de meerderheid van de gevallen ook betrokken worden. Naast deze relevante partners kan men in dit kader ook denken aan de eerdergenoemde samenwerkingsverbanden tussen verschillende voorzieningen. Voorzieningen kunnen elkaar als partners zien en elkaar ondersteunen bij het opstellen en uitvoeren van hun agressiebeleid. Dit kan gaan van het uitwisselen van kennis en informatie over agressie, over het delen van ervaringen met en trainers van bepaalde praktijken tot het opvangen van jongeren in het kader van een time-out.

4.4 Elementen met betrekking tot het agressiebeleid (Onderzoeksvraag 6)

Uit de resultaten met betrekking tot het opstellen van een stappenplan of een agressiebeleid blijkt dat er heel wat goede informatie hierover vrij beschikbaar is op het internet zoals brochures met tips, praktijkgidsen en voorbeeldprotocollen. Ook kan men op verschillende plaatsen terecht voor workshops en/of procesbegeleiding. Er is dus voldoende informatie en hulp voorhanden indien men hiermee aan de slag wil gaan. De resultaten van de vragenlijst geven aan dat de grote meerderheid van de private voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand hier ook actief mee bezig is en een agressiebeleid heeft.

Wanneer men een agressiebeleid gaat opstellen, is het belangrijk dat men vertrekt vanuit een visie. Deze visie moet aansluiten bij de visie op hulpverlening, oftewel het pedagogisch beleid en bij de visie op het personeelsbeleid. Het pedagogisch beleid en het personeelsbeleid bepalen het leefklimaat van de jongeren en het werkklimaat van de werknemers en hebben dus een enorme invloed op het potentieel agressief gedrag van jongeren enerzijds en de draagkracht van de werknemers anderzijds. Vandaar dat dit de basis moet vormen voor het agressiebeleid.

Bij het opstellen van een agressiebeleid werkt men best ook aan de hand van een beleidscyclus. De 5 W's (willen, weten, wegen, werken, waken) zijn hiervan een goed voorbeeld, maar er zijn nog heel wat andere vormen van beleidscycli die hiervoor net zo goed kunnen dienen zoals bijvoorbeeld de kwaliteitscirkel van Deming (Plan Do Check Act) (Deming, 1989) of de beleidscyclus die omschreven wordt in het werkpakket agressie van de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland (Beks & Krol, 2001). Het gaat erom dat men het maken van beleid ziet als een proces waarbij men verschillende stappen doorloopt: het bepalen van de uitgangssituatie en het probleem, het stellen van prioriteiten en doelen, het opstellen en uitvoeren van een plan van aanpak en het evalueren en bijsturen van de gekozen maatregelen. Voor het bijsturen van de gekozen maatregelen kan men terug de verschillende stappen van de beleidscyclus doorlopen. Het voeren van beleid is dus niet statisch maar blijft een voortdurend proces waarin evaluatie zeer belangrijk is.

Wanneer men gaat bepalen welke elementen aan bod moeten komen, vertrekt men best weer vanuit een integrale benadering. Een eerste belangrijk element hierin is uiteraard het voorkomen van agressie. Om niet uit het oog te verliezen dat preventie meer is dan het volgen van een training woedebeheersing, kan men hiervoor bijvoorbeeld werken met de verschillende niveaus in de preventiepiramide. Ondanks de beste preventieve maatregelen zal agressie echter nooit volledig voorkomen kunnen worden. Het is dus ook belangrijk om op voorhand vast te leggen hoe men op deze agressie wil reageren op het moment dat die zich voordoet. Het stukje interventie verdient dus ook een plaats in het agressiebeleid. Om de weerslag van een agressie-incident op de jongeren en de medewerkers zoveel mogelijk te beperken is het vervolgens nodig om ook een degelijk opvang- en herstelbeleid op te nemen in het agressiebeleid. Hoe men deze verschillende elementen (preventie op verschillende niveaus, interventie, opvang en herstel) invult is weer afhankelijk van de eigen visie, competenties en praktische mogelijkheden.

4.5 Sterktes en beperkingen van dit onderzoek

Een eerste sterkte van dit onderzoek is dat alle private voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand uitgenodigd zijn om deel te nemen aan dit onderzoek en dat hierin geen selectie is gemaakt. Een tweede sterkte is de hoge respons op de vragenlijst. Bijna 60% van de voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand heeft de vragenlijst ingevuld. Dit is heel wat meer dan het gemiddelde van 35% dat in eerder onderzoek is gevonden voor online vragenlijsten (Cook, Heath, & Thompson, 2000). Enerzijds kunnen de verschillende herinneringsmails hiertoe bijgedragen hebben aangezien in eerder onderzoek ook is gevonden dat dit de respons verhoogt (Deutskens, De Ruyter, Wetzels, & Oosterveld, 2004). Anderzijds kan men deze hoge respons ook zien als een teken van de hoge betrokkenheid van het werkveld bij dit thema.

Een eerste beperking van dit onderzoek is dat een aantal vragen van de vragenlijst moeilijk in te vullen was voor voorzieningen waar weinig agressie voorkomt. Een voorbeeld hiervan is de vraag om aan te geven hoe vaak een bepaalde handeling wordt uitgevoerd per 10 agressie-incidenten. Ook hadden sommige voorzieningen moeite om hun eigen praktijken in te passen in de voorgestructureerde vragen van de vragenlijst. De vragenlijst werd dus soms als beperkend ervaren. Een tweede beperking is het kleine aantal deelnemers aan de focusgroep. Omdat men discussies over de voor- en nadelen van bepaalde praktijken wilde vermijden en omdat het moeilijk was om alle werkvormen te laten vertegenwoordigen in één focusgroep, was er de keuze gemaakt om geen mensen uit het werkveld uit te nodigen voor deze focusgroep. Hierdoor werd het aantal leden van de focusgroep beperkt en is er mogelijk ook heel wat waardevolle informatie verloren gegaan. In een volgende onderzoek kan men best voldoende tijd en ruimte inplannen voor het organiseren van meerdere focusgroepen zodat alle werkvormen uit het werkveld wel vertegenwoordigd kunnen worden in de deze focusgroepen.

5 CONCLUSIE

5.1 Goede praktijken inzake het voorkomen van en het omgaan met agressief gedrag van jongeren (Onderzoeksvraag 1 – 3)

Er zijn voldoende goede praktijken beschikbaar met betrekking tot het voorkomen en omgaan met agressief gedrag van jongeren. Sommige van deze praktijken zijn reeds goed ingeburgerd in de bijzondere jeugdbijstand, anderen worden nog zeer weinig toegepast. Voorzieningen kunnen vanuit hun eigen visie zelf een keuze maken in deze veelheid van goede praktijken rekening houdend met de geschiktheid van de praktijk voor hun werkvorm, de effectiviteit van de praktijk, en hun eigen praktische mogelijkheden en beperkingen.

5.2 Reactie na een agressie-incident en bij een dreigende breuk (Onderzoeksvraag 4)

Er is geen universeel geldend antwoord op de vraag welke reactie geschikt is na een agressie-incident of bij een dreigende breuk omdat elk incident uniek is en dus ook individueel bekeken moet worden. Reacties die vaak voorkomen in de voorzieningen zijn: in gesprek gaan met alle betrokkenen, de jongere een time-out geven, externe hulp inschakelen, zorgen voor herstel tussen dader en slachtoffer en het blijven bieden van perspectief. Verder blijkt uit dit onderzoek dat er geen specifieke methodiek is die een dreigende breuk in de hulpverlening door agressie kan voorkomen, maar dat een integrale aanpak vereist is. Binnen deze integrale aanpak moet er zowel aandacht zijn voor preventie en interventie als voor nazorg en herstel, met een goede balans tussen het verminderen van de draaglast door agressie en het vermeerderen van de draagkracht van de medewerkers.

5.3 Het betrekken van relevante partners (Onderzoeksvraag 5)

Zowel vanuit de literatuur als in de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand erkent men het belang van het betrekken van relevante partners bij het voorkomen van en het omgaan met agressie. Welke partners betrokken worden is afhankelijk van de soort praktijk van waaruit men vertrekt. Bij kinderen onder de twaalf jaar moet er daarenboven extra aandacht besteed worden aan de opvoedingsvaardigheden van de ouders, terwijl bij jongeren vanaf twaalf jaar de ruimere context van belang is. Tot slot kunnen ook onderlinge samenwerkingsverbanden tussen voorzieningen een belangrijke meerwaarde bieden bij het opstellen en uitvoeren van het agressiebeleid.

5.4 Elementen met betrekking tot het agressiebeleid (Onderzoeksvraag 6)

Wanneer men een stappenplan of agressiebeleid wil opstellen, dan kan men hierover heel wat nuttige informatie vinden op het internet in de vorm van brochures met tips, praktijkgidsen en voorbeeldprotocollen. Ook zijn er voldoende organisaties beschikbaar die voorzieningen in dit proces willen begeleiden. De grote meerderheid van de private voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand is hier ook actief mee bezig en heeft een agressiebeleid. Bij het opstellen van een agressiebeleid vertrekt men best vanuit een duidelijke visie waarbij het belangrijk is dat deze visie aansluit bij de visie op hulpverlening en de visie op het personeelsbeleid. Procesmatig vormen de verschillende stappen van de beleidscyclus een goede leidraad bij het opstellen en uitvoeren van dit beleid. Inhoudelijk krijgt een integrale benadering de voorkeur waarbij de verschillende preventieniveaus, interventie, opvang en nazorg, en herstel allemaal een plaats krijgen binnen dit beleid.

5.5 Beleidsaanbevelingen

Vanuit de resultaten van dit onderzoek worden de volgende beleidsaanbevelingen gedaan:

- Hoewel de effectiviteit van heel wat goede praktijken met betrekking tot het voorkomen van en het omgaan met agressief gedrag van jongeren is aangetoond in het buitenland, is er nog zeer weinig onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van deze praktijken in Vlaanderen. Meer onderzoek is hier dus zeker aangewezen.
- Bepaalde praktijken die zeer sterk gewaardeerd worden in het buitenland, worden hier nog slechts zeer weinig toegepast (bijv. Functionele Gezinstherapie, Multisysteemtherapie). Meer ondersteuning bij de implementatie van deze praktijken kan de toepassing bevorderen.
- Een basismodule waarin de werkzame factoren van de verschillende goede praktijken gebundeld worden, zou een waardevolle aanvulling kunnen zijn in de opleiding van iedereen die met kinderen en jongeren werkt. Onderzoek naar de mogelijke invulling en haalbaarheid van zo'n module kan hierin een eerste stap zijn.
- De vorming van medewerkers in het voorkomen van en het omgaan met agressie is essentieel. Nu wordt dit echter niet ingecalculeerd in het personeelsbudget en betekent een medewerker op vorming vaak een medewerker minder op de werkvloer. Wanneer men extra uren of subsidie zou kunnen voorzien voor medewerkers die vorming volgen, dan zou dit de haalbaarheid voor voldoende vorming vergroten voor de voorzieningen.
- De samenwerkingsverbanden tussen voorzieningen en tussen sectoren zouden meer ondersteund moeten worden.

6 SAMENVATTING

Verbale en fysieke agressie is voor veel jongeren en hulpverleners binnen de bijzondere jeugdbijstand een dagelijkse realiteit. Soms leidt dit agressief gedrag ertoe dat een begeleiding moet stopgezet worden omdat de veiligheid van personeel en andere jongeren niet langer gegarandeerd kan worden. Om deze breuken zoveel mogelijk te voorkomen en tegelijk de veiligheid te bewaken zijn goede praktijken met betrekking tot het voorkomen van en het omgaan met agressief gedrag van jongeren onontbeerlijk. In dit 'Onderzoek naar werkzame methodieken binnen de bijzondere jeugdbijstand ter continuering van de hulpverlening die door agressie bedreigd wordt' is men op zoek gegaan naar deze goede praktijken. Dit gebeurde enerzijds door na te gaan wat effectief is gebleken in en aanbevolen wordt door nationale en internationale onderzoeksliteratuur, en anderzijds via een bevraging van de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand door middel van een online vragenlijst. De vragenlijst werd ingevuld door 59,4% van alle private voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er voldoende goede praktijken beschikbaar zijn met betrekking tot het voorkomen en omgaan met agressief gedrag van jongeren. Sommige van deze praktijken zijn reeds goed ingeburgerd in de bijzondere jeugdbijstand, anderen worden nog zeer weinig toegepast. Voorzieningen kunnen vanuit hun eigen visie zelf een keuze maken in deze veelheid van goede praktijken rekening houdend met de geschiktheid van de praktijk voor hun werkvorm, de effectiviteit van de praktijk, en hun eigen praktische mogelijkheden en beperkingen.

Hoewel er veel goede praktijken of methodieken zijn met betrekking tot het voorkomen van en het omgaan met agressie, is er geen specifieke methodiek die kan voorkomen dat er een breuk in de hulpverlening optreedt ten gevolge van agressie. Om breuken in de hulpverlening door agressie zo veel mogelijk te voorkomen is een integrale aanpak vereist. Binnen deze integrale aanpak moet er zowel aandacht zijn voor preventie en interventie als voor nazorg en herstel, met een goede balans tussen het verminderen van de draaglast door agressie en het vermeerderen van de draagkracht van de medewerkers.

Een belangrijk aspect van een integrale aanpak is dat men ook relevante partners hierbij betreft. Zowel vanuit de literatuur als in de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand erkent men het belang hiervan. Welke partners betrokken worden is afhankelijk van de soort praktijk van waaruit men vertrekt. Bij kinderen onder de twaalf jaar moet er daarenboven extra aandacht besteed worden aan de opvoedingsvaardigheden van de ouders, terwijl bij jongeren vanaf twaalf jaar de ruimere context van belang is. Tot slot kunnen ook onderlinge samenwerkingsverbanden tussen voorzieningen een belangrijke meerwaarde bieden bij het opstellen en uitvoeren van het agressiebeleid.

Wanneer men een stappenplan of agressiebeleid wil opstellen, dan kan men hierover heel wat nuttige informatie vinden op het internet in de vorm van brochures met tips, praktijkgidsen en voorbeeldprotocollen. Ook zijn er voldoende organisaties beschikbaar die voorzieningen in dit proces willen begeleiden. De grote meerderheid van de private voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand is hier ook actief mee bezig en heeft een agressiebeleid. Bij het opstellen van een agressiebeleid vertrekt men best vanuit een duidelijke visie waarbij het belangrijk is dat deze visie aansluit bij de visie op hulpverlening en de visie op het personeelsbeleid. Procesmatig vormen de verschillende stappen van de beleidscyclus een goede leidraad bij het opstellen en uitvoeren van dit beleid. Inhoudelijk krijgt een integrale benadering de voorkeur waarbij de verschillende preventieniveaus, interventie, opvang en nazorg, en herstel allemaal een plaats krijgen binnen dit beleid.

REFERENTIES

- Beks, M., & Krol, L. (2001). *Agressie en onveiligheid. Werkpakket bij het arboconvenant 2001-2003*. Nijmegen: Janssen Print. Gedownload op 7-5-2012 van www.arbo-ggz.nl
- Boendermaker, L., & Ince, D. (2010). *Wat werkt bij jeugdigen met gedragsstoornissen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Cook, C., Heath, F., & Thompson, R. L. (2000). A meta-analysis of response rates in Web- or internet-based surveys. [Article]. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-836.
- Declerck, J. (2011). *De preventiepiramide: preventie van probleemgedrag in het onderwijs*. Leuven: Acco.
- Deming, W. (1989), 'Out of the Crisis'. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Studies. Gedownload op 7-5-2012 van www.nji.nl
- Deutskens, E., De Ruyter, K., Wetzels, M., & Oosterveld, P. (2004). Response rate and response quality of Internet-based surveys: An experimental study. [Article]. *Marketing Letters*, 15(1), 21-36.
- FCB (2010). *Agressiehandboek voor de branche Jeugdzorg*. Utrecht: FCB.
- Lambert, M. J. (1992) Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: J. C. Norcross & M. R. Goldfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*, p. 94-129. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361.
- Leers, B. (2011). *Omgaan met agressie*. Ongepubliceerd manuscript, Averbode.
- Lipsey, M. W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims and Offenders*, 4, 124-147.
- Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., & Wilson, S. J. (2007). Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews*, 2007(6).
- Mortelmans, D. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- Oudhof, M., & van der Steege, M. (2007). *Evidence-based interventies rond agressieregulatie en woedebeheersing*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Stroobants, G. (2002). *Teamcoaching in de jeugdhulpverlening. Anders omgaan met regel- en normovertredend gedrag*. Antwerpen: Garant.
- Swinnen, L. (2009). *Van kwaad naar erger*. Leuven: Van Halewyck.
- van der Ploeg, J. D. (2009). *Agressie*. Rotterdam: Lemniscaat.
- van Yperen, T., van der Steege, M., Addinck, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- van Yperen, T. (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIWZ Jeugd.

Bijlagen

Aggression Replacement Training

Doel.

Het doel van Aggression Replacement Training (ART) is het bereiken van een substantiële afname van geweld bij jongeren. Met name het verminderen van frequentie, ernst en verschillende typen agressieve gedragingen (verbaal relationeel en fysiek in relatie tot anderen, zichzelf en materiële omgeving) om delicten en sociale uitsluiting te voorkomen.

Doelgroep

De interventie is gericht op jongeren van 12 tot 23 jaar die problemen hebben met het omgaan met agressie, het reguleren van gedachten, gevoelens en gedrag, waardoor hun normale ontwikkeling onder druk komt te staan.

Contra-indicaties

De contra-indicatiecriteria voor ART zijn:

1. Een IQ lager dan 75.
2. Ernstige vormen van psychopathologie, die deelname in de weg staan, door intakers gesignaleerd (bijvoorbeeld psychotische toestand).
3. Middelenafhankelijkheid, in de mate dat die deelname in de weg zal staan.
4. Zedendelinquentie, de aard van de problematiek vraagt om een andere interventie.

Aanpak

ART is een groepstraining die zich richt op drie factoren die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van agressie bij jongeren. Die factoren zijn het gebrek aan sociale vaardigheden, tekorten in boosheidbeheersing en inadequaat moreel redeneren. Deze factoren worden aangepakt in drie trainingen:

- De Sociale Vaardigheidstraining, waarin adequaat sociaal gedrag wordt aangeleerd.
- De Boosheid Controle training, waarin agressief gedrag wordt gereguleerd.
- De Moreel Redeneren training, waarin wordt geleerd minder egocentrisch te redeneren.

ART hanteert een multimodale cognitief-gedragstherapeutische benadering waarbij interne (psychologische en/of fysiologische) processen worden aangepast. Deze interne veranderingen mediëren vervolgens de veranderingen op gedragsniveau. Het nieuwe gedrag roept weer patronen van bekrachtiging op uit de omgeving, wat leidt tot behoud van het nieuwe gedrag. Na het oefenen van modelgedrag vindt generalisatie van pro-sociaal gedrag plaats naar situaties uit het leven van de deelnemers. Gedurende tien weken, met elke week één bijeenkomst van elk van de drie trainingen, worden de programma-componenten getraind. De training wordt gegeven aan groepen van minimaal vijf en maximaal acht personen. Er wordt altijd gewerkt met twee trainers, vanwege de verdeelde aandacht tijdens de rollenspelactiviteiten.

Werkzame factoren

- De training richt zich integraal op drie belangrijke ontwikkelingstaken van jongeren:
 - (1) vergroten van pro-sociale vaardigheden,
 - (2) vergroten van het vermogen tot woedebeheersing en zelfcontrole,
 - (3) bevorderen van het niveau van moreel redeneren en daarbij passend moreel handelen
- Deze drie ontwikkelingstaken zijn te beïnvloeden en daarmee veranderbare (dynamische) factoren.
- Er wordt gebruik gemaakt van een activerende benadering die aansluit bij de leefwereld van jongeren (huiswerk, goede voorbeelden, moderne presentatiematerialen).

- De training richt zich op de jongeren, maar de ouders en begeleiders worden nadrukkelijk betrokken met het oog op generalisatie van gedrag door positieve bekrachtiging ook buiten de training.

Effectiviteit

Er is geen Vlaams of Nederlands onderzoek uitgevoerd naar de effecten van ART. Uit buitenlands onderzoek naar de effectiviteit van ART op het verminderen van agressief gedrag komen wel aanwijzingen. Het meest overtuigend zijn de resultaten uit een onderzoek van Barnoski en Aos (2004). Dit onderzoek liet zien dat ART na een periode van 18 maanden in vergelijking met controlegroepen, een statistisch significante recidive vermindering van zware misdrijven (felony recidivism) van 24 procent teweegbrengt. De resultaten uit deze studie worden verder ondersteund door veranderingsonderzoeken, kleine experimenten naar de effectiviteit van ART of bepaalde componenten van ART (Holmqvist, Hill & Lang, 2007; Leeman, Gibbs & Fuller, 1993; Goldstein & Glick, 1994).

ART is erkend door de Nederlandse Erkenningscommissies Interventies en kreeg als oordeel 'Theoretisch goed onderbouwd'. Door het Amerikaanse 'Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention' (OJJDP) wordt ART gekwalificeerd als 'effectief' (www.ojjdp.gov).

Meer informatie

Sinds 1 januari 2006 is de stichting Werken met Goldstein officieel (door G&G consultants van Berry Glick) geaccrediteerd trainingscentrum voor de ART Aggression Replacement Training-methode voor Nederland en België. De basistraining duurt vijf dagen. Er is een vervolgraining die opleidt tot senior trainer. Meer informatie is te vinden via de website: www.goldstein.nl.

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Kassenaar, Bleumer, De Bruyn, & Tiemesen, 2010), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl

Referenties

- Barnoski, R. & Aos, S. (2004). *Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders*. Olympia, WS : Washington State Institute for Public Policy.
- Goldstein, A. P., & Barry G. (1994). "Aggression Replacement Training: Curriculum and Evaluation." *Simulation and Gaming* 25(1):9-26.
- Holmqvist, R., Hill, T. & Lang, A. (2007). Effects of aggression Replacement Training in Young Offenders Institutions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53-74.
- Kassenaar, F., Bleumer, P., De Bruyn, D., Tiemesen, T. (2010). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'ART Aggression Replacement Training'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 16-02-2012 van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/03/055.html>
- Leeman, L.W., Gibbs, J.C. & Fuller, D. (1993). Evaluation of a multi-component treatment program for juvenile delinquents. *Aggressive Behavior*, 19, 281-292.

Drie-gesprekkenmodel

Doel.

Het doel van het drie-gesprekken model is om opvang en nazorg te bieden aan medewerkers die het slachtoffer zijn geworden van een agressie-incident.

Doelgroep

Het drie-gesprekkenmodel is gericht op medewerkers die het slachtoffer zijn geworden van een agressie-incident.

Aanpak

Zoals de titel van de praktijk aangeeft, bestaat het drie-gesprekkenmodel uit drie gesprekken die op verschillende tijdstippen plaatsvinden. De gesprekken kunnen gevoerd worden door de teamverantwoordelijke of een collega die getraind is in het voeren van opvang- en nazorggesprekken.

Eerste gesprek

Het eerste gesprek gebeurt binnen de 72 uur nadat het incident heeft plaatsgevonden. Degene die nazorg verleent, heeft de volgende taken:

- Het incident reconstrueren en vragen wat er gebeurd is.
- Voorlichting geven over het verwerkingsproces.
- Vragen hoe het thuis gaat.
- De mogelijkheden van steun in de eigen omgeving bespreken.
- Informeren naar reacties uit de omgeving.
- De manier waarop de betrokkene het voorval verwerkt, bespreken.
- Een afspraak voor een vervolgesprek maken.

Tweede gesprek

Het tweede gesprek vindt plaats ongeveer tien dagen na het incident. Degene die nazorg verleent, heeft de volgende taken:

- Vragen hoe de afgelopen periode was. Als het nodig is opnieuw uitleg geven over normale reacties bij traumaverwerking.
- De medewerker het verhaal nog eens laten vertellen.
- De emoties van het slachtoffer kort bespreken.
- De reacties van de omgeving (werk en privé) bespreken.
- Een afspraak voor het laatste gesprek maken.

Derde gesprek

Het derde en laatste gesprek vindt plaats na ongeveer zes weken. Degene die nazorg verleent, heeft de volgende taken:

- Vragen hoe het nu gaat.
- Met het slachtoffer terugkijken op de afgelopen weken: wat is er allemaal gebeurd, hoe is de medewerker met de situatie omgegaan?
- Samen met de medewerker het verwerkingsproces reconstrueren. Welke conclusie heeft de medewerker uit de gebeurtenissen getrokken? Wat heeft hij ervan geleerd? Is er een verandering opgetreden in zijn normen, waarden en handelen?
- De klachten inventariseren en beoordelen of er sprake is van een 'normale', redelijke verbetering. Niet alle klachten hoeven te zijn verdwenen. Wel mag het incident niet steeds meer op de voorgrond staan. Reacties die kunnen duiden op een vergroot risico voor een

posttraumatisch stress-syndroom (PTSS) zijn: angst, concentratieproblemen, nachtmerries, herbelevingen en/of flashbacks.

- Beoordelen of de nazorg afgesloten kan worden of dat doorverwijzing nodig is.

Effectiviteit

Er zijn geen studies gevonden die de effectiviteit van het drie-gesprekkenmodel onderzocht hebben. Het is echter een vaak gebruikte methodiek om nazorg te bieden na een agressie-incident of een andere schokkende gebeurtenis.

Meer informatie

Er zijn verschillende vormingsorganisaties en vormingsmedewerkers die vorming verzorgen rondom opvang en nazorg van slachtoffers na een agressie-incident. In de brochure 'Vormingsorganisaties stellen zichzelf voor', uitgegeven door ICOBA, zijn de contactgegevens van deze organisaties terug te vinden. Deze brochure is te downloaden via de website www.icoba.be.

Referenties

FCB (2010). *Agressie en onveiligheid. Praktijkids 5. Opvang en nazorg*. Utrecht: FCB Jeugdzorg.

Gedownload op 16-12-2012 van www.fcb.nl.

ICOBA (2008). *Oewist? Opvang en nazorg na agressie in de praktijk*. Brussel: Sociaal Fonds VOHI

- Icoba. Gedownload op 12-12-2012 van www.icoba.be.

ICOBA (2010). *Op zoek naar Vorming, Training, Begeleiding om agressie te beheersen? Vormingsorganisaties stellen zich voor*. Brussel: Sociaal Fonds VOHI - Icoba.

Gedownload op 12-12-2012 van www.icoba.be.

EQUIP

Doel

EQUIP is een volledig uitgewerkt programma waarmee jongeren leren verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen denken en doen. Het doel is jongeren te motiveren en toe te rusten ('equiperen') om elkaar te helpen en van elkaar te leren. Met EQUIP wordt gewerkt aan het ombuigen van een negatieve groeps-/straatcultuur naar een cultuur waarin je rekening met elkaar houdt (www.equipnederland.com).

Doelgroep

De interventie is bedoeld voor jongens en meisjes in de leeftijd van 12 tot 18 jaar, zowel met normale als met een lagere intelligentie, die antisociaal en/of delinquent gedrag vertonen. Het EQUIP programma wordt zowel in residentiële als ambulante settings gebruikt. Er is ook een preventieve onderwijsversie beschikbaar, gericht op het voorkomen of terugdringen van probleemgedrag bij leerlingen in het middelbaar onderwijs.

Contra-indicaties

De contra-indicaties voor het deelnemen aan EQUIP zijn:

1. er is sprake van acute psychiatrische problematiek;
2. de jongere spreekt en verstaat geen Nederlands;
3. de jongere is groepsongeschikt als gevolg van bijvoorbeeld een aantoonbaar laag intelligentieniveau (< 55) of ernstige psychiatrische problematiek.

Aanpak

Het EQUIP programma kent verschillende soorten bijeenkomsten die telkens volgens een vaste structuur neergezet worden. Het programma begint met het werken aan een positieve groeps cultuur in een aantal zogeheten Wederzijdse Hulpbijeenkomsten (WH), waarin jongeren leren elkaar te vertrouwen en te helpen. Om elkaar effectief te helpen moeten ze bepaalde vaardigheden en technieken beheersen. Om deze te leren vervolgt het programma met drie onderdelen: Omgaan met Kwaadheid bijeenkomsten (OK), Sociale Vaardigheden bijeenkomsten (SV) en Morele Keuze bijeenkomsten (MK). Deze onderdelen bestaan uit 10 tot 13 groepsbijeenkomsten. Voor een goede uitvoering van EQUIP is een positieve cultuur bij medewerkers en staf van de organisatie een voorwaarde.

Werkzame factoren

Het EQUIP programma wil probleemgedrag, delinquentie en recidive verminderen door te werken aan volgende factoren:

- jongeren leren dat zij elkaar kunnen ondersteunen en elkaar constructief vooruit kunnen helpen;
- het leren beheersen van kwaadheid en agressie met behulp van cognitief gedragstherapeutische principes;
- het vergoten van sociale vaardigheden;
- het verbeteren van het moreel besef;
- het ontdekken van beperkende gedachten en deze vervangen door helpende gedachten.

Effectiviteit

In Nederland is quasi-experimenteel onderzoek gedaan naar de effecten van het EQUIP programma op sociaal-cognitieve processen bij delinquente jongens in een justitiële jeugdinstelling en naar de effecten van EQUIP op recidive van die jongens. Uit dit onderzoek komt naar voren dat bij jongeren die beschikken over voldoende sociale vaardigheden de kans minder groot is dat zij een positieve attitude ten opzichte van delinquent gedrag hebben dan bij jongeren met beperkte sociale vaardigheden. Het programma heeft een klein effect op het voorkomen van denkfouten bij deze jongeren. Er zijn geen effecten op recidive gevonden (Nas et al., 2005). In Amerikaans onderzoek is een aanzienlijke effectiviteit van EQUIP vastgesteld (Leeman, Gibbs, & Fuller, 1993). Van de Nederlandse Erkenningcommissie Interventies heeft EQUIP het oordeel 'Theoretisch goed onderbouwd' gekregen.

Meer informatie

Het EQUIP programma vindt plaats op grond van een protocol en wordt uitgevoerd door getrainde groepsleiders en stafleden van de uitvoerende organisatie. Het Engelstalige programma en de bijbehorende handleiding (Gibbs, Granville, & Goldstein, 1995) is door FC Teylingereind vertaald. Het programma en materiaal wordt onder licentie uitgegeven door EQUIP Nederland.

Om met het EQUIP programma te kunnen werken zijn getrainde en gecertificeerde mensen nodig. Zij volgen hiervoor de A-training EQUIP. Dit is een driedaagse training voor uitvoerders met een terugkomdag na een jaar die wordt verzorgd door een gecertificeerd trainer EQUIP (C-trainer). Na het volgen van deze training ontvangt men het A-certificaat.

In het Nederlands vertaalde EQUIP materialen, o.a. de trainershandleiding en werkboeken voor de jongeren, zijn verkrijgbaar bij EQUIP Nederland via www.equipnederland.com. Op deze site is ook informatie te vinden over opleidingen in EQUIP.

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Elling, 2009), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Elling, M. W. (2009). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'EQUIP'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-02-2012 van www.nji.nl
- Gibbs, J.G., Granville, B.P., Goldstein, A.P. (1995). *The Equip Program, Teaching Youth to Think and Act Responsibly through a Peer-Helping Approach*. Champaign: Research Press.
- Leeman, L.W., Gibbs, J.C., & Fuller, D. (1993). Evaluation of a multi-component group treatment program for juvenile delinquents. *Aggressive Behavior*, 19, 281-292.
- Nas, C. (2005) *EQUIPping delinquent male adolescents to think pro-socially*. Utrecht: Institute for the Study of Education and Human Development.

Families First

Doel

Het doel van Families First is om het gezin bij elkaar te houden en te voorkomen dat één of meer kinderen uit huis worden geplaatst. Om uithuisplaatsing te voorkomen wil Families First ervoor zorgen dat de veiligheid van de kinderen in het gezin gewaarborgd is.

Doelgroep

De doelgroep van Families First zijn gezinnen die in een crisissituatie verkeren, en waarbij één of meer kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar uit huis geplaatst dreigen te worden.

Contra-indicaties

Wanneer de veiligheid van het kind in het gezin niet voldoende gewaarborgd kan worden, wordt een gezin niet toegelaten tot het programma.

Aanpak

De hulp van Families First duurt vier tot maximaal zes weken. Vier à vijf keer per week komt een hulpverlener in het gezin. Deze gezinsmedewerker is zeven-dagen-per-week, 24-uur-per-dag bereikbaar voor het gezin. De hulp sluit aan bij de behoeften van het gezin en is gericht op het versterken van datgene wat goed gaat. De aanpak is ingedeeld in fasen en doelgericht. De eerste twee weken zijn gericht op het bezweren van de crisis, het verlenen van praktische en materiële hulp waar nodig en het verbeteren van de veiligheidssituatie voor de kinderen. Tevens wordt een begin gemaakt met het versterken en uitbreiden van de krachten van de gezinsleden. Na twee weken worden doelen en plan van aanpak indien nodig bijgesteld. In de volgende twee weken ligt het accent op het versterken van het sociale netwerk van het gezin. De praktische en materiële hulp wordt afgebouwd zodat het gezin zoveel mogelijk weer zelfstandig de taken van het dagelijkse leven oppakt. Een ander belangrijk onderdeel van deze fase is het starten van vervolghulp. Na vier weken kan de hulp met maximaal twee keer één week worden verlengd. Na afsluiting van Families First vinden follow-up bezoeken plaats, waarbij de gezinsmedewerker nagaat hoe het gezin functioneert. Als blijkt dat er in de tussenliggende periode problemen ontstaan zijn, heeft de gezinsmedewerker de mogelijkheid om in maximaal drie contacten eerder geleerde vaardigheden op te frissen en ondersteuning te bieden bij het oplossen van problemen

Werkzame factoren

Families First benut de crisis om veranderingen tot stand te brengen. De gezinsmedewerker is meerdere malen per week in het gezin en 24 uur per dag bereikbaar. De gezinsmedewerker biedt praktische hulp als het nodig is om de draaglast te verminderen, richt zich op het aanleren en versterken van vaardigheden en zet het sociale netwerk van het gezin in. De aanpak sluit aan bij de wensen en de behoeften van de gezinsleden en is gericht op competentievergroting.

Effectiviteit

Uit Nederlands veranderingsonderzoek naar de effectiviteit van Families First blijkt dat risicokinderen in meerderheid bij beëindiging van de hulp nog thuis wonen, ook na een follow-up van 3, 6 en 12 maanden. Er zijn positieve effecten gemeten op het functioneren van kinderen en gezinnen, en op de ervaren opvoedingsbelasting van moeders (De Kemp, Veerman, & Ten Brink, 1998; Kemper, 2004). Amerikaans onderzoek naar Homebuilding (waarop Families First is gebaseerd) en Nederlands onderzoek naar Families First voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren en hun gezinnen laten eveneens positieve effecten zien op het voorkomen van uithuisplaatsing (Kinney, Haapala, & Booth, 1991; Monshouwer, Ten Brink & Veerman, 2000).

Deze interventie is door een panel van onafhankelijke deskundigen (Panel Jeugdzorg) beoordeeld als 'deels effectief'. Aangescherpte criteria voor bewezen effectiviteit maken een herbeoordeling door de Erkeningscommissie (Jeugd) Interventies noodzakelijk. In afwachting daarvan is het paneloordeel 'deels effectief' vervangen door 'theoretisch goed onderbouwd'.

Meer informatie

Het programma is ontwikkeld door NIZW Jeugd in Utrecht in samenwerking met PI Research in Duivendrecht. NIZW Jeugd is met ingang van 1 januari 2007 overgegaan in het Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Het NJI is licentiehouders voor Nederland. Collegio is sublicentiehouders en verstrekt licenties aan uitvoerende locaties. Informatie over de basis- en teamleiderstraining is te verkrijgen via Collegio: <http://www.collegio.nl/families-first>.

Families First medewerkers volgen een vijfdaagse basistraining en worden daarna ingewerkt op locaties middels een schaduwstelsel. Ze volgen twee maal per jaar een aanvullende workshop. De teamleider volgt een tweedaagse teamleiderstraining (Berger, Portengen, Spanjaard & Heuven, 1998; Consortium Families First, 1996).

De methodiek is beschreven in een handleiding voor gezinsmedewerkers (Spanjaard & Haspels, 2005). Deze handleiding is te bestellen bij Uitgeverij SWP (<http://famfirst.swpbook.com>). Er is ook een handleiding voor teamleiders (Berger e.a. 1998). Deze kan gratis worden gedownload via de site van het Nederlands Jeugdinstituut (<http://www.nji.nl>).

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Berger, 2005), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Berger, M.A. (2005): *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Families First'*. Utrecht: NIZW. Gedownload op 07-02-2012 van www.nji.nl
- Berger, M., Portengen, R., Spanjaard H. & L. Heuven (1998). *Families First. Handleiding voor Teamleiders*. Utrecht: NIZW.
- De Kemp, R.A.T, Veerman, J.W. & Ten Brink, L.T. (1998). *Evaluatieonderzoek Families First Nederland. Bundeling van de delen 1 t/m 5*. Utrecht: NIZW.
- Kemper, A. (2004). *Intensieve vormen van thuisbehandeling: doelgroep, werkwijze en resultaten*. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Kinney, J., Haapala, D. & Booth, C. (1991). *Keeping families together. The Homebuilders model*. New York: Aldine de Gruyter.
- Monshouwer, H.J., Brink, L.T. ten & Veerman, J.W. (2000). *Families First voor licht verstandelijk gehandicapten. Eindverslag. Deel 2: Evaluatieonderzoek*. Utrecht: NIZW.
- Spanjaard, H. & Haspels, M. (2005). *Families First. Handleiding voor gezinsmedewerkers*. Amsterdam, SWP.

Functionele Gezinstherapie (FFT)

Doel

Functionele Gezinstherapie wil het gedrag van de jongere in het gezin en op school of werk en het functioneren van het gezin verbeteren. Daarnaast wil de therapie de kans op herhaling van crimineel gedrag verkleinen.

Doelgroep

De gezinstherapie is voor jongeren van 11 tot 18 jaar met ernstige gedragsproblemen (waaronder delinquentie) en hun gezinnen.

Contra-indicaties

Contra-indicaties zijn naast absolute weigering van jongeren of gezinsleden vooral relatieve contra-indicaties zoals: ernstige psychiatrische stoornissen van jeugdigen die residentiële behandeling noodzakelijk maken, risico op gewelddadige escalaties tussen gezinsleden waarbij het gezin weigert dit geweld te bespreken en dermate verzwakking van de ouders door eigen problematiek dat zelfs minimaal toezicht niet gegarandeerd kan worden.

Aanpak

Functionele Gezinstherapie kent drie fasen:

1. De verbindings- en motiveringsfase waarin de therapeut een relatie legt met de jongere en zijn gezin en ze motiveert voor de rest van de therapie. Het is de bedoeling dat de individueel beleefde problemen een gezamenlijk ervaren gezinsprobleem worden. Hierop wordt de rest van de therapie afgestemd.
2. De gedragsveranderingsfase waarin de therapeut met verschillende methoden zoals conflicthantering, communicatietraining en het aanleren van vaardigheden werkt aan gedragsverandering van de gezinsleden.
3. De generalisatiefase waarin het gezin de resultaten van de gedragsverandering ook buiten het gezin toepast en waarin het gezin leert om terugval beter op te vangen met de geleerde vaardigheden.

De therapie is van relatief korte duur. Gezinnen met matige problemen volstaan met acht tot twaalf zittingen; bij zware problemen kunnen er ruim dertig zittingen nodig zijn. De therapie wordt uitgevoerd door gespecialiseerde en speciaal getrainde therapeuten die op hun beurt weer functioneren in een netwerk van permanente intervisie en supervisie.

Werkzame factoren

De effecten van de gezinstherapie worden gerealiseerd door de volgende factoren:

1. De gespecialiseerde, getrainde en permanent gesuperviseerde therapeuten, die de therapie betrouwbaar, competent en met veel invoelingsvermogen uitvoeren.
2. De wijze van aanpak waarbij bij aanvang van de therapie het hele gezin van de betrokken jongere tot deelname wordt gemotiveerd. Het respecteren van de mening van de gezinsleden en de gang van zaken in het gezin, alsmede het positief herdefiniëren van de voorvallen en gedragingen zijn daarbij essentieel. Het blijkt dat wanneer de jongere op het punt staat om af te haken de overige gezinsleden vaak in staat zijn hem bij de therapie betrokken te houden.
3. De verschillende behandelingen en benaderingen die tijdens de behandelingsfase flexibel worden gebruikt, al naar gelang de problemen bij de betrokken jongere en zijn gezin.
4. Tenslotte is er een zorgvuldig begeleide generalisatiefase waarin de resultaten van de veranderingsfase behaald binnen het gezin, buiten het gezin worden toegepast.

Effectiviteit

Uit verschillende Amerikaanse studies komt naar voren dat FFT effectief kan zijn in het terugdringen van recidive. Percentages van tussen 26% en 73% reductie van recidive zijn gevonden bij licht, gemiddeld en zwaar delinquente jongeren; (Sexton & Alexander, 2000; Barnoski, 2004). De Nederlandse onderzoeken tot dusver laten nog geen overtuigend bewijs zien dat FFT effectief is.

FFT is erkend door het Nederlands Panel Jeugdzorg en de Erkenningcommissies Interventies en kreeg als oordeel 'Theoretisch goed onderbouwd'

De positieve resultaten van FFT hebben ertoe geleid dat het 'Center for Substance Abuse Prevention' (CSAP) en de 'Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention' (OJJDP), FFT gekwalificeerd hebben als een modelprogramma. Het 'Center for the Study and Prevention of Violence' (CSPV) heeft FFT aangewezen als één van de inmiddels twaalf (van de meer dan 1000 die beoordeeld zijn) 'Blueprint' programma's (Elliott, 1998). De 'U. S. Surgeon General' heeft FFT benoemd tot één van de vier "level I intervention programs" die succesvol zijn in de behandeling van gewelddadige jongeren.

Meer informatie

Functionele Gezinstherapie is een vertaling van Functional Family Therapy (FFT) ontwikkeld door dr. James F. Alexander. Informatie over FFT is te vinden op de website www.fftinc.com.

De Bascule, een Amsterdamse instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie implementeert, samen met FFT inc., de Functionele Gezinstherapie in Nederland. Informatie over FFT Nederland is te vinden op <http://www.fft-nederland.nl>.

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Elling, 2005), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het NJi: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/600.html>.

Referenties

- Barnoski, R. *Outcome Evaluation of Washington State Research-Based Programs for Juvenile Offenders*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy. Gedownload op 08-02-2012 van <http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/04-01-1201.pdf>
- Elling, M. (2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Functionele Gezinstherapie / FFT*. Utrecht: NIZW Jeugd.. Gedownload op 08-02-2012 van www.nji.nl.
- Elliott, D.S. (Series Ed.). (1998). *Blueprints for violence prevention*. University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence. Boulder, CO: Blueprints Publications
- FFT Nederland. *Effectiviteit van FFT*. Gedownload op 08-02-2012 van http://www.fft-nederland.nl/onderz_effectiviteit.php
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2000). Functional Family Therapy. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention: *Juvenile Justice Bulletin*. Gedownload op 08-02-2012 van <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/184743.pdf>

Geweldloos Verzet

Doel

Het doel van Geweldloos Verzet is om een eind te maken aan het agressieve en destructieve gedrag van het kind zonder dat dit tot escalatie leidt.

Doelgroep

Oorspronkelijk was Geweldloos Verzet bedoeld voor gezinnen met kinderen en adolescenten die agressief en destructief gedrag vertonen. Ondertussen wordt de methodiek echter ook al ingezet bij andere doelgroepen (vb. schoolweigeraars, internetmisbruik, kinderen met angstproblemen) en in andere settings (scholen, residentiële instellingen).

Aanpak

Geweldloos Verzet wordt gekenmerkt door de volgende principes:

- een duidelijke stellingname tegen geweld, risicovol gedrag en anti-sociaal gedrag
- het absoluut vermijden van fysieke of verbale agressie

Een heldere en stevige ouderlijke aanwezigheid is in deze visie het belangrijkste middel om de relatie met het kind te verbeteren. Via een serie handelingen wordt de boodschap overgebracht dat men niet langer bereid is om op deze voet voort te gaan en dat men alles zal doen dat in zijn vermogen ligt om de situatie te veranderen, behalve het kind fysiek of verbaal aanvallen.

De principes van Geweldloos Verzet worden geconcretiseerd in een 7-tal interventies en starten met een aankondiging.

- De aankondiging: er wordt duidelijk aangegeven dat het gedrag van het kind niet langer geaccepteerd wordt en dat men mensen uit de omgeving zal informeren en om hulp zal vragen.
- De sit-in: de ouders vatten post in de kamer van het kind en geven aan daar te blijven wachten tot deze met een oplossing komt voor het probleemgedrag.
- Het doorbreken van geheimhouding: helpers, bemiddelaars en publieke opinie worden ingeschakeld.
- De telefoonronde: wanneer het kind te laat thuiskomt, niet aangeeft waar hij is of wegloopt wordt systematisch telefonisch contact opgenomen met een lijst contactpersonen van het kind.
- Volgen: door hun kind lijfelijk te volgen wanneer het wegloopt, te laat thuiskomt of met verkeerde vrienden omgaat laten ouders zien dat ze vastbesloten zijn het contact te behouden en aanwezig te blijven in het leven van het kind.
- De staking: een staking wordt gehouden na een bijzondere crisis, in aanwezigheid van zoveel mogelijk helpers en duurt gemiddeld zo'n drie dagen. Tijdens de staking sluiten de ouders zich samen met het kind op in huis om een oplossing te vinden voor het probleemgedrag.
- Bevelen weigeren: ouders stoppen om dingen te doen waartoe ze zich gedwongen voelen en nemen activiteiten weer op waarvan ze het gevoel hadden dat die hun verboden werden.
- Verzoeningsgebaren: het uiting geven van waardering en respect voor het kind, het geven van een symbolisch cadeautje, het plannen van een gezamenlijke activiteit, helpen om de relatie tussen ouders en kind te verbreden zodat die niet langer alleen uit conflicten bestaat.

Werkzame factoren

- Ouders worden getraind in het vermijden van escalatie, in zelfcontrole en in het standvastig zijn.
- Het welbevinden van de ouders wordt centraal geplaatst, hun handelingsbekwaamheid wordt verhoogd.
- Er wordt steun gemobiliseerd in de omgeving.
- Actieve medewerking van het kind of de jongere is niet noodzakelijk om succes te behalen.
- De verzetsdaden gaan vergezeld van werkelijk respect voor de tegenstander. Dit wordt geuit in verzoeningsgebaren.

Effectiviteit

Van Holen en Vanderfaeillie (2010) geven aan dat de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot Geweldloos Verzet veelbelovend zijn. In drie onafhankelijke studies naar de effectiviteit van deze methodiek werden positieve resultaten gerapporteerd, met name de afname van probleemgedrag van kinderen, een daling van negatieve gevoelens en gevoelens van hulpeloosheid bij de ouders en een verbetering van het opvoedgedrag van de ouders (Weinblatt & Omer, 2008; Levavi-Lavi, 2008; Ollefs, van Schlippe, Omer, & Kriz, 2009).

Meer informatie

Geweldloos Verzet is ontwikkeld door Haim Omer, hoogleraar psychologie te Tel Aviv.

Websites: www.nvrpsy.com, <http://www.newauthority.net/>

De principes van Geweldloos Verzet en een handleiding voor ouders zijn gebundeld in het boek 'Geweldloos verzet in gezinnen. Een nieuwe benadering van gewelddadig en zelfdestructief gedrag van kinderen en adolescenten (Omer, 2007).

In Vlaanderen is er ook een werkmap ontwikkeld voor pleegouders (Van Holen & Vanderfaeillie, 2010). Meer informatie over Geweldloos Verzet in pleeggezinnen is te vinden op www.pleegzorgonderzoekvlaanderen.be.

Informatie over workshops of een jaaropleiding in Geweldloos Verzet is o.a. te vinden op <http://www.lerenoverleven.org> en <http://jo-in.be/performantMeerinfo.php?ID=150>.

Referenties

- Levavi-Lavi, I. (2009). Improvement in systemic intra-familial variables by 'Non-Violent Resistance' treatment for parents of children and adolescents with behavioral problems. A work submitted to the Tel-Aviv University Senate in partial fulfillment of the requirements for the degree of PhD.
- Ollefs, B., van Schlippe, A., Omer, H., & Kriz, J. (2009). Jugendliche mit externalem problemverhalten. Effekte von elterncoaching. *Familiendynamik*, 34, 256-265.
- Omer, H. (2007). *Geweldloos verzet in gezinnen. Een nieuwe benadering van gewelddadig en zelfdestructief gedrag van kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Holen, F. & Vanderfaeillie, J. (2010). Geweldloos verzet. Kiezen voor een waakzame en warme opvoeding. *Alert*, 4, 70-77.
- Van Holen, F. & Vanderfaeillie, J. (2010). Geweldloos verzet. Werkmap voor ouders van kinderen met gewelddadig of destructief gedrag. Gent: Opvang.
- Weinblatt, U. & Omer, H. (2008). Nonviolent resistance: a treatment for parents of children with acute behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 75-92.

Herstelgericht groepsoverleg (Hergo)

Doel

Herstelgericht groepsoverleg (hergo) biedt aan het **slachtoffer** een mogelijkheid om duidelijk te maken wat de feiten betekend hebben en/of wat de eventuele gevolgen hiervan zijn (geweest). Door een ontmoeting met de dader kan hij meer vernemen over de jongere en zijn achtergrond en antwoorden krijgen op zijn vragen. Het slachtoffer wordt actief betrokken in het zoeken naar een vorm van herstel.

De **dader** krijgt door deelname aan hergo de kans om beter te begrijpen wat de gevolgen zijn van zijn gedrag. Gesteund door zijn achterban dient hij **zelf** een oplossing te zoeken om zijn fout zo goed mogelijk te herstellen. De jongere kan op die manier verantwoordelijkheid opnemen voor de feiten en een voorstel doen om in de toekomst herhaling van de feiten te vermijden.

Doelgroep

Herstelgericht groepsoverleg is bedoeld voor minderjarige jongeren die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd, doorverwezen zijn door de jeugdrechtbank en bereid zijn om mee te werken. Het gaat hierbij om volgende delicten:

- alle misdrijven met uitzondering van loutere drugsdelicten;
- druggerelateerde feiten worden wel opgenomen;
- er is sprake van een aanwijsbaar slachtoffer;
- er is een aanwijsbare vorm van schade;
- de schade is van materiële en/of morele en/of financiële aard.

Aanpak

Het herstelgericht groepsoverleg is een bijeenkomst van de minderjarige dader en het slachtoffer, elk met hun achterban. Zij gaan samen op zoek naar een oplossing voor de gevolgen van het delict. Dit gebeurt onder leiding van een onpartijdige moderator en een co-moderator en in aanwezigheid van een politieambtenaar. De advocaat van beide partijen, alsook de consulent van de jongere mag op het overleg aanwezig zijn. De achterban bestaat uit steunfiguren zoals : ouders, familie, vertrouwenspersonen uit de onmiddellijke omgeving. Partijen kiezen zelf wie ze meebrengen ter ondersteuning. Als de partijen een akkoord bereiken, wordt dit neergeschreven in een intentieverklaring. Deze intentieverklaring bevat de stappen die de jongere zal ondernemen om de materiële en/of morele schade te herstellen voor het slachtoffer, en/of de maatschappij en om verdere feiten in de toekomst te vermijden. In de (her)nieuw(d)e jeugdwet werd hergo opgenomen als volwaardig herstelrechtelijk aanbod op jeugdrechtbankniveau.

Werkzame factoren

Het herstelgericht groepsoverleg is gebaseerd op vier werkingsprincipes:

1. Hergo is vrijwillig: Niemand van de direct betrokken partijen is verplicht deel te nemen. Een herstelgericht groepsoverleg is een vrijwillig aanbod, waar men al dan niet kan instappen. Dit wil dus ook zeggen dat als men beslist om mee te werken, men ten allen tijde kan beslissen er opnieuw uit te stappen.
2. Hergo is vertrouwelijk: De gesprekken die in het kader van het hergo plaatsvinden zijn vertrouwelijk. Wat binnen het hergo aan bod komt, wordt niet verder verteld, tenzij partijen akkoord gaan om bepaalde elementen aan de jeugdrechter over te brengen.
3. Hergo is meerzijdig partijdig: De moderatoren stellen zich neutraal (of beter: meerzijdig partijdig) op. De moderatoren zijn er zowel voor de verdachte als het slachtoffer, houden hun beider belangen in het oog en zorgen ervoor dat het evenwicht tussen de partijen niet verstoord wordt.

4. Hergo is transparant: De moderatoren verduidelijken aan de direct betrokken partijen hun rol, mogelijkheden en beperkingen, het doel en de grenzen van het herstelgericht groepsoverleg. Ze houden op geen enkel moment informatie achter.

Effectiviteit

In de periode januari 2001 tot oktober 2003 is er in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Gezondheid, en Gelijke Kansen een actieonderzoek uitgevoerd rond herstelgericht groepsoverleg voor ernstige jeugddelinquentie in Vlaanderen. Uit dit onderzoek bleek dat de betrokkenen in het algemeen tevreden zijn met de gehele procedure, en dat hergo relatief goede resultaten laat zien met betrekking tot de recidivegraad (Vanfraechem, 2003).

Meer informatie

Brussel en Leuven www.vzwbas.be

Hasselt www.baallimburg.be

Kortrijk www.ligand.be

Tildonk/Leuven www.oikoten.be

Ieper/Veurne http://www.onstehuis.net/divam/index_divam.htm

Voor de opleiding tot Hergo-moderator kan men terecht bij Ligand in Kortrijk. Meer informatie hierover is te vinden op de website www.ligand.be.

Referenties

Bureau Alternatieve Afhandeling Limburg. *HERGO*. Gedownload op 08-02-2012 van <http://www.baallimburg.be/content/hergo.html>.

Dienst Ieper-Veurne voor Alternatieve Maatregelen. *Herstelgericht groepsoverleg*. Gedownload op 08-02-2012 van http://www.onstehuis.net/divam/divam_hergo.htm.

Vanfraechem, I. (2003) *Herstelgericht groepsoverleg in Vlaanderen. Verslag van een wetenschappelijk begeleid pilootproject*. Onuitgegeven onderzoeksrapport, K.U.Leuven, Faculteit Rechtsgeleerdheid, OGJC. Samenvatting gedownload op 08-02-2012 van <http://www.jeugdonderzoeksplatform.be/databank/fiche.php?id=331>.

Intervisie Methode Incidenten (IMI)

Doel

De Intervisie Methode Incidenten (IMI) is een gestructureerde gespreksmethode voor het bespreken van incidenten in groep.

Het doel van de IMI is drieledig:

1. structureel aandacht schenken aan lichte en matige incidenten op het werk (*erkenning en herkenning*);
2. het voorkomen van opeenstapeling van incidenten (*psychohygiëne*);
3. het formuleren van beleid en het nemen van praktische maatregelen om incidenten in de toekomst te voorkomen (*preventie*).

Doelgroep

De IMI is ontwikkeld voor teamoverleg in de zorg en welzijnssector.

Aanpak

De IMI verloopt volgens een strikte structuur van 8 stappen:

1. Inventariseer welke incidenten iedereen de afgelopen periode heeft meegemaakt en laat elk kort vertellen.
2. Bepaal samen met de groep welk incident jullie uitgebreid gaan bespreken.
3. Laat de betrokkene(n) vertellen over het incident. De anderen stellen vragen die tot de volgende stap leiden.
4. Incidentomschrijving: vat het incident samen in een zin van maximum 15 woorden. Nodig teamleden uit om het incident te helpen beschrijven. Je kan pas werken aan oplossingen als je het incident kort en duidelijk omschrijft en als iedereen er zich in vindt. Deze stap kan veel tijd in beslag nemen.
5. Luister naar de gevoelens van de betrokkene. Emoties uiten lucht op en de betrokkene voelt zich serieus genomen. Stilstaan bij deze gevoelens geeft dikwijls al de richting aan waarin je de oplossing kan zoeken.
6. Inventariseer wensen en oplossingen. Laat je hier leiden door volgende vragen: 'Wat zou je het liefst willen dat eraan gedaan wordt?' Beantwoord de vraag vanuit drie standpunten:
 - het eigen aandeel,
 - het aandeel van het team,
 - het aandeel van de organisatie

De betrokkene geeft aan wat hij zelf als oplossingen ziet. Daarna vraag je: 'Denk je dat deze oplossing echt mogelijk is?', 'Zo ja, hoe dan?', 'Zo nee, dan schrappen we deze oplossing. Wat zou je dan het liefst willen?'

7. Nu is het tijd om de beste oplossing te kiezen. Lijst pro's en contra's van de overgebleven oplossing(en) op en weeg ze tegen elkaar af. Bespreek zeker de praktische uitvoerbaarheid. Iedereen mag zijn mening geven. Uiteindelijk spreek je af wie wat doet en wanneer.
8. Spreek af hoe en wanneer de evaluatie plaatsvindt.

Werkzame factoren

De IMI 'verbiedt' het geven van ongevraagde adviezen, 'dwingt' de anderen zich te verplaatsen in de situatie van de ander, stelt de betrokkene in staat zijn eigen situatie beter te begrijpen en biedt alle betrokkenen perspectief doordat ze, in de meeste gevallen, uiteindelijk ook naar een oplossing voert. De kracht van de IMI is dat deze degene die het incident inbrengt, zelf een oplossing laat bedenken om herhaling te voorkomen. Deze intervisiemethode draagt daarom bij tot *empowerment*. Een ander sterk punt van de IMI is dat deze behalve als debriefingsinstrument voor

ingrijpende gebeurtenissen ook gebruikt kan worden voor andere problemen in de zorg, bijvoorbeeld voor het bespreken van moeilijkheden in de omgang met een bepaalde patiënt of bewoner.

Effectiviteit

Er is tot nu toe nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de IMI. Uit praktijkervaringen blijkt wel dat medewerkers die werken met de IMI heel tevreden zijn. Vooral omdat ze als slachtoffer nu geen ongevraagde adviezen meer krijgen van collega's maar door hen effectief geholpen worden (preventieve) oplossingen en maatregelen te zoeken en vinden die bij hem/haar passen. En ook omdat ze bij het uitvoeren van eigen oplossingen ook doorgaans veel steun krijgen van het team, inclusief de eigen leidinggevende.

Meer informatie

De IMI werd ontwikkeld door Huub Buijssen. Meer informatie over deze methode en trainingen in het aanleren van de IMI is te vinden via <http://www.traumaopvang.com/trainingen/intervisie-methode-incidenten-owel-imi>.

Referenties

- Bezemer, W., Buijssen, H., Nijman, H., & Nijman-van Erven, J. (2003). *'Werkpakker agressie'*. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn.
- Buijssen training en educatie. *Intervisie Methode Incidenten ofwel IMI*. Tilburg. Gedownload op 15-02-2012 van <http://www.traumaopvang.com/trainingen/intervisie-methode-incidenten-owel-imi>.
- ICOBA (2006). *Brochure voor teamverantwoordelijken. Agressie op de agenda*. . Brussel: Sociaal Fonds VOHI - Icoba.
- ICOBA (2008). *Oewist? Opvang en nazorg na agressie in de praktijk*. Brussel: Sociaal Fonds VOHI - Icoba.

Incredible Years Basic

Doel.

Het doel van Incredible Years is de afname van gedragsproblemen bij kinderen en de verbetering van hun sociale vaardigheden. Om dit te bereiken traint Incredible Years de ouders in bepaalde bevorderende opvoedingsvaardigheden.

Doelgroep

Incredible Years Basic is gericht op ouders van kinderen van 3 tot en met 6 jaar bij wie een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis (al dan niet met ADHD) is vastgesteld, of ouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen die (nog) niet gediagnosticeerd zijn met een psychiatrische stoornis maar die wel ernstig in hun ontwikkeling bedreigd zijn.

Aanpak

Incredible Years bevat meerdere trainingen voor verschillende doelgroepen. Incredible Years Basic is de basistraining voor ouders van kinderen van 3 t/m 6 jaar. Deze training wordt in groepsverband gegeven en bestaat uit 18 wekelijkse sessies van 2 uur. Tijdens de training komen achtereenvolgens vier onderdelen (modules) aan bod: spelen met je kind, waarbij het belangrijk is om het tempo en het initiatief van het kind te volgen (6 sessies); prijzen en belonen van gewenst gedrag, waarbij het belangrijk is dat ouders leren ongewenst gedrag te vertalen in het positieve tegendeel of gewenst gedrag (3 sessies); grenzen stellen, waarbij het geven van effectieve opdrachten belangrijk is (3 sessies) en omgaan met ongewenst gedrag door het gebruik maken van negeren, time-out en negatieve consequenties (5 sessies). In de achttiende sessie wordt afgesloten, tenzij ouders duidelijk meer sessies nodig hebben om zich vaardigheden eigen te maken.

Tijdens de training ervaren ouders dat zij zelf problemen oplossen en daarin door elkaar gesteund en gestimuleerd worden. Er wordt gebruik gemaakt van een cursusboek, fragmenten, brainstormen (in grote groep en in tweetallen), groepsdiscussie, flip-over, rollenspelen, oefeningen voor thuis, wekelijks bellen door ouders onderling en bellen door de therapeut.

Werkzame factoren

- Ouders leren om het goede voorbeeld te geven (modeling), omdat kinderen leren door te imiteren. Als ouders laten zien hoe zij op een positieve en passende manier problemen oplossen (in plaats van schreeuwen en de controle verliezen) en het kind bijsturen, dan kan het kind sociale vaardigheden ontwikkelen en zal het zich minder agressief gaan gedragen.
- Ouders leren in de cursus veel meer van elkaar en via video-voorbeelden, oefeningen en rollenspelen dan van de uitleg door de groepsleiders.
- De nadruk ligt op het al doende zelf leren oplossen van problemen, op zelfbeheersing, op self-management en op empowerment van de ouders.

Effectiviteit

Om de effecten van de interventie te bepalen werden er voorafgaand aan, direct na de interventie, en zowel 1 jaar als 2 jaar na afloop van de oudercursus, metingen verricht. De resultaten lieten onder meer zien dat zowel de geobserveerde als door hen zelf beoordeelde opvoedingsvaardigheden van de ouders in vergelijking met die van de controlegroep verbeterd waren na 2 jaar. Ook bleek 2 jaar na afloop van de interventie dat de geobserveerde gedragsproblemen van de kinderen afgenomen waren, in vergelijking met de controlegroep (Posthumus, Raaijmakers, Maassen, van Engeland & Matthys, 2011).

Ook in het buitenland is het effect van de oudertrainingen aangetoond in diverse onafhankelijke gerandomiseerde experimenten met follow-up meting (bijv. Scott, Spender, Doolan, Jacobs, & Aspland, 2001; Taylor, Schmidt, Pepler & Hodgins, 1998; Drugli, Fossum, Larsson, & Morch, 2010).

Incredible Years Basic is erkend door de Nederlandse Erkenningcommissies Interventies en kreeg als oordeel 'Bewezen effectief'.

Meer informatie

Het oorspronkelijke materiaal is ontwikkeld door Carolyn Webster-Stratton (University of Washington, Seattle, USA). Zij is ook de licentiehoudster van alle oorspronkelijke en vertaalde materialen. Contactpersoon in Nederland is Prof. Dr. Walter Matthys (w.matthys@umcutrecht.nl). Meer informatie is te vinden op de website www.incredibleyears.com.

Er bestaat een uitgebreide trainershandleiding waarin elke sessie nauwkeurig van begin tot eind wordt beschreven, inclusief doel, oefeningen, videofragmenten, onderwerpen voor de brainstorm/oefening in tweetallen, rollenspellen, fragmenten, discussiepunten en theorie per sessie. Deze handleiding is te verkrijgbaar via bovengenoemde website.

Er is ook een cursusboek voor ouders (oorspr. titel: The Incredible Years - A troubleshooting guide for parents of children aged 2-8 years). De Nederlandse vertaling is verkrijgbaar in de boekhandel: Webster-Stratton, C. (2007). *Pittige jaren. Praktische gids bij het opvoeden van jonge kinderen*. Bohn Stafleu van Loghum (ISBN: 9789031348909).

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Zwicker, 2010), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B., & Morch, W. (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *European Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 559-565.
- Posthumus, J. A., Raaijmakers, M. A. J., Maassen, G. H., van Engeland, H., & Matthys, W. (2012). Sustained effects of Incredible years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(4), 487-500.
- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., & Aspland, H. (2001). Multi-centre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Journal of Medicine, 323*, 1-7.
- Taylor, T. K., Schmidt, F., Pepler, D., & Hodgins, C. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's Parent and Children Series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 29*, 221-240.
- Zwicker, M (december, 2011). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Incredible Years (Basic)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 27-4-2012 van www.nji.nl.

Life Space Crisis Intervention (LSCI)

Doel

Life Space Crisis Intervention (LSCI) is een therapeutische, verbale interventiemethode om crisissituaties om te buigen tot leermomenten voor kinderen en jongeren met chronische patronen van zelfondermijnd gedrag (www.lsci.org). De reacties van de jongere tijdens de crisissituatie worden gebruikt om (1) gedrag te veranderen, (2) zelfvertrouwen te vergoten, (3) angst te verminderen en (4) begrip en inzicht in het eigen gedrag en de eigen gevoelens die van anderen te verhogen (Long, Wood, & Fecser, 2003).

Doelgroep

LSCI is geschikt voor toepassing bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 6 tot 20 jaar met emotionele problemen en gedragsproblemen.

Contra-indicaties

Er worden geen contra-indicaties gespecificeerd, maar er wordt wel aangegeven dat de jongeren over een aantal vaardigheden moeten beschikken, zoals voldoende bevattingvermogen om de betekenis van woorden te begrijpen, en minimale verbale vaardigheden, zodat spontaan taalgebruik met een logisch denkpatroon mogelijk is (Long, Wood, & Fecser, 2003).

Aanpak

LSCI is gebaseerd op het geloof dat praten met jongeren in crisissituaties de kernredenen voor hun gedragsproblemen onthult, hen inzicht bijbrengt en leidt tot de ontwikkeling van meer aangepast gedrag dat gegeneraliseerd kan worden naar andere settings (D'Oosterlinck, Goethals, Boekaert, Schuyten, & De Maeyer, 2008). LSCI bestaat uit zes fases. Fase 1 tot en met 3 vertegenwoordigen de diagnostische fases terwijl fase 4 tot en met 6 de nieuwe-kansenfases genoemd worden. De zes fases zijn gebaseerd op zes patronen van zelfondermijnd gedrag bij de jongere.

Fase 1: Ontladen van emotie

Fase 2: Opbouwen van de tijdlijn

Fase 3: Selecteren van het centrale thema

Fase 4: Komen tot inzicht

Fase 5: Verkennen en aanleren van nieuwe vaardigheden

Fase 6: Transfer van het geleerde

Werkzame factoren

Als resultaat van de inzet van LSCI leren en ervaren kinderen en jongeren:

- de vaardigheden om het eigen gedrag te reguleren,
- effectief om te gaan met hun emoties,
- meer inzicht in het eigen gedrag,
- een vergroting van het gevoel van eigenwaarde,
- vermindering van angstige gevoelens,
- meer begrip voor anderen,
- een beter inzicht in het gedrag van anderen,
- vertrouwensrelaties op te bouwen met volwassenen,
- verantwoordelijk te nemen voor hun handelen.

Effectiviteit

Er is in Vlaanderen één quasi-experimentele studie gedaan bij jongeren in het speciaal onderwijs in de leeftijd van 9 tot 19 jaar. Uit de resultaten bleek dat er een positief effect was op agressie en vijandigheid en dat een LSCI-gesprek leidt tot het verminderen van destructieve en pijnlijke gedachten en gevoelens (D'Oosterlinck, et al., 2008). Oudhof en van der Steege (2007) geven verder aan dat twee buitenlandse studies naar de effecten van LSCI ook positieve effecten aantonen (Dawson, 2003; Grskovic & Goetze, 2005).

Meer informatie

LSCI is ontwikkeld door dr. Nicholas J. Long en dr. Frank A. Fecser van het Life Space Crisis Intervention Institute in Hagerstown, Maryland (VS). Meer informatie hierover vindt u op www.lsci.org.

Het Orthopedagogisch Observatie- en Behandelingscentrum (OIBC) Nieuwe Vaart te Gent is door het Amerikaanse LSCI-Institute erkend als National Training Site voor België en Nederland.

Begeleiders die willen werken met LSCI moeten een vijfdaagse training volgen bij een senior trainer. Aan het eind moet een kennistest worden gedaan. De uitvoerende begeleiders worden regelmatig gesuperviseerd door getrainde supervisors. De supervisors ontvangen geregeld begeleiding (Oudhof en van der Steege, 2007).

Voor trainingen in LSCI kan u terecht bij OIBC 'Nieuwe Vaart' via <http://www.oobc-nieuwevaart.be/vorming> of bij ACHT (Agressie Conflicthantering Training) via <http://www.achtraining.be> of via <http://www.khlim.be/opleiding-quadri/open-aanbod-acht-agressie-conflicthantering-training>.

Er is een handboek beschikbaar: Long, N. J., Wood, M. M., & Fecser, F. A. (2003). *Praten met kinderen en jongeren in crisissituaties. Life Space Crisis Intervention*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.

Referenties

- Cardea Jeugdzorg: Factsheet LSCI. Gedownload op 13-02-2012 van <http://www.jsn.nl/Docs/Pdf/20091214%20factsheet%20training.pdf>.
- Dawson, C. A. (2003). A study on the effectiveness of Life Space Crisis Intervention for students identified with emotional disturbances. *Reclaiming Children and Youth*, 11(4), 223-230.
- D'Oosterlinck, F., Goethals, I., Boekaert, E., Schuyten, G., & De Maeyer, J. (2008). Implementation and effect of life space crisis intervention in special schools with residential treatment for students with emotional and behavioral disorders (EBD). [Article]. *Psychiatric Quarterly*, 79(1), 65-79.
- Grskovic, J. A., & Goetze, H. (2005). An evaluation of the effects of Life Space Crisis Intervention on the challenging behavior of individual students. *Reclaiming Children and Youth*, 13(4), 231-235.
- Long, N. J., Wood, M. M., & Fecser, F. A. (2003). *Praten met kinderen en jongeren in crisissituaties. Life Space Crisis Intervention*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.
- Oudhof, M., & van der Steege, M. (2007). *Evidence-based interventies rond agressieregulatie en woedebeheersing*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- www.lsci.org

Minder boos en opstandig

Doel

Het doel van Minder boos en opstandig is de vermindering van het oppositioneel-opstandig en/of antisociaal gedrag van het kind en de verhoging van het prosociale gedrag door (a) verbetering van opvoedingsvaardigheden van de ouders en (b) verbetering van oplossingsvaardigheden van de kinderen in sociale situaties.

Doelgroep

Het programma is gemaakt voor kinderen van 8 tot 12 jaar met een disruptieve gedragsstoornis (agressieve of opstandige gedragsstoornis, eventueel in combinatie met ADHD) en hun ouders. Ook is het toepasbaar bij kinderen met een risico op ontwikkeling van een disruptieve gedragsstoornis.

Contra-indicaties

Contra-indicaties zijn een verstandelijke handicap (IQ < 70) en onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal.

Aanpak

Minder boos en opstandig bestaat uit twee componenten: een oudertraining en een training voor kinderen. De oudertraining bestaat uit 18 bijeenkomsten van ongeveer anderhalf uur in groepen van vier tot acht ouders. Om de twee à drie weken vindt een bijeenkomst plaats. Elke sessie bestaat uit een terugblik op de vorige keer, bespreking van huiswerkopdrachten, bespreking van een specifiek thema (middels theorie, modelleren via video, bespreking van ervaringen, rollenspel), bespreking van de nieuwe huiswerkopdracht van de sessie en een samenvatting. De sessies verlopen volgens een vaste volgorde en zijn onder meer gewijd aan het consistent regels hanteren en orde en regelmaat creëren, het hanteren van observatievaardigheden, het kind prijzen en belonen, hoe om te gaan met het overtreden van regels en ander disruptief gedrag, omgaan met stress en voor jezelf zorgen en het creëren van een positief gezinsklimaat.

De training voor de kinderen bestaat uit 18 bijeenkomsten van een uur en een kwartier in een groep van vijf kinderen. De bijeenkomsten zijn verspreid over 26 weken. Ook hier volgen de bijeenkomsten steeds hetzelfde patroon: terugblik op de vorige bijeenkomst, bespreking van de huiswerkopdracht, bespreking van het thema van de week, bespreking van de nieuwe huiswerkopdracht, een spel spelen met de hele groep, individuele beloningen geven en afsluiting van de bijeenkomst. Onderwerpen die aan de orde komen zijn onder meer: de herkenning van gevoelens, in het bijzonder boosheid, aanleren van de 'Stop en denk-methode' (wat is het probleem, welke oplossingen kun je bedenken, wat zijn de consequenties van de oplossingen, kies de beste oplossing, voer deze uit en evalueer of deze oplossing bevredigend was), gebruik van de methode in alledaagse situaties (conflictoplossing, hoe maak je vrienden, hoe weersta je druk van een ander).

Werkzame factoren

- (1) Een geprotocolleerde werkwijze die ervoor zorgt dat de interventie zo gestructureerd en getrouw mogelijk verloopt.
- (2) Een aanpak op twee terreinen: een training voor de ouders én een training voor de kinderen.
- (3) Een specifieke invulling van activiteiten die past bij de problematiek van de kinderen, zoals meer gevarieerde activiteiten voor kinderen met een korte aandachtsspanne, sterkere betrokkenheid van de ouders en veel aandacht voor de praktische toepassing van de geleerde vaardigheden.

Effectiviteit

Er zijn drie Nederlandse (quasi-) experimentele studies uitgevoerd naar de effectiviteit van Minder boos en opstandig (van de Wiel, 2002, van de Wiel, et al., 2007; Zonneville-Bender, Matthys, van de Wiel, & Lochman, 2007). De interventie blijkt over het algemeen net zo effectief als de gebruikelijke zorg; uitzondering vormt het resultaat op de agressie-schaal van de zogeheten Parent Daily Report, die significant gunstiger uitvalt. De interventie blijkt op de agressie-schaal net zo effectief als gedragstherapie, maar meer effectief dan gezinstherapie. Bovendien blijkt het een stuk goedkoper. Bij een follow-up na vijf jaar blijkt Minder boos en opstandig effectief; jongeren gebruiken minder cannabis en sigaretten dan na de gebruikelijke zorg.

Deze interventie is door een panel van onafhankelijke deskundigen beoordeeld als 'deels effectief'. Aangescherpte criteria voor bewezen effectiviteit maken een herbeoordeling door de Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies noodzakelijk. In afwachting daarvan is het paneloordeel 'deels effectief' vervangen door 'theoretisch goed onderbouwd'.

Meer informatie

Minder boos en opstandig is ontwikkeld door N. van de Wiel, A. Hoppe en W. Matthys, UMC Utrecht, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Contactpersoon: prof.dr. W. Matthys, e-mail: w.matthys@psych.azu.nl.

Voor Minder boos en opstandig is een tweedelige handleiding beschikbaar met achtergrondinformatie, een handelingsprotocol en formulieren (van de Wiel, Hoppe, & Matthys, 2003). Een bijbehorende videoband toont voorbeelden van vaardigheden.

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Van Yperen, 2004), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Oudhof, M., & van der Steege, M. (2007). *Evidence-based interventies rond agressieregulatie en woedebeheersing*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- van de Wiel, N., Hoppe, A. & Matthys, W. (2003a). *Minder boos en opstandig. Een gedragstherapeutisch programma voor kinderen met disruptieve gedragsstoornissen en hun ouders. Deel I en Deel II*. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- van de Wiel, N. (2002). The effect of manualized behavior therapy with disruptive behavior disordered children in everyday clinical practice: a randomized clinical trial. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- van de Wiel, N. M. H., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. T., Maassen, G. H., Lochman, J. E., & van Engeland, H. (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared to care as usual depends on the type of care as usual. [Article]. *Behavior Modification*, 31(3), 298-312.
- Van Yperen, T.A. (2004). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Minder boos en opstandig'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 14-02-2012 van www.nji.nl.
- Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., van de Wiel, N. M. H., & Lochman, J. E. (2007). Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 33-39.

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)

Doel.

Het uiteindelijke doel van Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) is het voorkomen van recidive bij jongeren met ernstig antisociaal gedrag.

Doelgroep

MTFC is bedoeld voor jongens en meisjes in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar met ernstig antisociaal gedrag, een bovengemiddeld of hoog recidiverisico en een IQ vanaf 80. De problemen zijn dusdanig groot dat uithuisplaatsing in een gesloten setting aan de orde is.

Contra-indicaties

Een contra-indicatie voor deelname aan MTFC is een IQ < 80.

Aanpak

Een jongere die aan MTFC deelneemt, woont voor de duur van 6 tot 12 maanden in een 'opvoedgezin'. Het opvoedgezin biedt een gestructureerde leefomgeving en speciaal getrainde opvoeders geven positieve feedback op het gedrag van de jongere. In kleine stappen wordt gewerkt aan een positieve ontwikkeling. Het programma maakt gebruik van een puntensysteem met beloningen en privileges. Tijdens het programma wordt gedrag intensief gemonitord met het doel het probleemgedrag concreet in beeld te krijgen en voor het alternatieve gedrag gerichte interventies in te zetten. Er wordt altijd maar één jongere tegelijk bij opvoeders geplaatst en de jongere gaat overdag naar school of werk. Er wordt invulling gegeven aan vrijetijdsbesteding waaronder sport en hobby's. Vanuit het programma is er een intensieve samenwerking met school en een werkgever.

Naast de opvoeders gaan een trainer en een coach ook aan de slag met de jongere. Er worden zoveel mogelijk situaties opgezocht waar jongeren succesvol kunnen oefenen met vaardigheden. Beide teamleden helpen de jongere om zo succesvol mogelijk te zijn.

Voor de ouders is een aparte trainer beschikbaar. De gezinstrainer werkt in wekelijkse bijeenkomsten intensief met de ouders aan het versterken van opvoedingsvaardigheden en gedragsmanagementtechnieken en het coachen van ouders bij bezoeken thuis. Als de jongere na enige tijd weer thuis woont (of in een ander gezin of in een begeleid zelfstandig traject) gaan de training en begeleiding van jongere en ouders nog maximaal drie maanden door, ter begeleiding van de verandering en daarmee bestendiging van de bereikte resultaten.

Werkzame factoren

Om het risico op recidive te verminderen, wordt er gewerkt aan:

- het stimuleren van positief gedrag bij de jongere;
- het vergroten van sociale vaardigheden en probleemoplossend vermogen van de jongere;
- het aangaan van relaties met volwassenen en leeftijdsgenoten;
- het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en gedragsmanagementtechnieken van de ouders.

Effectiviteit

Diverse Amerikaanse overzichtsstudies noemen MTFC als effectieve interventie in het voorkomen van recidive (vb. Henggeler & Schoenwald, 2011; Westermarck, Hansson, & Olsson, 2010). De positieve resultaten gelden niet alleen voor jongens (Chamberlain, 2003), maar ook voor meisjes. Uit een studie van Chamberlain e.a. (2007) blijkt dat MTFC recidive voorkomt bij meisjes die twee jaar eerder aan de interventie hadden deelgenomen.

MTFC is erkend door de Nederlandse Erkenningcommissies Interventies en kreeg als oordeel 'Theoretisch goed onderbouwd'.

Meer informatie

MTFC is ontwikkeld door het Oregon Social Learning Centre (OSLC) in de Verenigde Staten. De interventie is door Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering (LJ&R) vertaald en aangepast aan de Nederlandse situatie. LJ&R werkt nauw samen met de Amerikaanse implementatieorganisatie ten behoeve van het uitvoeren van MTFC in Nederland en België. Voor vragen over de implementatie van MTFC kunt u terecht bij Margo Walpot, Projectmanager MTFC, Tel. 0031 88 0901000, E-mail: m.walpot@legerdesheils.nl.

Voor meer informatie over MTFC kan u terecht op de website www.mtfc.com.

Een beschrijving van deze interventie, waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Chamberlain, P., & Smith, D. K. (2003). Antisocial behavior in children and adolescents: The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care model. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 282-300). New York: Guilford Press.
- Chamberlain, P., Leve, L. D., & DeGarmo, D.S. (2007). Multidimensional Treatment Foster Care for girls in the juvenile justice system: 2-year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (1), 187-193.
- Henggeler, S. & Schoenwald, S. (2011). Evidence-Based Interventions for juvenile Offenders and Juvenile Justice Policies that Support Them. *Social Policy Report, 25*, (1).
- Nederlands Jeugdinstituut. *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 27-04-2012 van www.nji.nl.
- Westermarck, P. K., Hansson, K., & Olsson, M. (2011). Multidimensional treatment foster care (MTFC): results from an independent replication. *Journal of Family Therapy, 33* (1), 20-41.

Multi Systeem Therapie (MST)

Doel

Het primaire doel van Multi Systeem Therapie (MST) is het terugdringen van antisociaal en delinquent gedrag. Daarnaast beoogt het programma het functioneren van de gezinsleden te verbeteren en dit op een kostenbesparende wijze door het aantal uithuisplaatsingen te verminderen.

Doelgroep

MST is gericht op jongeren tussen de 12 en 18 jaar met ernstige, complexe gedragsproblemen al dan niet in combinatie met alcohol- of drugsmisbruik die op grond daarvan met justitie in aanraking komen. Er is sprake van een hoog risico op herhaling en verergering van het antisociale gedrag als niet zou worden ingegrepen.

Contra-indicaties

MST is niet geschikt voor

- jongeren met zedendelicten, zonder enige andere vorm van antisociaal gedrag.
- jongeren met suïcidaal, moordzuchtig of psychotisch gedrag waarvoor crisisinterventie in de vorm van een opname nodig is.
- jongeren met een IQ onder de 70.
- jongeren met een autismespectrumstoornis.

Er bestaan ook varianten van MST die zich richten op andere doelgroepen. Zo is er MST Child Abuse and Neglect (MST CAN) dat zich richt op sterk verwaarloosde en/of misbruikte kinderen en MST Problematic Sexual Behavior (MST PSB) dat ontwikkeld is voor de behandeling van jongeren die ernstige seksueel grensoverschrijdende gedragsproblemen vertonen.

Aanpak

MST is een intensieve ambulante systeem- en gedragsgerichte behandelingsmethode. De interventies richten zich vooral op de ouders en op sleutelfiguren uit de omgeving van de jongere. Beïnvloeden, begeleiden, onderwijzen, maar niet uitvoeren is de stelregel. Het is van belang dat de gezinsleden leren om zelf hun problemen op te lossen en om te gaan met anderen en instanties. De behandelingen vinden plaats in de thuissituatie en in alle systemen waarin de jongere participeert (familie, school, buurt, vrienden).

MST wordt uitgevoerd door een team van 3 à 4 hooggekwalificeerde behandelaars met hoogfrequente training, supervisie en ondersteuning ook op langere termijn. De behandelduur is gemiddeld 3 tot 5 maanden.

Werkzame factoren

MST heeft een aantal klinische uitgangspunten:

- MST-interventies richten zich op verschillende risicofactoren, op een omvattende maar tevens op de unieke situatie van de jongere en zijn context toegesneden manier.
- De ouders/verzorgers zijn de sleutel tot positieve uitkomsten op de lange termijn.
- MST maakt zo veel mogelijk gebruik van evidence based behandelingen, zoals cognitief gedragsmatige benaderingen, gedragstherapie, gedragsmatige oudertraining en pragmatische gezinstherapie.
- Vanwege het uitgangspunt dat intensieve zorg met een sterk motiverend karakter nodig is om het gezin in behandeling te houden, is er bij MST een hoogfrequent contact met het gezin (bij aanvang 3 tot 5 keer per week) en wordt MST bij het gezin thuis uitgevoerd.

- Er zijn regelmatige intensieve kwaliteitstoetsingen ingebouwd in alle MST-onderdelen.

Effectiviteit

De effecten van MST in Nederland zijn gemeten middels een follow up, de eerste resultaten zijn inmiddels bekend. Het onderzoek laat zien dat MST een positief effect heeft op recidive, uithuisplaatsingen en schoolafwezigheid (Boonstra, Jonkman, Soeteman & van Busschbach, 2009).

In de Verenigde Staten, Noorwegen, Canada en Zwitserland zijn meerdere experimentele studies verricht die de effectiviteit van MST hebben aangetoond. Bovendien is MST uitverkoren tot een Blue Print Program (erkende gedragsinterventies in Amerika) (Elliot, 1998). Ook hebben verschillende instanties in de Verenigde Staten MST aangewezen als een reeds bewezen effectieve of veelbelovende behandelmethode van crimineel gedrag bij jongeren (Center of the Study and Prevention of Violence, 2011). Deze conclusies zijn gebaseerd op de resultaten van 15 gepubliceerde studies (14 gerandomiseerd, 1 quasi-experimenteel) bij jongeren met ernstige gedragsproblemen en hun gezinnen (MST Institute).

Meer informatie

Multi Systeem Therapie is vanaf 1985 ontwikkeld door Scott Henggeler op de universiteit van South Carolina, aan de oostkust van Amerika. In 2008 is met MST Services in de Verenigde Staten overeengekomen om MST onder eigen verantwoordelijkheid in Nederland te implementeren als 'MST-Nederland'. Meer informatie over MST-Nederland is te vinden op <http://www.mst-nederland.nl/>.

In Vlaanderen heeft de Vlaamse Regering begin dit jaar een subsidie toegekend aan de vzw Emmaüs in Mechelen, voor de introductie en implementatie van de MST-methodiek in Vlaanderen.

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie, waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het NJi: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Boonstra, C., Jonkman, C., Soeteman, D., & van Busschbach, J. (2009). Multi Systeem Therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren: twee jaar follow-up studie. *Tijdschrift voor Systeemtherapie*, 21, 94-105.
- Center of the Study and Prevention of Violence (2011). *Matrix of programs*. Gedownload op 01-02-2012 van <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints>
- Elliott, D.S. (Series Ed.). (1998). *Blueprints for violence prevention*. University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence. Boulder, CO: Blueprints Publications
- MST Institute. *Multisystemic Therapy: an overview*. USA: South Carolina. Gedownload op 16-02-2012 van http://mstservices.com/files/overview_a.pdf
- Nederlands Jeugdinstituut. *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Multisysteem Therapie (MST)*. Utrecht. Gedownload op 15-02-2012 van www.nji.nl
- www.mst-nederland.nl

Opstandige kinderen oudertraining

Doel.

Het oudertrainingsprogramma Opstandige kinderen wil ouders competent maken in het omgaan met kinderen met ernstige gedragsproblemen, waaronder ADHD en de oppositieel-opstandige gedragsstoornis. Het uiteindelijke doel is het verbeteren van de gehoorzaamheid van het kind bij het opvolgen van opdrachten, aanwijzingen en regels van ouders.

Doelgroep

Opstandige kinderen oudertraining richt zich op de ouders van kinderen met opstandig gedrag in de leeftijd van 2 tot 12 jaar.

Contra-indicaties

In de documentatie worden contra-indicaties niet expliciet vermeld.

Aanpak

In negen bijeenkomsten van 2 à 2,5 uur leren de ouders hoe zij effectief met het gedrag van hun kind kunnen omgaan. Het programma kan zowel individueel als in groepsverband aangeboden worden. Elke bijeenkomst heeft een thema dat centraal staat. De thema's zijn:

1. Waardoor ontstaan gedragsproblemen?
2. Geven van aandacht.
3. Bevorderen van gewenst gedrag.
4. Het fiches- of puntensysteem.
5. Strafmaatregelen: boetes en apart zetten.
6. Omgaan met probleemgedrag buitenshuis.
7. Omgaan met probleemgedrag binnen de schoolsituatie.
8. Omgaan met toekomstige problemen.
9. Vervolgbijsluiting (herhaling van de training, evaluatie en eventueel bespreken van een mogelijk vervolgtraject).

Elke bijeenkomst van de training begint met een bespreking van het huiswerk en andere gebeurtenissen waar het gezin over wil vertellen. Vervolgens introduceert de therapeut nieuwe begrippen en methoden. Eventueel geeft de therapeut uitleg over of een demonstratie van nieuwe methoden. In de individuele training volgt dan een oefening van de nieuwe methode voor ouder en kind in de speelkamer. In de groepsbijeenkomst oefenen de ouders met behulp van rollenspelen. Ouders leren naar hun eigen gedrag en dat van hun kind te kijken met behulp van het situatie-gedrag-gevolg schema. Aan het eind van elke bijeenkomst geeft de therapeut het huiswerk op. De therapeut stimuleert de ouders door hen te prijzen, aan te moedigen en positieve feedback te geven voor het deelnemen aan de besprekingen, het opvolgen van instructies, het maken van het huiswerk en de algemene medewerking aan het trainingsprogramma.

Het oudertrainingsprogramma kenmerkt zich door een gedragstherapeutische aanpak. Naast het oefenen van gedrag leren ouders de situatie, het gedrag van hun kind en de manier waarop zij zelf reageren te observeren. Daarnaast besteedt het programma uitgebreid aandacht aan hoe ouders het gewenste gedrag van hun kind kunnen belonen en het ongewenste gedrag bestraffen.

Werkzame factoren

Het oudertrainingsprogramma Opstandige kinderen kent volgende werkzame bestanddelen:

- een gedragsmatige aanpak;
- geprotocolleerde en gestructureerde aanpak;

- training van de ouders gericht op het doorbreken van het negatieve interactiepatroon tussen ouder en kind.

Effectiviteit

Uit Nederlands onderzoek met een experimentele (multimodale therapie) en een controle groep (alleen medicatie) bleek dat medicatie een grote invloed had op het verbeteren van aan ADHD gerelateerde symptomen bij het kind (Van der Oord, Prins, Oosterlaan & Emmelkamp, 2007). Er is geen bewijs gevonden voor de toegevoegde waarde van multimodale therapie. Deze multimodale therapie bestond uit medicatie voor het kind, gedragstherapie voor zowel de ouders als het kind en gedragstraining voor de leerkracht van het kind. Over de effectiviteit van de oudertraining Opstandige kinderen afzonderlijk is op basis van dit onderzoek geen uitspraak te doen.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat oudertraining effect heeft op het verminderen van ADHD symptomen, op de gehoorzaamheid van het kind en de interactiestijl van het kind (Anastopoulos, Shelton, DuPaul, & Guevremont, 1993; Barkeley et al., 2000)

Opstandige kinderen oudertraining is erkend door de Nederlandse Erkenningcommissies Interventies en kreeg als oordeel 'Theoretisch goed onderbouwd'

Meer informatie

Het oudertrainingsprogramma Opstandige kinderen is vertaald en bewerkt vanuit het Amerikaans. Het oorspronkelijke programma is ontwikkeld door Barkley (1997) en heet 'Defiant children: a clinician's manual for assessment and parent training'.

De interventie Opstandige kinderen beschikt over een handleiding (Barkley, 1997). Daarin is beschreven wat de doelen van de bijeenkomst zijn, wat het programma is, welk materiaal de therapeut nodig heeft en wat het huiswerk voor de ouders is. Aan de ouders wordt per bijeenkomst een handleiding uitgereikt met een beschrijving van alle toe te passen vaardigheden en (huiswerk) opdrachten.

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Bartelink, 2008), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl

Referenties

- Anastopoulos, A.D., Shelton, T.L., DuPaul, G.J. & Guevremont, D.C. (1993). Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.
- Barkley, R.A. (1997). *Defiant children: a clinician's manual for assessment and parent training*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997). *Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma*. Lisse: Swets & Zeitlinger (vertaald door E. ten Brink)
- Barkley, R.A., Shelton, T.L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. & Metevia, L. (2000). Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior: preliminary results at post-treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 319-332.
- Bartelink (2008). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 11-4-2012 van www.nji.nl

Parent Management Training Oregon

Doel.

Het doel van Parent Management Training Oregon (PMTO), is dat kinderen met externaliserende gedragsproblemen beter gaan functioneren en hun gedragsproblemen verminderen, doordat hun ouders meer effectieve opvoedingsstrategieën toepassen.

Doelgroep

PMTO is een behandeling voor ouders van kinderen van 4 t/m 12 jaar die externaliserend probleemgedrag vertonen, al dan niet in combinatie met hyperactiviteit. De problematiek moet blijken uit de score op de Child Behavior Checklist (CBCL) en de Teacher Report Form (TRF).

Contra-indicaties

Contra-indicaties voor het gebruik van PMTO zijn:

- Eén van de ouders is alcohol- of drugsverslaafd en kan hierdoor niet functioneren in zijn ouderrol.
- Eén van de ouders is verwaarlozend in de basale levensbehoeftes van het kind.
- Er is sprake van actueel seksueel misbruik, waarbij de dader bij het kind in huis woont.
- Eén van de ouders is actief psychotisch of ernstig depressief en kan hierdoor niet functioneren in zijn rol als ouder.
- Er is bij het kind sprake van een ernstige stoornis binnen het autistisch spectrum.
- Er is bij het kind sprake van suïcide-dreiging.

Aanpak

In de behandeling wordt door middel van rollenspel geoefend met het toepassen van een vijftal clusters van opvoedingsvaardigheden: je kind stimuleren door aanmoediging, grenzen stellen, zicht en toezicht houden, met elkaar problemen oplossen en positief betrokken zijn. Wat geoefend wordt en hoe vaak en op welke manier dit gebeurt, wordt individueel bepaald. De therapeut is in het bijzonder gericht op bewerkstelligen dat ouders de opvoedingsstrategieën met succes toepassen in het dagelijks leven. Om dit te bewerkstelligen zet de therapeut diverse therapeutische vaardigheden in.

De duur van de behandeling is vooral afhankelijk van de opvoedingsvaardigheden die de ouders bij aanvang hebben. PMTO wordt zoveel mogelijk op maat aangeboden: vooral de opvoedingsstrategieën die de ouders niet of te weinig hanteren worden geoefend. In principe is er een minimum van 10 en een maximum van 30 sessies. Het contact tussen ouders en therapeut is intensief. De sessies zijn wekelijks en duren een uur. Daarnaast zijn er gedurende de behandeling wekelijkse telefoongesprekken van gemiddeld een kwartier.

Werkzame factoren

De werkzame factoren van PMTO worden als volgt samengevat:

- Er wordt gewerkt aan positieve opvoedingsstrategieën.
- Er is een gedragstherapeutische aanpak.
- Het leren gebeurt aan de hand van rollenspellen: model staan, bevragen, oefenen, uitproberen, bijstellen.

Effectiviteit

In Nederland en Vlaanderen is (nog) geen onderzoek afgerond naar de effectiviteit van PMTO, maar in de VS is de effectiviteit veelvuldig aangetoond. Bijvoorbeeld in een serie experimentele

studies met follow-up metingen tot drie jaar na de nameting vonden de ontwikkelaars positieve effecten op o.m. opvoedingsstrategieën, probleemoplossende interacties en gehoorzaamheid. Bovendien vonden zij afname van depressies bij de moeders en van delinquent gedrag bij de kinderen (o.a. Martinez & Forgatch, 2001; Patterson, DeGarmo, & Forgatch, 2004; DeGarmo, Patterson, & Forgatch 2004). In Noors onderzoek naar de effectiviteit van PMTO bleek dat gedragsproblemen van kinderen verminderden, terwijl hun sociale competentie toenam. Ook bleken ouders die PMTO ontvingen, na de behandeling beter in staat te zijn om grenzen te stellen (Ogden & Hagen, 2008).

PMTO is erkend door de Nederlandse Erkenningcommissies Interventies en kreeg als oordeel 'Theoretisch goed onderbouwd'.

Meer informatie

PMTO is ontwikkeld aan het Oregon Social Learning Center (OSLC) in Eugene, Oregon, USA (www.oslc.org).

Sinds 2008 is er een (originele) Nederlandse handleiding voor therapeuten en een Nederlandse handleiding voor de opleiding van therapeuten (Albert, Leeuwen, & Tjaden, 2008a+b). Het losse materiaal voor de ouders is uit het Amerikaans vertaald en aangepast aan de Nederlandse situatie. Daarnaast zijn er nieuwe oudermaterialen ontwikkeld.

Meer informatie over PMTO Nederland en de opleiding tot PMTO therapeut is te vinden op www.pmt.nl.

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Zwikker & Everdingen, 2008), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Albrecht, G., Leeuwen, E. van, & Tjaden, J. (2008a). *PMTO handleiding voor therapeuten (versie 2.0)*. Duivendrecht: PI Research.
- Albrecht, G., Leeuwen, E. van & Tjaden, J. (2008b). *PMTO handleiding voor opleiders (versie 1.0)*. Amsterdam: PI Research.
- DeGarmo, D.S., Patterson, G.R. & Forgatch, M.S. (2004). How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane Over Time? *Prevention Science*, 5(2), 73-89.
- Martinez, C.R. & Forgatch, M.S. (2001). Preventing Problems With Boys' Noncompliance: Effects of a Parent Training Intervention for Divorcing Mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 416-428.
- Ogden, T. & Hagen, K.A. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 607-621.
- Patterson, G.R., DeGarmo, D. & Forgatch, M.S. (2004). Systematic Changes in Families Following Prevention Trials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 621-633.
- Zwikker, M., & J. van Everdingen (mei 2008). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Parent Management Training Oregon (PMTO)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 16-02-2012 van www.nji.nl.

Persoons- en teamgerichte veiligheidstechnieken (PTV)

Doel

De persoonsgerichte veiligheidstechnieken hebben als doel de hulpverlener de mogelijkheid te geven zich uit een één-één situatie te bevrijden of te handhaven en dit met technieken waarbij veiligheid en humaniteit voor beide partijen centraal staan.

De teamgerichte veiligheidstechnieken hebben als doel de gevolgen van een incident te beperken door een cliënt met een twee- of driemansteam onder controle te houden en te verplaatsen en eventueel achter te laten. Ook bij het gebruik van de teamtechniek is veiligheid en humaniteit het uitgangspunt.

Doelgroep

PTV is geschikt voor toepassing bij iedere cliënt die een geweldincident veroorzaakt dat leidt tot fysiek schade aan één van de partijen (cliënt, hulpverlener, derde) of aan de omgeving, alsook bij zwaar leefklimaatontwrichtend gedrag.

Bij psychische schade en zware verbale dreiging waarbij het functioneren van anderen belemmerd wordt kan, na overleg binnen het team, overgegaan worden tot verwijderen van de cliënt uit de leefomgeving.

PTV kan verder toegepast worden bij cliënten waarbij, door hun beperkingen, het aanbieden van een prikkelarme ruimte tijdelijk noodzakelijk is voor de cliënt en/of zijn omgeving en dit in functie van zijn/haar herstel. Vooreerst moeten alle andere mogelijke alternatieven zijn aangewend.

Contra-indicaties

Op zich zijn er geen contra-indicaties. Wel dient men waakzaam te blijven bij het gegeven dat iedereen het recht heeft bepaalde emoties, waaronder kwaadheid, woede,... te uiten en de technieken aldus enkel gebruikt dienen te worden in hoger vermelde situaties.

Aanpak

PTV maakt deel uit van een beleid rond agressie, vrijheidsbeperkende- en vrijheidsberovende maatregelen. Een beleid waarbij de hulpverleners beschikken over de nodige vaardigheden op vlak van verbale- en non-verbale communicatie en waarbij preventie en geweldloosheid voorop staan. Het toepassen van de PTV past binnen dit preventiebeleid en heeft als preventieve doel de gevolgen van een incident te beperken.

PTV kan een onderdeel zijn van een interventie binnen een signaliseringsplan, zoals ondermeer het crisisontwikkelingsmodel. Dit signaliseringsplan wordt aangewend om terugval van de cliënt te voorkomen door tijdig die signalen op te vangen waarbij de cliënt aantoonbaar niet goed te voelen. Het signaliseringsplan omvat verschillende fasen die een persoon in crisis kan doormaken. Het doel is om de cliënt terug te brengen naar fase 0, de fase van het welbevinden. Elke fase omvat een specifieke interventie die gericht is op de individuele noden van de cliënt en vergt de nodige vaardigheden op vlak van verbale- en non-verbale communicatie. Wanneer de crisis zich in een fase bevindt waarbij fysiek ingrijpen noodzakelijk is kan men PTV aanwenden.

De fase daaropvolgend, deze van herstel voor de cliënt, alsook voor de hulpverlener, en de bespreking achteraf binnen het team en met de cliënt om terugval te voorkomen is hier van groot belang.

Effectiviteit

PTV heeft in Vlaanderen zijn effect bewezen wanneer het aangewend wordt in een beleid waarbij agressie gezien wordt als iets werkbaars en het individu het gevoel krijgt dat zijn emoties van kwaad zijn, en woede, mogen geuit worden maar dit op een maatschappelijk aanvaardbare manier. Het doel is niet het onderdrukken van deze emoties maar het aanleren van vaardigheden om te leren omgaan met deze emoties. Wanneer er binnen deze visie gewerkt wordt kan de cliënt in de fase van herstel de fysieke interventie beter plaatsen en aanvaarden en de noodzaak er van inzien.

Meer informatie

Voor meer informatie en trainingen kan u terecht bij het Psychiatrisch Centrum Caritas Melle via <http://www.pccaritas.be/activiteiten/vorming>.

Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB)

Doel

Het hoofddoel van het RGB is het leren van vaardigheden aan jongeren zodat zij de taken waarvoor zij nu en in de toekomst worden gesteld op een adequate wijze kunnen vervullen (Kok, Menkehorst, Naayer, & Zandberg, 1991). Het programma heeft daarnaast ook tot doel om hulpverleners een gemeenschappelijk kader te bieden voor de behandeling van antisociaal gedrag van jongeren.

Doelgroep

Het RGB is gericht op jongeren van 13 tot 17 jaar met ernstig antisociaal gedrag die in een residentiële setting verblijven.

Contra-indicaties

In de documentatie over de interventie zijn geen contra-indicatiecriteria aangegeven.

Aanpak

Het RGB is erop gericht jongeren (ontbrekende) vaardigheden te leren door hen een rijke dagelijkse routine aan te bieden en door concrete, waarneembare gedragingen systematisch van positieve en/of negatieve feedback te voorzien. Enkele vaste onderdelen van de dagelijkse routine zijn:

- De rondetafelconferentie: een gestructureerde korte bijeenkomst van max. 10 minuten die dagelijks plaatsvindt en waarbij de jongeren en de groepsleiding discussiepunten kunnen inbrengen of een informatieve mededeling kunnen doen.
- De themadiscussieavond: een wekelijkse bijeenkomst die maximaal 45 minuten duurt en die de jongeren en/of de groepsleiders voorbereiden. Aan de orde komt dan een thema dat voor de groep actueel is.
- Managerschap: jongeren kunnen onder bepaalde voorwaarden één week lang manager zijn van de groep. Als manager dragen zij meer verantwoordelijkheid voor de dagelijkse gang van zaken in de groep. De managertraining van de jongeren vindt plaats buiten de groep.

De dagelijkse routine biedt de groepsleider de mogelijkheid om door middel van observatie tot een analyse te komen van de vaardigheden en tekorten van de jongeren in de groep. Hiervoor worden twee soorten analysemiddelen gehanteerd:

- De functieanalyse: middels deze analyse stelt de groepsleider vast welke vaardigheidstekorten een jongere heeft en hoe dit zich manifesteert in probleemgedrag. Daarnaast legt de groepsleider vast welke consequenties het gedrag heeft voor de dagelijkse routine en voor de bijbehorende feedback op het gedrag.
- De curriculumanalyse: hiermee wordt een schatting gemaakt van het algemene vaardigheidsniveau van de jongere, afgezet tegen het niveau dat gebruikelijk is voor diens leeftijd.

Welke feedback gegeven moet worden hangt af van de resultaten van de functieanalyse en de curriculumanalyse. Regel is dat gewenst gedrag wordt voorzien van positieve feedback en dat ongewenst gedrag leidt tot negatieve feedback in de vorm van gedragsinstructie. Naast de dagelijkse routine en gerichtheid op positieve feedback in de leefgroep, kent het RGB ook onderdelen die buiten de groep plaatsvinden. Een ouderbegeleiding maakt hier o.a. deel van uit.

Werkzame factoren

Met het RGB tracht men middels operante conditionering, waarin de dagelijkse routine het aangrijpingspunt vormt en waarin volgens de experimentele methode wordt gehandeld, gewenst gedrag te ontlokken en inadequaat gedrag te ontmoedigen en af te leren. Daarnaast biedt het programma structuur en eenduidigheid in observatie, analyse en behandeling van probleemgedrag van de jongeren en eenheid in taal in de residentiële hulpverlening.

Effectiviteit

Er is een uit 1991 daterend, quasi-experimenteel onderzoek in de praktijk (met follow-up) beschikbaar dat echter geen eenduidige resultaten laat zien (Kok et al., 1991). Er is daarnaast één recent veranderingsonderzoek verricht naar de effecten van een programma gelijkend op het RGB, dat een positiever beeld schetst (Van den Bogaart, & Van Muijen, 2000).

RGB is erkend door het Nederlands Panel Jeugdzorg en heeft als oordeel 'Theoretisch goed onderbouwd' gekregen.

Meer informatie

Het RGB is ontwikkeld door Tj. Zandberg, T.Zandberg@ppsw.rug, van de Rijksuniversiteit Groningen.

In Kok et al. (1991) staan handelingen van het RGB beschreven. Slot & Spanjaard (1999) geven een uitgebreid overzicht van gedragstherapeutische technieken ten behoeve van competentievergroting van jongeren in residentiële jeugdzorg.

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Scheek, 2006), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Kok, J.M., Menkehorst, G.A.B.M., Naayer, P.M.H., & Zandberg, Tj. (1991). *Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma: ontwikkeling, invoering en effectmeting*. Assen: Dekker & van de Vegt.
- Scheek, M. (2006). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 12-12-2011 van www.nji.nl.
- Slot, N.W., & Spanjaard, H.J.M. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Uitgeverij Intro.
- Van den Bogaart, P., & Van Muijen, H. (2000). *Residentiële gedragstherapeutische behandeling in Het Keerpunt. Onderzoek naar doelgroep, behandeling en resultaten van Het Keerpunt*. Groningen: E&M Syntax bv.

Restoratieve cirkels

Doel.

Het doel van restoratieve cirkels, ook wel herstelcirkels genoemd is om de geleden schade of kwetsing ten gevolge van een incident te herstellen zodat men daarna weer op een constructieve wijze met elkaar verder kan gaan.

Doelgroep

Restoratieve cirkels richten zich op alle betrokkenen ernstige incidenten. Het gaat tijdens de herstelcirkel om één specifiek feit en niet over een algemene houding. Een herstelcirkel werkt in alle situaties waar mensen samenleven (school, gezin, jeugdbeweging, werk,...).

Aanpak

Uitgangspunt van een herstelcirkel is het fundamentele geloof dat mensen op eigen kracht oplossingen kunnen aanreiken voor de schade die er is aangericht.. Het herstelproces wordt geleid door een moderator die de voorbereidende gesprekken houdt en het cirkelgesprek modereert. De concrete taken van de moderator zijn de volgende:

- Hij voert alle afzonderlijke individuele gesprekken (assesments).
- Hij zorgt voor de veiligheid, zowel qua omgeving als qua deelnemers.
- Hij organiseert het cirkelgesprek.
- Hij modereert het gesprek.
- Hij vermijdt elk idee van partijdigheid.
- Hij noteert de afspraken, de besluiten en de opvolging.

In de assessments (de individuele gesprekken) wordt gesproken met alle betrokkenen. Er wordt gevraagd naar de feiten, hun beleving, naar hun verantwoordelijkheid en wat er moet gebeuren om tot herstel te komen.

Tijdens de herstelcirkel staan de stoelen in een cirkel zonder een tafel. Er zijn wel vooraf aangeduide plaatsen met naamkaartjes. In de eerste fase van het gesprek ligt de focus op belevingen en gevoelens rond het voorliggende incident. Het is belangrijk dat hierbij alle emoties aan bod komen en dat deze met elkaar gedeeld worden. In een tweede fase wordt er besproken hoe het herstel zal plaatsvinden en worden er afspraken gemaakt over wat iedereen kan doen om de schade te herstellen. Er wordt daarbij ook vastgelegd hoe de opvolging zal gebeuren. In een laatste fase van het gesprek is er nog wat ruimte voor informeel contact.

Werkzame factoren

Volgende werkzame factoren spelen een rol in deze methodiek:

- het bespreken van belevingen en gevoelens met betrekking tot een incident;
- alle betrokkenen inzicht en verantwoordelijkheidsgevoel geven met betrekking het feit;
- de meerzijdige partijdigheid, er wordt rekening gehouden met de belangen van iedereen;
- het versterken van de autonomie en competentie van beide partijen door ze zelf naar een oplossing te laten zoeken.

Effectiviteit

Hoewel er nog weinig onderzoek gedaan is naar de effecten van restoratieve cirkels in Vlaanderen, blijkt wel uit praktijkervaringen dat degenen die werken met deze methodiek hier erg tevreden over zijn. Een indicatie van deze tevredenheid is ook terug te vinden in het feit dat het herstelgericht werken steeds meer ingang vindt in het onderwijs en de welzijnssector in Vlaanderen.

Meer informatie

Herstelcirkels bevindt zich samen herstelgericht groepsoverleg (hergo) en proactieve cirkels op een continuüm van herstelgericht werken en is dus gebaseerd op dezelfde principes.

Voor meer informatie over proactieve cirkels, herstelcirkels of hergo's kan men terecht bij LIGAND via www.ligand.be. Bij hen kan men ook terecht voor een opleiding in herstellend handelen of voor de hergo-opleiding.

Referenties

- ICOBA (2009). Herstelcirkels. Verslag van de presentatie door Johan Hamers van Ligand tijdens de studiedag 'Agressie: zorg voor nazorg'. Brussel: Sociaal Fonds VOHI - Icoba. Gedownload op 8-5-2012 van www.icoba.be.
- ICOBA (2008). *Agressie, hoe verder? Cliënten opvangen als slachtoffer, getuige of dader*. . Brussel: Sociaal Fonds VOHI - Icoba. Gedownload op 11-12-2012 van www.icoba.be.
www.ligand.be

Rots en water

Doel

De algemene doelstelling van Rots en Water is om jongeren te begeleiden en te sturen in hun sociaal-emotionele en mentale ontwikkeling. Een meer specifiek doel is jongens te leren omgaan met andermans en eigen macht, kracht en onmacht. In die zin leren de jongens zich te verdedigen tegen verschillende vormen van geweld en tegelijkertijd oog en gevoel te krijgen voor eigen grensoverschrijdend gedrag.

Doelgroep

Rots en Water was aanvankelijk bedoeld voor uitsluitend jongens, die problemen ondervinden bij hun sociaal-emotionele ontwikkeling. Deze problemen uiten zich in onbeheerst en grensoverschrijdend gedrag en in het onvermogen zich tegen geweld te verdedigen. In de huidige vorm van 14 lessen is R&W geschikt voor jongens vanaf negen jaar. De laatste zes lessen zijn, vanwege de thema's - seksualiteit, zelfverwezenlijking en spiritualiteit - beter geschikt voor jongens vanaf ongeveer 14 jaar (Ykema, 2004) Het programma wordt zeer geschikt geacht voor allochtone jongens. Met enige aanpassingen is het programma ook geschikt gebleken voor meisjes.

Contra-indicaties

In de documentatie over de interventie zijn geen specifieke contra-indicatiecriteria aangegeven. Rots en Water is echter wel een seksespecifiek programma. Het programma is niet geschikt voor gemengde groepen.

Aanpak

Uitgangspunt van Rots en Water is dat jongens met sociaal-emotionele problemen zich in principe meer aangesproken voelen door een psychofysieke benaderingswijze dan door een verbaal cognitieve aanpak. De eerste acht lessen bevatten de fundamentele van het programma; overige lessen behandelen thema's als seksualiteit, zelfverwezenlijking, het maken van eigen keuzes en het vinden van een eigen weg (het Innerlijk Kompas) en spiritualiteit. Een "Rots en Waterles" bestaat altijd voor een groot deel uit fysieke oefening. Belangrijke zaken bij de fysieke oefeningen zijn 'gronden', 'centreren' en 'focussen'. De niet fysieke onderdelen bestaan uit kringgesprekken. Een ander belangrijk onderdeel is het huiswerk: elke les geeft de docent de leerlingen op papier een korte samenvatting van de les mee met vragen die thuis moeten worden gemaakt. Er wordt van tijd tot tijd een stuk van een videoband bekeken waarin thema's rondom contact maken, groepsdruk, geweld en seksueel geweld een rol spelen. Ten slotte kan de leraar ervoor kiezen de lessen af te sluiten met een werkstuk. De training bestaat uit 14 basislessen. Een volledige les neemt gemiddeld 90 minuten in beslag. Afhankelijk van de situatie kan het verstandig zijn op basis van de handleiding zelf kortere lessen samen te stellen.

Werkzame factoren

In de literatuur over Rots en Water worden impliciet enkele werkzame ingrediënten genoemd:

1. De Rots en Waterinterventie is niet beperkt tot het aantal voorgeschreven lessen maar deze biedt voldoende mogelijkheden om het gedachtegoed te verweven met andere programma's op scholen en in clubhuizen. Een permanente aandacht voor de leefwereld van de jongens vanuit Rots en Waterperspectief wordt een zeer werkzaam ingrediënt geacht.
2. Het inhaken op de fysieke ontwikkeling van de jongens, waardoor het stoere gedrag en de neiging tot stoeien en de vechtlust als gegeven en als aanknopingspunt worden aanvaard.
3. Het aansluiten bij de conflictervaringen in de alledaagse situaties.

4. Het maken van huiswerk en eventueel een werkstuk waardoor de jongeren gedwongen worden permanent de relatie te leggen tussen hetgeen in de training aan de orde is en gebeurtenissen in de alledaagse leefsituatie (generalisatie).

Effectiviteit

Er zijn aanwijzingen voor de werkzaamheid van de interventie op basis van één Nederlands veranderingsonderzoek op enkele basisscholen dat positieve effecten laat zien (Clemens, 2004), terwijl er geen studies zijn die het tegendeel bewijzen. Er is een gecontroleerd effectonderzoek bekend naar een enigszins vergelijkbaar programma, het Marietje Kesselsproject. Dit effectonderzoek heeft effecten aangetoond van het betreffende programma op een beperkt aantal van de doelstellingen (Van der Vegt et al., 2001).

Van het Nederlands Panel Jeugdzorg heeft Rots en Water het oordeel 'Theoretisch goed onderbouwd' gekregen.

Meer informatie

De ontwikkelaar / licentiehouder is Freerk Ykema van het Rots en Waterinstituut, te bereiken via www.rotsenwater.nl. Ook informatie over de opleiding tot gecertificeerd Rots en Water trainer is te vinden op deze website.

Voor mensen die in de pedagogische omgeving waarin zij werkzaam zijn - scholen, jeugdzorginstellingen, buurtcentra - het Rots- en Waterprogramma willen uitvoeren, is er een driedaagse Rots en Watertraining. Wie deze training heeft gevolgd ontvangt een certificaat waarmee men gerechtigd is Rots en Waterles te geven aan jongeren.

Voor sessies en opleidingen in Rots en Water in Vlaanderen kan u terecht bij ACHT (Agressie Conflict Hantering Training) via www.achtraining.be.

De uitvoerders van het programma hebben een basisboek (Ykema, 2004) , een handleiding (Ykema, 2002) en videomateriaal tot hun beschikking. Beide boeken zijn verkrijgbaar via Uitgeverij SWP (<http://www.swpbook.com/373>; <http://www.swpbook.com/374>).

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Elling, 2006), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Clemens, J. (2004). *Scriptie Evaluatie Rots en Waterinterventie*. Pedagogische Wetenschappen Universiteit van Amsterdam.
- Elling, M. (2006). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Rots en Water'*. Utrecht: NIZW Jeugd. Gedownload op 07-02-2012 van www.nji.nl.
- Van der Vegt, A.L., Diepeveen, M., Klerks, M., Voorpostel, M. & De Weerd, M. (2001). *Je verweren kun je leren, Evaluatie van de Marietje Kesselsprojecten*. Amsterdam: Regioplan Onderwijs en Arbeidsmarkt.
- Ykema, F. (2002). *Rots en Water praktijkboek*. SWP, Amsterdam.
- Ykema, F. (2004). *Het Rots en Waterperspectief, Basisboek, een psychofysische training voor jongens*. SWP, Amsterdam.

Signs of Safety

Doel.

Het doel van Signs of Safety is een samenwerkingsrelatie op te bouwen met gezinnen waar (mogelijk) sprake is van kindermishandeling. Het einddoel van Signs of Safety is om veiligheid voor het kind te creëren.

Doelgroep

Signs of Safety is bedoeld voor gezinnen waar (vermoedelijk) kindermishandeling plaatsvindt of de risico's hierop groot zijn.

Contra-indicaties

Voor Signs of Safety bestaan geen indicatie- of contra-indicatiecriteria.

Aanpak

Signs of Safety is een oplossingsgerichte methode. Samen met het gezin ontwikkelt de hulpverlener een veiligheidsplan. De hulpverlener stelt dit plan op met behulp van een aantal technieken:

- Hij gaat na welke positie elk gezinslid inneemt ten opzichte van het probleem en de mogelijke oplossing;
- Hij zoekt naar uitzonderingen op de mishandeling;
- Hij moet sterke kanten en hulpbronnen van het gezin te zien ontdekken;
- Hij moet het gezin zien te ontlocken welke doelen het voor het kind heeft in plaats van zich te richten op het probleem;
- Hij vraagt het gezin om indicatoren voor de veiligheid van het kind te benoemen en te beoordelen hoe veilig zij menen dat het kind is;
- Hij moet beoordelen in hoeverre het gezin bereid en in staat meent te zijn om de plannen voor verandering uit te voeren.

Praktische uitgangspunten voor het opbouwen van een samenwerkingsrelatie zijn:

1. de gezinnen respecteren als mensen die het waard zijn om mee te werken;
2. samenwerking met de persoon zoeken, niet de mishandeling;
3. herkennen dat samenwerking mogelijk is, ook daar waar dwang vereist is;
4. herkennen dat elk gezin ook signalen van veiligheid vertoont;
5. de focus op veiligheid vasthouden;
6. de wensen van het gezin leren kennen;
7. op zoek gaan naar details;
8. zich richten op kleine veranderingen;
9. details van een zaak niet verwarren met het beoordelen;
10. keuzes aanbieden;
11. het gesprek met een gezin beschouwen als een mogelijkheid om van gedachten te wisselen.

Werkzame factoren

Door een goede samenwerkingsrelatie tussen hulpverlener en gezin, waarbij het gezin aangespoord wordt om mee te denken over hoe een onveilige situatie voor het kind opgeheven kan worden en gestimuleerd wordt oplossingen te zoeken die aansluiten bij sterke kanten en bestaande hulpbronnen, wordt een duurzame oplossing gezocht waarin het kind thuis veilig kan opgroeien en ontwikkelen.

Effectiviteit

Buitenlands onderzoek lijkt erop te wijzen dat op langere termijn het aantal gezinnen dat te maken krijgt met een kindbeschermingsmaatregel, afneemt. Gezinnen blijken meer tevreden over de geboden hulp wanneer Signs of Safety ingezet wordt dan wanneer care as usual geboden wordt. Kinderen blijken ook minder vaak opnieuw mishandeld te worden (Lorhbach & Sawyer, 2004; Turnell, I 2008).

Meer informatie

Signs of Safety is ontwikkeld in Australië door Andrew Turnell en Steve Edwards. De Nederlandse werkwijze komt overeen met die in Australië.

Er bestaat een Nederlandstalig handboek dat te verkrijgen is via de boekhandel: Turnell, A. & Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien: De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kindbescherming*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Meer informatie over Signs of Safety en trainingen in Signs of Safety is te vinden via www.signsofsafety.nl

Een beschrijving van deze interventie (Bartelink, 2010), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te downloaden via de website van het Nederlands Jeugdinstituut: www.nji.nl.

Referenties

- Bartelink, C. (2010). *Signs of Safety*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 09-05-2012 van www.nji.nl.
- Lorhbach, S. & Sawyer, R. (2004). Creating a constructive practice: Family and professional partnership in high-risk child protection case conferences. *Protecting Children*, 26, 26-35.
- Turnell, A. (2008). *Adoption of Signs of Safety as the department for child protection's child protection practice framework*. Government of Western Australia: Department for Child Protection.
- Turnell, A. & Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien : de oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kindbescherming*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Solution Focused Brief Therapy (SFBT)

Doel.

Solution Focused Brief Therapy (SFBT) of Kortdurende Oplossingsgerichte Therapie (KOT) is een vorm van gesprekstherapie waarbij oplossingsgericht denken in de plaats komt van probleemgericht denken. Het doel is om de autonomie en het geloof in eigen kunnen van de cliënten te versterken zodat cliënten uiteindelijk zelfstandig oplossingen kunnen vinden voor hun probleem.

Doelgroep

De Kortdurende Oplossingsgerichte Therapie is bedoeld voor iedereen die zelf geen oplossingen vindt voor zijn problemen en die begeleiding zoekt daarin.

Aanpak

Het uitgangspunt van Oplossingsgerichte Therapie is dat het niet altijd nodig is om inzicht te hebben in het ontstaan van problemen om deze te kunnen oplossen. De nadruk van de behandeling ligt daarom op het vinden van oplossingen. De cliënt wordt gezien als expert. Voor de hulpverlener is het referentiekader van de cliënt bepalend voor de manier waarop oplossingen worden vormgegeven. De hulpverlener neemt een houding van niet-weten aan zodat de expertrol van de cliënt tot uitdrukking komt. Een ander aspect van de houding van de hulpverlener is 'leading from one step behind'. Dat betekent dat de hulpverlener figuurlijk gesproken achter de cliënt staat. Door oplossingsgerichte vragen te stellen kijkt hij over de schouder van de cliënt mee en nodigt hij de cliënt uit om zijn doel te bepalen en de mogelijke oplossingen zo breed mogelijk te verkennen.

Kenmerkend voor Oplossingsgerichte Therapie is het vertrouwen van de hulpverlener in de mogelijkheden van de cliënt om zelf positieve veranderingen te realiseren. Oplossingen worden geconstrueerd door uitzonderingen op het probleem of situaties waarin het probleem verwacht wordt maar zich niet voordoet, te identificeren en uit te spitten. De competenties en sterke kanten worden benadrukt en vervolgens gericht ingezet om nieuw gedrag aan te leren

Het aantal sessies varieert tussen de 5 à 10 sessies, soms minder, soms meer, afhankelijk van het probleem. De cliënt kan zelf aangeven wanneer hij denkt voldoende bagage te hebben om zelfstandig verder te kunnen.

Werkzame factoren

Het lijkt erop dat de werkzame ingrediënten voor verandering zijn:

- de focus op kleine en specifieke gedragingen;
- het proces van gezamenlijk zoeken naar oplossingen;
- de hoop en focus op positieve oplossingen in plaats van op problemen;
- het zicht richten van de hulpverlener op de mening en de aanwezige capaciteiten van de cliënten;
- het accepteren van de gevoelens, persoonlijke stijl, ambivalentie en verwarring van de cliënt door de hulpverlener;
- het tegemoet komen aan de behoefte aan autonomie van de cliënt.

Effectiviteit

Er zijn diverse meta-analyses en reviews die een overzicht geven van de effecten van Oplossingsgerichte Therapie. In het algemeen concluderen onderzoekers dat Oplossingsgerichte Therapie positieve effecten heeft (vb. Corcoran & Pillai, 2009; Quick & Gizzo, 2007; Stams, Dekovic, Buist, & de Vries, 2006).

Naar het effect van oplossingsgerichte therapie bij kinderen en jongeren of bij gezinnen is nog weinig onderzoek gedaan. Twee studies van goede tot vrij goede kwaliteit en een meta-analyse laten wel overwegend positieve effecten van oplossingsgericht werken met deze doelgroep zien. Het lijkt erop dat met Oplossingsgerichte Therapie positieve resultaten te behalen zijn als het gaat om veranderingen in het problematisch gedrag van kinderen en jongeren (Kim & Franklin, 2009; Corcoran, 2006).

Bartelink (2011) formuleert verder een aantal voorzichtige conclusies die men vanuit het geleverde onderzoek zou kunnen trekken:

- oplossingsgerichte therapie is effectiever dan geen therapie;
- oplossingsgerichte therapie lijkt minstens even effectief als andere psychosociale behandelingen;
- in de meeste gevallen zijn significant minder sessies met oplossingsgerichte therapie nodig om hetzelfde resultaat als bij andere psychosociale behandelingen te bereiken.

Meer informatie

Oplossingsgerichte Therapie is ontwikkeld door Insoo Kim Berg en Steve de Shazer en hun collega's van het Brief Family Therapy Center in Milwaukee in de Verenigde Staten.

Voor meer informatie over deze therapie en opleidingen en workshops in Oplossingsgerichte Therapie kan men in Vlaanderen terecht bij het Korzybski-Instituut te Brugge. Meer informatie hierover is te vinden op hun website: www.korzybski.com.

Een beschrijving van deze therapie (Bartelink, 2011), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te downloaden via de website van het Nederlands Jeugdinstituut: www.nji.nl.

Referenties

- Bartelink, C. (2011). *Oplossingsgerichte therapie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 7-5-2012 van www.nji.nl
- Corcoran, J. (2006). A comparison group study of solution-focused therapy versus "treatment-as-usual" for behavior problems in children. *Journal of Social Service Research*, 33(1), 69-81.
- Corcoran, J., & Pillai, V. (2009). A review of the research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work*, 39(2), 234-242.
- Kim, J. S., & Franklin, C. (2009). Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. *Children and Youth Services Review*, 31(4), 464-470.
- Quick, E. K., & Gizzo, D. P. (2007). The "doing what works" group: A quantitative and qualitative analysis of solution-focused group therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 18(3), 65-84.
- Stams, G. J., Dekovic, M., Buist, K., & de Vries, L. (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: Een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 39(2), 81-94.

STOP4-7 - Samen sterker Terug Op Pad

Doel

STOP4-7 staat voor Samen sterker Terug Op Pad. Het doel van STOP 4-7 is om gedragsproblemen en in het bijzonder antisociaal gedrag, bij kinderen van 4 tot en met 7 jaar aan te pakken, om zo te voorkomen dat deze kinderen verder ontsporen.

Doelgroep

De interventie is ontwikkeld voor kinderen van 4 tot en met 7 jaar, wie bij sprake is van een (oppositieel opstandige) gedragsstoornis. Daarnaast richten onderdelen van de interventie zich expliciet op de ouders van de betreffende kinderen en op de leerkrachten.

Contra-indicaties

De interventie is niet bedoeld voor kinderen die op een lager niveau functioneren dan een vierjarige. Ook kinderen die helemaal niet in groep kunnen functioneren of kinderen waarvan de ouders niet kunnen of willen deelnemen worden meestal niet toegelaten tot het programma.

Aanpak

De STOP4-7-interventie omvat drie groepstrainingen, aangevuld met huis- en schoolbezoeken om de interventie meer op maat van het individuele gezin en klas uit te werken. (De Mey e.a., 2005). De kindertraining bestaat uit 10 bijeenkomsten van 9.30u tot 15u gedurende 10 opeenvolgende weken. Het is een training in sociaal cognitieve vaardigheden. Een belangrijke plaats in het geheel neemt het leren herkennen van de basisemoties in: blijheid, verdriet, angst en boosheid. Achtereenvolgens komen volgende vaardigheden aan de orde: rolnemingsvaardigheden, zelfcontrolevaardigheden, probleemoplossende vaardigheden, vaardigheden voor samenspelen en samenwerken en werkhoudingsvaardigheden.

De oudertraining bestaat uit 10 bijeenkomsten van twee uur. De oudertraining, is in eerste instantie een training in opvoedingsvaardigheden. De volgende vijf opvoedingsvaardigheden dienen als basis voor de oudertraining: het tonen van positieve betrokkenheid, het realiseren van positieve bekrachtiging, het beschikken over de vaardigheid om interpersoonlijke problemen op te lossen, disciplineren, en monitoring ofwel toezicht houden

De leerkrachtentraining tenslotte, bestaat uit vier bijeenkomsten van een voormiddag. In bijeenkomst 1 staan zaken op het programma als een theoretische inleiding op antisociaal gedrag en leertheorieën, observeren, basisklimaat, structuur bieden en aanmoedigen. Bijeenkomst 2 gaat over positief gedrag versterken en storend gedrag verminderen. In bijeenkomst 3 is het versterken van aangeleerde vaardigheden bij kinderen aan de orde. In bijeenkomst 4 wordt aandacht besteed aan moeilijke situaties en communicatie tussen leerkrachten en ouders.

Werkzame factoren

Er wordt gewerkt op meerdere fronten, namelijk kinderen, ouders en leerkrachten

- De interventie richt zich bij de kinderen voornamelijk op de stimulering en versterking van de sociaal-cognitieve ontwikkeling, zodat sociale informatie meer adequaat wordt verwerkt, de zelfcontrole wordt vergroot en de probleemoplossingsvaardigheden alsook de sociale vaardigheden worden versterkt.
- Daarnaast krijgen de ouders een training waardoor hun vaardigheden om de ouderrol adequaat te vervullen worden uitgebreid, hun zelfvertrouwen wordt versterkt en de sfeer in de gezinssituatie verbetert.
- De leraren op school worden getraind met het oog op de verbetering van het pedagogische klimaat op de school van de betreffende kinderen.

Effectiviteit

In Vlaanderen is een veranderingsonderzoek onder 201 kinderen uitgevoerd alsook een onderzoek met een controlegroep (De Mey, 2010; De Mey & Braet, 2010). In Nederland wordt het programma dat in vier instellingen wordt uitgevoerd regelmatig op effectiviteit onderzocht (van Brussel, de Meijer, Veerman, & De Mey, 2009; De Mey, 2010). Uit al het uitgevoerde onderzoek blijkt dat het programma significant positieve resultaten oplevert. De effectgroottes variëren van klein tot groot. Een groot deel van de kinderen verandert van status: van klinisch naar niet-klinisch.

Van het Nederlands Panel Jeugdzorg en van de Nederlands Erkenningcommissie Interventies heeft STOP 4-7 het oordeel 'Theoretisch goed onderbouwd' gekregen.

Meer informatie

De interventie is ontwikkeld door Dr. Wim De Mey, Universiteit van Gent, Vakgroep Ontwikkelings, Persoonlijheids- en Sociale Psychologie, wim.demey@ugent.be.

Er is een uitgebreide STOP4-7-map beschikbaar (De Mey e.a., 2005). Naast een algemene theoretische verantwoording van de training bevat deze map drie gedetailleerde handleidingen: voor de kindertraining, de oudertraining en de leerkrachtentraining.

Alle informatie over STOP4-7 is te vinden via de website: www.stop4-7.be.

Om de training te mogen geven moet men een sociaalagogische of menswetenschappelijke opleiding hebben afgerond en een vijfdaagse cursus hebben gevolgd bij één van de erkende opleiders. Sinds begin 2007 wordt STOP gesubsidieerd door Kind&Gezin. In elke Vlaamse provincie zijn er ondertussen meerdere STOP-teams actief.

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Elling, 2010), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Elling, M. (2010). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'STOP4-7 - Samen sterker Terug Op Pad'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 06-02-2012 van www.nji.nl.
- De Mey, W., Messiaen, V., Van Hulle, N., Merlevede, E. & Winters, S. (2005). *Samen sterker Terug Op Pad (STOP4-7) Een vroege interventie voor jonge kinderen met gedragsproblemen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- De Mey, W. (2010). *Begeleiding van ouders van jonge kinderen met gedragsproblemen vanuit een sociaalpedagogische en ontwikkelingspsychopathologisch perspectief*. Universiteit Gent: Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen.
- De Mey, W. & Braet, C. (2011). STOP4-7, an early intervention for children with behavioral disorders: Client characteristics and preliminary findings. *European Journal of Developmental Psychology*, 8(2), 203-214.
- van Brussel, M., de Meijer, R., Veerman, J.W. & De Mey, W. (2009). Evaluatie van een multimodale behandeling voor kleuters met ernstige gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 30(2), 66-81.

Teamgericht Zorgoverleg Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS)

Doel

TZAS is een regelmatig terugkerend groepsgesprek van samenwerkende collega's, liefst met hun leidinggevende als gespreksleider, over opvang na agressie en andere schokkende gebeurtenissen en veilig(er) werken op de afdeling. De doelstellingen van TZAS zijn het realiseren van collegiale opvang van medewerkers na agressie en andere schokkende gebeurtenissen en het gezamenlijk ontwikkelen van preventieve maatregelen.

Doelgroep

TZAS is vooral gericht op de zorg- en welzijnssector, en kan door iedere medewerker en iedere afdeling worden gebruikt. Een belangrijke voorwaarde voor TZAS is dat teams vanuit het management ruimte krijgen om een aantal maatregelen te realiseren, dat managers een ondersteunde rol spelen, en dat wanneer dat nodig blijkt te zijn ook aan omvangrijker maatregelen uitvoering gegeven wordt.

Aanpak

De inhoud van TZAS is:

- het realiseren van een onderling opvangsysteem van medewerkers;
- het bespreken van knelpunten bij de onderlinge opvang; brainstormen over oplossingen van de knelpunten;
- het bespreken van eigen ervaringen met agressie, seksuele intimidatie en andere schokkende gebeurtenissen: de feiten én de emoties;
- het bespreken van normen en waarden rond agressie en onveiligheid op het werk;
- het registreren van incidenten van agressie en onveiligheid;
- het bespreken van oorzaken van agressie en onveiligheid; brainstormen over preventie;
- het uitwerken en uitvoeren van maatregelen;
- het meten van effecten van maatregelen.

Uitgangspunten van TZAS zijn:

- Het lijnmanagement is verantwoordelijk voor opvang en veiligheid.
- Medewerkers zijn ook deskundig op het gebied van opvang en veilig werken.
- Collegiale steun is van groot belang.

Leidinggevendenden zijn verantwoordelijk voor TZAS. Zij zullen worden getraind in de methodiek. Gedurende de training worden twee protocollen gebruikt: het opvangprotocol en het veiligheidsprotocol. Beide protocollen kennen een globale opbouw in drie fasen: het inventariseren van ervaringen, het analyseren van ervaringen en het oplossen van knelpunten.

Effectiviteit

Er zijn geen studies gevonden die de effectiviteit van TZAS onderzocht hebben.

Meer informatie

TZAS is ontwikkeld door STEINMETZ advies en opleiding in Amsterdam. Meer informatie over TZAS en trainingen in TZAS is te vinden op de website van STEINMETZ advies en opleiding: www.sao.nl.

Referenties

- Beks, M. , Krol, L. (2001). *Agressie en onveiligheid. Werkpakket bij het arboconvenant 2001-2003. Bijlage 7: Informatie over TZAS (pp 55-57)*. Nijmegen: GGZ Nederland. Gedownload op 04-01-2012 van http://www.arbo-ggz.nl/download/Werkpakket_Agressie.pdf.
- STEINMETZ advies en opleiding. *Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en andere schokkende gebeurtenissen*. Amsterdam. Gedownload op 04-01-2012 van www.sao.nl/sao/TZAS%20informatie%20trainingstraject.pdf.

Triple P - Positief Pedagogisch Programma

Doel

Het algemene doel van Triple P is de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap en zelfvertrouwen van ouders. Triple P beoogt:

- competenter opvoedingsgedrag bij het omgaan met gedrags- en faseproblemen;
- minder gebruik van dwingende en negatieve disciplinevormen;
- betere communicatie over opvoedingskwesties tussen ouders onderling en tussen ouders en kind;
- minder opvoedingsstress.

Doelgroep

Triple P is bedoeld voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar.

Contra-indicaties

Triple P onderscheidt vijf interventieniveaus. Deelname aan niveau drie is af te raden wanneer de ouders aan het scheiden zijn of wanneer de ouders en/of het kind lijden aan psychopathologie.

Aanpak

Triple P onderscheidt vijf niveaus van ondersteuning die zijn afgestemd op de verschillende behoeften van gezinnen. Samen bieden zij een samenhangend systeem van interventies dat ouders voorziet van de gewenste informatie en steun bij de opvoeding. De vijf niveaus van ondersteuning zijn:

- Niveau 1: Informatie verstrekken over opvoeden via een gecoördineerde media- en promotiecampagne in de geschreven en de elektronische media.
- Niveau 2: Korte individuele of in groep georganiseerde advisering van ouders en verzorgers, bedoeld voor ouders die vragen hebben met betrekking tot het gedrag en de ontwikkeling van hun kind.
- Niveau 3: Deze interventie bestaat uit 4 sessies, is gericht op kinderen met lichte tot matige gedragsmoeilijkheden, en omvat tevens een actieve vaardigheidstraining voor de ouders.
- Niveau 4: Training in opvoedingsvaardigheden bij ernstige gedragsproblemen van het kind. Een interventie op dit niveau bestaat gewoonlijk uit 8 tot 10 sessies van 90 minuten.
- Niveau 5: Gezinsinterventie in 11 sessies van een uur bij ernstige gedragsproblemen gecombineerd met overige gezinsproblemen.

Werkzame factoren

De vijf basisprincipes voor positief opvoeden die door Triple P gehanteerd worden, zijn:

- het bieden van een veilige en stimulerende omgeving voor kinderen;
- het creëren van een positieve leeromgeving;
- het hanteren van een aansprekende discipline;
- het hebben van realistische verwachtingen van een kind;
- als ouder goed voor jezelf zorgen.

Het hoofdprincipe van Triple P is zelfregulatie waarbinnen aandacht is voor zelfredzaamheid, persoonlijke effectiviteit, zelf leiding geven, zelfsturing en problemen oplossen.

Effectiviteit

Er zijn diverse buitenlandse effectstudies verricht naar de verschillende interventiemethoden van Triple P (o.a. Dadds, Schwartz & Sanders, 1987; Sanders & Mc Farland, 2000; Nicholson & Sanders, 1999; Connell, Sanders & Markie-Dadds, 1997; Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, & Lutzker, 2009). Uit deze studies blijkt dat Triple P leidt tot een vermindering van gedragsproblemen bij kinderen in gezinnen met uiteenlopende problemen en achtergronden, bijvoorbeeld bij kinderen uit conflictueuze gezinnen, kinderen met een depressieve ouder, kinderen in stiefgezinnen, kinderen met aanhoudende eetproblemen en kinderen met gedragsproblemen en wonend in landelijke en afgelegen gebieden. Naast resultaten bij specifieke doelgroepen en risicogroepen zijn

er ook positieve resultaten gevonden bij lichtere gedragsproblematiek. Resultaten uit Nederlands onderzoek onderschrijven de positieve internationale bevindingen (Speetjes, de Graaf, & Blokland, 2007).

Van het Nederlands Panel Jeugdgezondheidszorg en Preventie heeft Triple P het oordeel 'Theoretisch goed onderbouwd' gekregen. Van verschillende Amerikaanse federale en private agentschappen die de effectiviteit van interventies beoordelen, kreeg Triple P het oordeel 'waarschijnlijk effectief', 'veelbelovend' en 'effectief' (Center of the Study and Prevention of Violence, 2011).

Meer informatie

Triple P werd ontwikkeld door Prof. Matt Sanders en zijn collega's van het 'Parenting and Family Support Centre', in de School of Psychology aan de universiteit van Queensland, Australië.

Alle informatie over Triple P België, opleidingen en ondersteunend materiaal is te vinden via de website www.triplep.be

Aangezien Opleidingscursussen voor Verstrekkers van Triple P uitsluitend bestemd zijn voor professionele beroepskrachten, is een postsecundaire opleiding in de Gezondheidszorg, het Onderwijs of Welzijnszorg vereist. Beroepskrachten moeten over enige kennis beschikken met betrekking tot de ontwikkeling van kinderen en adolescenten en moeten tevens enige ervaring hebben in het werken met gezinnen.

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (de Vries, 2008), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Center of the Study and Prevention of Violence (2011). *Matrix of programs*. Gedownload op 01-02-2012 van <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints>.
- Connell, S., Sanders, M.R. & Markie-Dadds, C. (1997) Self-directed behavioural family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behaviour Modification*, 21(4), 379-408.
- Dadds, M.R., Schwartz, S. & Sanders, M.R. (1987). Marital discord and treatment outcome in the treatment of childhood conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.
- de Vries (2008). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Triple P'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 06-02-2012 van www.nji.nl.
- Nicholson, J.M. & Sanders, M.R. (1999). Randomized controlled trial of behavioral family intervention for the treatment of child behavior problems in stepfamilies. *Journal of Divorce & Remarriage*, 30, 1-23.
- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The US Triple P System Population Trial. *Prevention Science*, 10(1), 1-12.
- Sanders, M.R. & McFarland, M. (2000). Treatment of Depressed Mothers With Disruptive Children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy*, 89-112.
- Speetjes, P., de Graaf, I., & Blokland, G. (2007). Het fundament van Triple P. Theoretische onderbouwing en onderzoek. *Jeugd en Co Kennis*, 1(2), 6-18.

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)

Doel.

Het doel van Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) is het verminderen van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen door het versterken van ouderlijke sensitiviteit en het bevorderen van consistente maar sensitieve disciplineringsmethodes.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit gezinnen met één of meer kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 5 jaar met (een verhoogd risico op) gedragsproblemen zoals agressie, oppositioneel en overactief gedrag.

Aanpak

Het VIPP-SD programma wordt uitgevoerd bij de gezinnen thuis of in de kinderopvang en omvat zes bezoeken van ongeveer anderhalf uur. Tijdens de bezoeken worden eerst filmopnames gemaakt, daarna worden de opnames van de vorige keer bekeken en besproken. Dit gebeurt aan de hand van verschillende thema's. Deze thema's zijn achtereenvolgens:

1. Exploratie versus hechtingsgedrag: het laten zien van contactzoekend gedrag en spel van het kind en uitleg van verschillende reacties die nodig zijn van de ouder. Voor wat betreft disciplineringsmethodes komen de strategieën van inductie en afleiden aan bod.
2. 'Speaking for the child': het stimuleren van een nauwkeurige waarneming van signalen van het kind door zijn gezichtsuitdrukkingen en non-verbale signalen te verbaliseren. Stimuleren van positieve bekrachtiging als disciplineringsmethode.
3. Sensitieve keten ('sensitive chain'): uitleg van het belang van het adequaat reageren op signalen van het kind (keten: signaal van het kind – respons van de ouder – reactie van het kind). Gebruik van een sensitieve 'time out'.
4. Delen van gevoelens: tonen en aanmoedigen van de affectieve afstemming van de ouder op positieve en negatieve emoties van het kind. Leren tonen van empathie en begrip voor het kind in disciplineringsituaties.

Werkzame factoren

Om het doel, het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen, te bereiken wordt er gewerkt aan:

1. het vergroten van de observatievaardigheden van de opvoeders;
2. het vergroten van de kennis van de opvoeders over opvoeding en ontwikkeling van jonge kinderen;
3. het versterken van het vermogen van de opvoeders zich in hun kind in te leven;
4. het bevorderen van adequaat opvoedingsgedrag in de vorm van sensitieve responsiviteit en sensitief disciplineren.

Effectiviteit

Naar de effecten van VIPP-SD hebben twee studies met zeer sterke bewijskracht plaatsgevonden. Uit de eerste studie bleek na de interventie de houding van de interventiegroep ten aanzien van sensitiviteit en sensitief disciplineren significant te zijn verbeterd. Interventiemoeders maakten na afloop van de interventie significant meer gebruik van sensitief disciplineren. De kinderen in de interventiegroep toonden na afloop van de interventie minder overactief gedrag dan de

controlegroep (van Zeijl et al., 2006). In de tweede studie bleken kinderen die aan VIPP hadden deelgenomen minder externaliserend probleemgedrag te vertonen dan kinderen die niet aan de interventie hadden deelgenomen (Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, & IJzendoorn, 2006).

Twee buitenlandse studies hebben eveneens de effectiviteit van de interventie laten zien in een toename van sensitieve interactie en autonomie van het kind en een afname van conflicten (Kalinauskiene et al., 2009; Stein et al., 2006).

VIPP-SD is erkend door de Nederlandse Erkenningcommissies Interventies en kreeg als oordeel 'Bewezen effectief'.

Meer informatie

Voor meer informatie over VIPP-SD en de mogelijkheden om deel te nemen aan een training is te vinden op de website www.leidenattachmentresearchprogram.eu/vipp/nl of u kunt hiervoor contact opnemen met: Marian Bakermans-Kranenburg, Centrum voor Gezinsstudies, Leiden, Tel. 071-5273434, Email: bakermans@fsw.leidenuniv.nl.

Uitvoerders van VIPP-SD dienen een vijfdaagse workshop te hebben gevolgd die wordt aangeboden door het Centrum voor Gezinsstudies Universiteit Leiden.

Een uitgebreide beschrijving van deze interventie (Ince, 2009), waarop de informatie uit deze fiche gebaseerd is, is te vinden in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut: www.jeugdinterventies.nl.

Referenties

- Ince, D. (2009). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 27-4-2012 van www.nji.nl.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2012). Folder VIPP-SD. Leiden: Universiteit Leiden. Gedownload op 27-4-2012 van www.leidenattachmentresearchprogram.eu/vipp/nl/.
- Kalinauskiene, L., Cekuoliene, D., van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F. & I. Kusakovskaja (2009). Supporting insensitive mothers: the Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: Care, Health & Development*, 35, 613-623.
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F. & Van IJzendoorn, M.H. (2006). Preventing Preschool Externalizing Behavior Problems Through Video-feedback Intervention in Infancy. *Infant Mental Health Journal*, 27, 466-493.
- Stein, A., Woolley, H., Senior, R., Hertzmann, L., Lovel, M., Lee, J., et al. (2006). Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: a randomized, controlled trial of Video Feedback. *American Journal of Psychiatry*, 163, 899-906.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M., et al. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers 1- to 3-year old children at risk for externalizing behavior problems; a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 994-1005.



Vragenlijst Agressiepraktijken

Deze vragenlijst is vertrouwelijk. De gegevens zullen anoniem verwerkt worden in een onderzoeksrapport dat u na afloop van het onderzoek zal ontvangen. De duur van de vragenlijst is erg afhankelijk van het aantal praktijken dat u binnen uw voorziening toepast en varieert tussen 5 minuten en 30 minuten.

Met alle vragen over het onderzoek of de vragenlijst kan u terecht bij Joke Opendacker (Joke.Opendacker@khlim.be of 0472 268382).

In deze vragenlijst verwijst de term 'jongeren' naar alle cliënten binnen de bijzondere jeugdzorg van 0 tot 21 jaar.

1. Tot welke categorie behoort uw voorziening? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Begeleidingstehuis*
- Gezinstehuis*
- Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentrum*
- Dagcentrum*
- Thuisbegeleidingsdienst*
- Dienst voor Begeleid Zelfstandig Wonen*
- Dienst voor Pleegzorg*
- Dienst voor Herstelgerichte en Constructieve Afhandeling*
- Dienst voor Crisishulp aan Huis*
- Multifunctioneel Centrum*

2. Welke functie heeft u binnen deze voorziening?

- Directie*
- Pedagogisch coördinator*
- Psycholoog/Pedagoog*
- Teamverantwoordelijke*
- Opvoeder*
- Ander*

namelijk

3. Welke praktijken met betrekking tot het voorkomen van of het omgaan met agressie worden er toegepast binnen uw voorziening? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Life Space Crisis Intervention (LSCI)*
- Rots en Water*
- Geweldloos Verzet*
- Equip*
- Agression Replacement Training (ART, Goldstein)*
- Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB)*
- STOP 4-7*
- Minder boos en opstandig*
- Opstandige kinderen oudertraining*
- Parent Management Training (PMT)*
- Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*
- Families First*
- Functionele Gezinstherapie (FFT)*
- Multisysteem therapie (MST)*
- Triple P - Positief Pedagogisch Programma*
- Herstelgericht groepsoverleg (Hergo)*
- Driegesprekkenmodel*
- Intervisiemethoden Incidenten (IMI)*
- Teamgericht Zorgoverleg Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS)*
- Restoratieve cirkels*
- Persoonlijke en teamgerichte veiligheidstechnieken (PTV)*
- Geen van deze praktijken*

4. Worden er binnen uw voorziening nog andere praktijken toegepast met betrekking tot het voorkomen van of het omgaan met agressie?

- Ja* Ga naar vraag 5.
- Nee* Ga naar vraag 29.

5. Geef via onderstaande vragen een omschrijving van de eerste of enige andere praktijk die u binnen uw voorziening toepast met betrekking tot het voorkomen van of het omgaan met agressie. Indien deze praktijk een naam heeft, vul deze dan hier in

6. Staat deze praktijk beschreven op papier (dit mag ook een intern document zijn) ?

- Ja*
- Nee*

7. Is er een handleiding beschikbaar?

- Ja* Ga naar vraag 8.
- Nee* Ga naar vraag 9.

8. Is deze handleiding toegankelijk voor de hulpverleners die de praktijk gebruiken?

- Ja*
- Nee*

9. Is er een training voor de hulpverleners die de praktijk gebruiken?

- Ja
 Nee

10. Wat is het doel van de praktijk? (maximum 3 antwoorden mogelijk)

- Het agressieve gedrag van de jongere verminderen
 De jongere alternatieven leren voor zijn zelfvernietigende denkpatronen
 De jongere vaardigheden bijbrengen om het eigen gedrag te reguleren
 De sociaal-emotionele en mentale ontwikkeling van de jongere stimuleren
 De jongeren motiveren en leren om elkaar te helpen en van elkaar positief gedrag te leren
 Ruzie en conflicten leren oplossen
 Spanningen na een agressie-incident wegnemen
 De dader inzicht geven in de aanleiding tot agressie en in de positie van het slachtoffer
 De schade naar het slachtoffer herstellen
 De getuigen van een agressie-incident vat laten krijgen op wat er gebeurd is
 Een traumatische gebeurtenis verwerken
 Voorkomen dat de draagkracht van teams overbelast geraakt door een opeenstapeling van incidenten
 Het functioneren van het gezin verbeteren
 Het gedrag van de jongere in het gezin verbeteren
 Voorkomen dat één of meer kinderen uit huis worden geplaatst
 Ander

namelijk

11. Voor wie is deze praktijk bestemd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Jongeren
 Ouders/Opvoedingsverantwoordelijken
 Medewerkers
 Ander

namelijk

12. Wat is de doelgroep van deze praktijk wat betreft de problematiek? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Jongeren met sociaal-emotionele problemen
- Jongeren met een oppositioneel opstandige gedragsstoornis
- Jongeren met een gedragsstoornis niet anderszins omschreven
- Jongeren met ADHD
- Jongeren met een problematische opvoedingssituatie (POS)
- Jongeren die een als misdrijf omschreven feit (MOF) hebben gepleegd
- Niet gespecificeerd
- Ik weet het niet
- Ander

namelijk

13. Wat is de doelgroep van deze praktijk wat betreft geslacht? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Enkel jongens
- Enkel meisjes
- Jongens en meisjes

14. Voor welke leeftijd is deze praktijk volgens u geschikt?

van (vul leeftijd in)

tot (vul leeftijd in)

15. Wat is de doelgroep van deze praktijk wat betreft de verblijfssituatie van de jongere? (meerdere antwoorden mogelijk)

- In een (semi)-residentiële voorziening
- In een gezin
- Zelfstandig wonend
- Niet gespecificeerd
- Ik weet het niet
- Ander

namelijk

16. Wat is de doelgroep van deze praktijk met betrekking tot de rol van de betrokkenen in het agressie-incident? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Daders van een agressie-incident*
- Slachtoffers van een agressie-incident*
- Getuigen van een agressie-incident*
- Niet gespecificeerd*
- Ik weet het niet*
- Ander*

namelijk

17. Wat zijn mogelijke contra-indicaties voor het toepassen van deze praktijk, met andere woorden voor wie is de praktijk niet geschikt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal*
- Een IQ lager dan 75*
- Ernstige psychiatrische stoornissen*
- Zedendelinquentie*
- Middelenafhankelijkheid*
- Niet gespecificeerd*
- Ik weet het niet*
- Ander(en)*

namelijk

18. Op welke theoretische achtergronden baseert deze praktijk zich? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Sociale leertheorie*
- Cognitieve gedragstherapie*
- Systeemtheorie*
- Psychodynamische theorie*
- Structurele gezinstherapie*
- Ecologische theorie*
- Communicatietheorie.*
- Theorie over sociale informatieverwerking*
- Theorie over morele ontwikkeling*
- Ontwikkelingstheorie*
- Er is geen theoretische achtergrond*
- Ik weet het niet*
- Ander(en)*

namelijk

19. Wordt er beschreven op welke manier deze theoretische achtergrond verwerkt is in de praktijk?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

20. Wat zijn de specifiek werkzame factoren van deze praktijk? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Het vergroten van de probleemoplossende vaardigheden van de jongere
- Het stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jongere
- Het vergroten van de (pro)-sociale vaardigheden van de jongere
- Het vergroten van het vermogen tot woedebeheersing van de jongere
- Het vergroten van de zelfcontrole van de jongere (niet specifiek met betrekking tot agressie)
- Het bevorderen van het niveau van moreel redeneren en moreel handelen van de jongere
- Het verminderen van de gewelddadige denkstijl van de jongere
- Het ontdekken van beperkende gedachten en deze vervangen door helpende gedachten bij de jongere
- Het vergroten van de vaardigheden om met conflicten om te gaan bij de jongere
- Het verbeteren van kennis rondom emoties bij de jongere
- Het opbouwen van een positief en realistisch zelfbeeld bij de jongere
- Het versterken van de motivatie tot gedragsverandering bij de jongere
- Het vergroten van het vertrouwen van de jongere in volwassenen
- Het vergroten van het vertrouwen van de jongere in de sociale omgeving
- Het vergroten van het begrip van de jongere voor anderen
- De jongere leren omgaan met andermans en eigen macht, kracht en onmacht
- Het stimuleren van zelfreflectie bij de jongere
- Het leren uitvoeren van fysieke oefeningen zoals gronden, centreren en focussen
- Het naar elkaar leren luisteren
- Het bespreken van belevingen en gevoelens met betrekking tot een agressie-incident
- Het ontwikkelen van een positieve groepscultuur
- Het verbeteren van de communicatie in het gezin
- Het versterken van de pedagogische vaardigheden van de ouders
- Het versterken van het zelfvertrouwen van de ouders
- Het vergroten van de vaardigheden om met conflicten om te gaan bij de ouders
- Ik weet het niet
- Ander(en)

namelijk

21. Hoe wordt de praktijk uitgevoerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Individueel
- In groep
- In het gezin
- Anders

namelijk

22. Geef aan op welke manier jullie de ouders/opvoedingsverantwoordelijken van de jongere vanuit deze praktijk betrekken bij het voorkomen van en het omgaan met agressie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- De ouders/opvoedingsverantwoordelijken worden niet betrokken*
- Er is een training voor de ouders/opvoedingsverantwoordelijken*
- Er is een begeleidend gesprek met de ouders/opvoedingsverantwoordelijken*
- De ouders/opvoedingsverantwoordelijken worden regelmatig op de hoogte gebracht van de vorderingen van de jongere*
- Anders*

namelijk

23. Geef aan op welke manier jullie de school van de jongere vanuit deze praktijk betrekken bij het voorkomen van en het omgaan met agressie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- De school wordt niet betrokken*
- Er wordt samengewerkt met de leerlingenbegeleiding/zorgcoördinator*
- Er is een training voor leerkrachten*
- Anders*

namelijk

24. Geef aan op welke manier jullie de hulpverleners vanuit deze praktijk betrekken bij het voorkomen van en het omgaan met agressie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- De hulpverleners worden niet betrokken*
- Er is een training voor de opvoeders*
- Er is een training voor de leidinggevenden*
- Anders*

namelijk

25. Geef aan op welke manier jullie andere jongeren vanuit deze praktijk betrekken bij het voorkomen van en het omgaan met agressie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Andere jongeren worden niet betrokken*
- Ze leren van elkaar tijdens groepsbijeenkomsten*
- Een andere jongere treedt op als bemiddelaar*
- Anders*

namelijk

26. Bestaat er vanuit deze praktijk een procedure met betrekking tot het bewaken van de veiligheid van de werknemers?

- Niet van toepassing*
- Nee*
- Ja*

Zo ja, kan u deze procedure hieronder kort beschrijven?

27. Bestaat er vanuit deze praktijk een procedure voor het afbreken van de hulpverlening?

- Niet van toepassing*
- Nee*
- Ja*

Zo ja, kan u deze procedure hieronder kort beschrijven?

28. Heeft u weet van onderzoek dat gedaan is met betrekking tot deze praktijk?

- Nee*
- Ja*

Zo ja, geef hieronder de verwijzingen naar publicaties over dit onderzoek of geef de resultaten van dit onderzoek kort weer

29. Geef aan hoe vaak binnen uw voorziening volgende handelingen worden uitgevoerd na een agressie-incident. Doe dit door aan te geven hoe vaak elke handeling wordt uitgevoerd per 10 agressie-incidenten.

	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 7	8 - 9	10	N.V.T.
De dader wordt in afzondering geplaatst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De dader krijgt kalmerende medicatie toegediend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De dader krijgt een time-out	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De dader krijgt een sanctie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er is één individueel opvanggesprek met de dader	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn meerdere gesprekken met de dader	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De ouders van de dader worden ingelicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De school van de dader wordt ingelicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er is één nazorggesprek voor het slachtoffer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn meerdere nazorggesprekken voor het slachtoffer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De ouders van het slachtoffer worden ingelicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er is een herstelgesprek tussen dader en slachtoffer binnen de voorziening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er is een herstelgesprek tussen dader en slachtoffer met een neutrale bemiddelaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er is een nazorggesprek voor de getuigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het incident wordt besproken in de leefgroep	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het incident wordt besproken tijdens het teamoverleg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het incident wordt geregistreerd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het incident wordt gemeld bij de directie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het incident wordt gemeld bij de verwijzer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er is een gesprek met de verwijzer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er wordt aangifte gedaan bij de politie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Zijn er nog andere handelingen die worden uitgevoerd na een agressie-incident? Zo ja, vul aan

31. Reageert men binnen uw voorziening anders na een agressie-incident naargelang wie het slachtoffer is (vb andere jongere, medewerker, ouders, school, andere)?

- Nee
 Ja

Zo ja, geef hieronder kort weer op welke manier de reactie verschilt

32. Reageert men binnen uw voorziening anders na een agressie-incident naargelang de kenmerken van de dader (vb. -12, +12, met of zonder externaliserende gedragsproblematiek)?

Nee

Ja

Zo ja, geef hieronder kort weer op welke manier de reactie verschilt

33. Reageert men binnen uw voorziening anders na een agressie-incident naargelang het aantal eerdere agressie-incidenten?

Nee

Ja

Zo ja, geef hieronder kort weer op welke manier de reactie verschilt

34. Geef aan hoe vaak binnen uw voorziening volgende handelingen worden uitgevoerd wanneer de hulpverlening dreigt afgebroken te worden door agressie. Doe dit door aan te geven hoe vaak elke handeling wordt uitgevoerd per 10 dreigende breuken in de hulpverlening.

	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 7	8 - 9	10	N.V.T.
Gesprek met de jongere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesprek met de ouders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesprek met de ouders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teamoverleg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Time-out voor de jongere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesprek met behulp van extern bemiddelaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bespreking in de leefgroep	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesprek met de verwijzer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Zijn er vanuit deze praktijk nog andere handelingen die worden uitgevoerd wanneer de hulpverlening dreigt afgebroken te worden door agressie? Zo ja, vul aan

36. Welke praktijk(en) met betrekking tot het voorkomen of het omgaan met agressie zou u aan verantwoordelijken van andere voorzieningen aanraden?

- Life Space Crisis Intervention (LSCI)*
- Rots en Water*
- Geweldloos Verzet*
- Equip*
- Agression Replacement Training (ART, Goldstein)*
- Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB)*
- STOP 4-7*
- Minder boos en opstandig*
- Opstandige kinderen oudertraining*
- Parent Management Training (PMT)*
- Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*
- Families First*
- Functionele Gezinstherapie (FFT)*
- Multisysteem therapie (MST)*
- Triple P - Positief Pedagogisch Programma*
- Herstelgericht groepsoverleg (Hergo)*
- Driegesprekkenmodel*
- Intervisiemethoden Incidenten (IMI)*
- Teamgericht Zorgoverleg Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS)*
- Restoratieve cirkels*
- Persoonlijke en teamgerichte veiligheidstechnieken (PTV)*
- Geen enkele praktijk*
- Ander(en) (bv. een praktijk hierboven omschreven)*

namelijk

37. Welke praktijk(en) zou u aanraden om breuken in de hulpverlening door agressie te voorkomen?

- Life Space Crisis Intervention (LSCI)*
- Rots en Water*
- Geweldloos Verzet*
- Equip*
- Agression Replacement Training (ART, Goldstein)*
- Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB)*
- STOP 4-7*
- Minder boos en opstandig*
- Opstandige kinderen oudertraining*
- Parent Management Training (PMT)*
- Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*
- Families First*
- Functionele Gezinstherapie (FFT)*
- Multisysteem therapie (MST)*
- Triple P - Positief Pedagogisch Programma*
- Herstelgericht groepsoverleg (Hergo)*
- Driegesprekkenmodel*
- Intervisiemethoden Incidenten (IMI)*
- Teamgericht Zorgoverleg Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS)*
- Persoonlijke en teamgerichte veiligheidstechnieken (PTV)*
- Restoratieve cirkels*
- Geen enkele praktijk*
- Ander(en) (bv. een praktijk hierboven omschreven)*

namelijk

38. Om welke redenen zou u deze praktijken aanraden om breuken in de hulpverlening door agressie te voorkomen?

39. Voor hoeveel cliënten in het voorbije jaar (2011) dreigde de hulpverlening in uw voorziening afgebroken te worden naar aanleiding van één of meerdere agressie-incidenten?

40. Hoeveel van deze dreigende breuken werden er voorkomen?

41. Op welke manier werden deze dreigende breuken in de hulpverlening voorkomen?

42. Hoe komt het dat dit in sommige gevallen niet gelukt is?

43. Naast goede praktijken met betrekking tot het voorkomen van of het omgaan met agressie vinden we in de literatuur ook verschillende elementen terug die betrekking hebben op het integraal agressiebeleid van een voorziening. We zouden graag een beeld willen krijgen welke van deze elementen aan bod komen in het agressiebeleid van de verschillende voorzieningen binnen de bijzondere jeugdbijstand. Daarom willen we u vragen om voor elke van volgende vragen aan te geven of dit aanwezig is in uw voorziening of niet.

	Ja	Nee
Beschikt uw organisatie over een agressiebeleid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is er binnen uw organisatie een werkgroep rondom agressiebeheersing?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft elk team de organisatierichtlijnen vertaald naar teamafspraken of vastgelegd in een eigen agressieprotocol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is er een gedragscode voor cliënten met betrekking tot agressie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is er een gedragscode voor bezoekers met betrekking tot agressie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is er een gedragscode voor medewerkers met betrekking tot agressie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Worden alle agressie-incidenten geregistreerd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zijn technische en organisatorische maatregelen genomen om de veiligheid van gebouw en omgeving te vergroten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Staat agressie regelmatig op de agenda van het werkoverleg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebben alle medewerkers een training agressiehantering gevolgd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zijn medewerkers voorgelicht over de effecten van traumatische ervaringen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunnen medewerkers signalen van verwerking bij collega's en henzelf herkennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zijn medewerkers getraind in het toepassen van persoonlijke en teamgerichte veiligheidstechnieken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zijn er binnen de organisatie duidelijke richtlijnen over wanneer en hoe medewerkers assistentie in kunnen schakelen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschikt uw organisatie over een alarmsysteem (denk aan alarmknoppen, piepers, noodtelefoon, etc)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zijn er in uw organisatie duidelijke afspraken over wie verantwoordelijk is voor de opvang en nazorg na een agressie-incident?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zijn de collega's die verantwoordelijk zijn voor de opvang en nazorg getraind in het voeren van opvang - en nazorggesprekken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zijn er in uw organisatie duidelijke instructies en procedures voor de eerste opvang en nazorg na een agressie-incident?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. Indien u nog opmerkingen heeft over de vragenlijst of het onderzoek, of informatie heeft over goede praktijken die nog niet in deze vragenlijst naar voor zijn gekomen, dan kan u dit hieronder vermelden.

45. Zoals eerder vermeld zullen de gegevens uit deze vragenlijst anoniem verwerkt worden. Het zou echter zeer interessant zijn om meer te weten te komen over goede praktijken die we via deze vragenlijst ontdekken. Indien u het goed vindt dat we u in dat geval contacteren, vul dan hieronder u contactgegevens in:

Naam voorziening:

Naam contactpersoon:

E-mail contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

46. Op donderdag 31 mei 2012 zal er een studiedag plaatsvinden waarin de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd zullen worden. Daarnaast willen tijdens deze studiedag een aantal goede praktijken naar voor brengen. Zou u bereid zijn om tijdens de studiedag meer uitleg te komen geven over een goede praktijk die u binnen uw voorziening toepast (vb. in de vorm van een workshop).



Ja



Nee

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!