Onderzoeksrapport

Werkzame factoren en methodieken in de residentiële werkvormen in de bijzondere jeugdbijstand: een review van bestaand onderzoek en een behoeftenonderzoek bij residentiële werkvormen

Lydwine Huizinga
Steunpunt Jeugdhulp

In opdracht van het Agentschap Jongerenwelzijn

Augustus 2012

STEUNPUNT JEUGDHULP

jongerenwelzijn
JONG LEVEN RICHTING GEVEN

Inhoud

I. Inleiding ... 3

II. Referentiekaders ... 4

HOOFDSTUK 1 Literatuuronderzoek ... 8

A. Begrippenkader ... 8

1. Wat is werkzaam? ... 8
2. Algemeen en specifiek werkzame factoren ... 9
3. Kwaliteitscriteria ... 10

B. Ontwikkelingen residentiële jeugdzorg ... 12

1. Ontwikkelingen residentiële jeugdzorg ... 12
2. Theoretische kaders ... 14

C. Methode literatuuronderzoek ... 16

1. Kernliteratuur ... 16
2. Aanvullende literatuur ... 17

D. Werkzame factoren en kwaliteitscriteria ... 19

1. Care en cure ... 20
2. Overzicht werkzame factoren en kwaliteitscriteria ... 21
3. Beschrijving werkzame factoren en kwaliteitscriteria ... 24

3.1 Werkzame factoren en kwaliteitscriteria voor orthopedagogische basiszorg ... 24

3.1.1 Relatie hulpverlener-cliënt ... 24
3.1.2 Veiligheid ... 25
3.1.3 Individuele aandacht ... 27
3.1.4 Normale ontwikkeling van de jongere ... 27

3.2 Werkzame factoren en kwaliteitscriteria voor effectieve zorg en behandeling ... 28

3.2.1 Context ... 28
3.2.2 Gedragsmatige aanpak ... 31
3.2.3 Therapie ... 32
3.2.4 Multimodaal en multimethode ... 32
3.2.5 Motivatie ... 33
3.2.6 Participatie ... 34
3.2.7 Krachtgericht werken ... 36
3.2.8 Samenhang en continuïteit ... 36
3.2.9 Voorbereiding en begeleiding plaatsing ... 38
3.2.10 Nazorg ... 38
3.2.11 Op maat ... 40
3.2.12 Gespecialiseerd en intensief ... 41
3.2.13 Duidelijke structuur ... 42
3.2.14 Theoretische onderbouwing ... 44
3.2.15 Integriteit en monitoring ... 44

3.3 Werkzame factoren en kwaliteitscriteria voor personeel en organisatie ... 46

3.3.1 Visie ... 46
3.3.2 Professionaliteit ... 47
3.3.3 Stabiliteit ... 50
3.3.4 Moraal ... 51
3.3.5 Autonomie ... 51

3.3.6 Consensus 52
3.3.7 Goede werkomstandigheden 52
3.3.8 Schaalgrootte 53
3.3.9 Externe samenwerking en kennisdeling 54
3.3.10 Rechtspositie: recht op informatie en vertrouwelijkheid 54
4. Overzicht werkzame interventies 55
4.1 Bewezen effectieve interventies 56
4.2 Waarschijnlijk effectieve interventies 56
4.3 Theoretisch goed onderbouwde interventies. 57

HOOFDSTUK 2 Onderzoek residentiële voorzieningen Vlaanderen 78

A. Onderzoeksopzet 78
1. Doelgroep interviews 78
2. Selectie voorzieningen 79
3. Opbouw interview 80
4. Verwerking 81

B. Resultaten interviews 82
1. Basiszorg: verzorging, opvoeding, fysieke omgeving 82
2. Interventies 92
3. Personeel 100
4. Organisatie 104
5. Behoeftenonderzoek 108

C. Focusgroepen 115
Samenvatting focusgroepen 116

HOOFDSTUK 3 Conclusies en aanbevelingen 120

A. Inleiding 120

B. Beperkingen onderzoek 120

C. Beantwoording onderzoeksvragen 120

D. Aanbevelingen 126

BIJLAGEN: 130

Bijlage 1: Interview onderzoek residentiële werkvormen 130

Bijlage 2: Verslag focusgroepen 136

Literatuur 141

I. Inleiding

Wat werkt in de residentiële jeugdzorg? Dat is in het kort de vraag die ons de laatste maanden bezighield. Eind oktober 2011 tekende Steunpunt Jeugdhulp in op een onderzoeksopdracht van het Expertiseplatform van het Agentschap Jongerenwelzijn. De officiële titel van deze onderzoeksopdracht luidt "Werkzame factoren en methodieken in de residentiële werkvormen in de bijzondere jeugdbijstand: een review van bestaand onderzoek en een behoeftenonderzoek bij residentiële werkvormen".

Deze onderzoeksvraag werd gemotiveerd vanuit 'een duidelijke beleidskeuze om voorzieningen uit de bijzondere jeugdzorg te stimuleren wetenschappelijk onderbouwd te werken en meer inzicht te verwerven op de effectiviteit en efficiëntie van interventies'. We vinden deze beleidskeuze ook terug in een aantal beleidsdocumenten: het Globaal plan Jeugdzorg[1], het Plan Perspectief[2] en de beleidsnota van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) Jo Vandeurzen (2009-2014). Ook in het onderzoek van Hans Grietens (2007) "Initiatie van effect- en effectiviteitsmeting van het private hulpaanbod binnen de bijzondere jeugdzorg" komt deze nood duidelijk naar voor. Tenslotte lezen we in de onderzoeksopdracht dat zowel vanuit de overheid als vanuit het werkveld wordt aangevoeld dat vooral ook de residentiële werkvormen bijzondere wetenschappelijke ondersteuning kunnen gebruiken. Vlaams onderzoek over het residentieel werken is praktisch onbestaand en bestaand (internationaal) onderzoek voor het residentieel werken is minder bekend en ingeburgerd in Vlaanderen.

In de onderzoeksopdracht werden volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Beschrijvend onderzoek

1. *Welke werkzame factoren, methodieken en goede praktijken zijn eigen aan de residentiële werkvormen?*
2. *Wat kunnen we verstaan onder 'werkzaam'?*
3. *In welke mate zijn de methodieken en interventiemiddelen beschreven en wetenschappelijk getoetst?*
4. *Wat zijn de kritische succesvoorwaarden, randvoorwaarden en knelpunten voor het werken met en het introduceren van deze methodieken?*
5. *Wat leren nationale en internationale studies ons hieromtrent?*
6. *In welke mate hebben residentiële voorzieningen kennis over en inzichten in wetenschappelijke onderbouwing van methodieken?*
7. *Op welke manier kan relevante informatie inzake wetenschappelijk onderbouwde methodieken en werkzame factoren verspreid worden onder de residentiële voorzieningen?*

2. Behoeftenonderzoek

1. *Welke ondersteuningsnoden leven bij de residentiële werkvormen in Vlaanderen?*
2. *Welke randvoorwaarden moeten vervuld zijn voor een voorziening om de nodige kwaliteitsgaranties in te bouwen inzake het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken?*

[1] I. Vervotte, *Globaal Plan Jeugdzorg. De kwetsbaarheid voorbij … Opnieuw verbinding maken*. Brussel: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2006.
[2] V. Heeren, *Perspectief! Evaluatie van het Globaal Plan Jeugdzorg.* Brussel: Vlaams Parlement 2009.

Steunpunt Jeugdhulp diende een onderzoeksvoorstel in en kreeg deze onderzoeksopdracht toegewezen. Het gaat om een kortdurend onderzoek van 6 maanden met als einddatum 15 augustus 2012. Het onderzoek werd opgevolgd door een stuurgroep die bestond uit Geert Michiels (voorzitter, Agentschap Jongerenwelzijn), David Debrouwere (Agentschap Jongerenwelzijn), Kim Craeynest (Agentschap Jongerenwelzijn), Véronique Vandezande (Kenniscentrum WVG), Sofie De Smet (Kenniscentrum WVG), Sieg Pauwels (De Wissel), Lydwine Huizinga en Min Berghmans (onderzoeker en directeur Steunpunt Jeugdhulp). De stuurgroep kwam samen op 6 januari, 6 maart, 16 mei, 12 juni en 2 augustus 2012.

Zoals u kunt lezen betreft het hier een vrij ambitieuze onderzoeksvraag, gaande van een literatuuronderzoek tot een behoeftenonderzoek, maar ook van werkzame factoren tot wetenschappelijk onderbouwde methodieken. In het eerste hoofdstuk geven we een beschrijving van de werkzame factoren en kwaliteitscriteria die terug te vinden zijn in de (inter)nationale literatuur. Naast een beschrijving van deze factoren geven we ook een overzicht van werkzame interventies die zijn opgenomen in de Databank Effectieve Interventies van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI). Het tweede hoofdstuk beschrijft de resultaten van ons onderzoek binnen de Vlaamse residentiële jeugdzorg, bestaande uit telefonische interviews met 24 voorzieningen en 2 focusgroepen. We vergelijken deze met de uitkomsten uit het literatuuronderzoek. Hoofdstuk drie sluit af met conclusies en aanbevelingen.

Tijdens het onderzoek merkten we al snel dat er al heel wat is geschreven over ‘wat werkt’, maar nog niet zoveel geweten. Bovendien was het ook voor ons een zoektocht naar referentiekaders en begripsafbakening. Alvorens in het volgende hoofdstuk in te gaan op de resultaten van het literatuuronderzoek, willen we dan ook kort ingaan op het kader dat gebruikt werd bij het uitwerken van het onderzoek en van dit rapport.

II. Referentiekaders

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor effectiviteit en efficiëntie binnen de jeugdzorg. In deze paragraaf staan we stil bij belangrijke aspecten in het denken over effectiviteit en efficiëntie binnen de jeugdzorg. De ontwikkeling van *evidence based* werken richting *practice based evidence* wordt toegelicht. We gaan in op twee invloedrijke modellen die ook van belang zijn voor ons onderzoek. In de eerste plaats de effectladder van Van Yperen en Veerman. Een model dat gebruikt kan worden om vanuit de praktijk interventies op hun effectiviteit te onderzoeken. Daarnaast het Integratief Werkzame Factorenmodel van Pijnenburg. Dit model heeft niet alleen aandacht voor effectieve interventies, maar onderscheidt ook een geheel van factoren op micro-, meso- en macroniveau die bepalend zijn voor de uitkomsten van hulpverlening.

Evidence based practice en practice based evidence

Via de geestelijke gezondheidszorg kwam het *evidence based* denken overwaaien vanuit de geneeskunde. Binnen deze benadering probeert men op wetenschappelijke wijze aan te tonen in welke mate een interventie effectief is zodat men voorrang kan geven aan interventies waarvan bewezen is dat ze werken. In zijn meest zuivere vorm wordt de werkzaamheid van een interventie aangetoond door de resultaten van een nieuwe therapie te vergelijken met de resultaten van een controlegroep waarop deze interventie niet wordt toegepast (*randomized controlled trial*). Doorgaans wordt dit resultaat gemeten aan de hand van vier prestatie-indicatoren, met name

probleemreductie, cliënttevredenheid, doelrealisatie en de mate van uitval. Om te kunnen besluiten tot een causaal verband tussen de interventie en de uitkomst moeten echter alle andere beïnvloedende factoren identiek zijn voor beide onderzoeksgroepen en moet de doelgroep sterk uitgezuiverd worden.

Gezien de specificiteit van de doelgroep van de bijzondere jeugdzorg, waar doorgaans sprake is van een veelheid aan problemen op verschillende levensdomeinen en waar ook de context betrokken wordt bij de hulpverlening, is een dergelijk zuiver experimenteel onderzoeksopzet praktisch onhaalbaar. De werkzaamheid van een interventie werd daarom pragmatischer opgevat. Binnen de jeugdzorg is er een beweging ontstaan van *evidence based practice* naar *practice based evidence*. Men sluit aan bij wat er in de praktijk is, en probeert dit verder uit te bouwen. Vanuit de praktijk wordt informatie verzameld over het effect van de hulpverlening.

Effectladder Van Yperen en Veerman

De effectladder van Van Yperen en Veerman heeft in dit kader een invloedrijke rol. Volgens Van Yperen en Veerman is effectiviteit geen alles-of-niets begrip. Het strakke wetenschappelijke model van *evidence based* werken vinden zij voor de jeugdzorg te beperkend.[3] Met de effectladder hebben de onderzoekers een kader opgesteld waarin de effectiviteit van interventies is ingedeeld in een viertal niveaus. Ze koppelen de mate van effectiviteit van een interventie aan het ontwikkelingsstadium waarin een interventie verkeert.[4] Als de interventie duidelijk beschreven is en theoretisch onderbouwd is, vormt dit reeds een indicatie van de werkzaamheid. Naarmate de werkzaamheid meer bewezen kan worden door (quasi)experimenteel onderzoek scoort de interventie hoger op de effectladder. In het licht van deze ontwikkelingen ontstonden in diverse landen, waaronder de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Nederland databanken met *potentiële*, *veelbelovende*, *doeltreffende* of *werkzame* interventies.

Focus op de implementatie: programma-integriteit

Een onderbouwde interventie op zich is niet genoeg. Interventies dienen ook zorgvuldig geïmplementeerd te worden. Dit blijkt in de praktijk niet altijd evident. Zo werken hulpverleners niet altijd volgens het boekje of wordt de interventie niet toegepast bij de juiste doelgroep. Vaak is er ook 'weerstand' bij hulpverleners om hun handelingsvrijheid te beperken ten voordele van opgelegde, geprotocolleerde methodieken. Volgens Van Yperen is een goede strategie voor de implementatie vaak afwezig, net als een monitorsysteem dat toetst of de hulpverleners werken volgens het programma en of de gewenste resultaten worden behaald.[5]

Het integratief werkzame factorenmodel

Specifieke interventies bepalen niet als enige het resultaat van de hulpverlening. Er is telkens een veelheid van factoren die meespelen in het veranderingsproces van de cliënten. Er is intussen een rijkdom aan onderzoek voorhanden naar deze uiteenlopende werkzame factoren. Dit onderzoek

[3] Experimenteel effectonderzoek naar interventies in de jeugdzorg is om praktische en ethische aspecten vaak moeilijk realiseerbaar. Zo richt dit type onderzoek zich vaak op interventies die in de praktijk nauwelijks voorkomen en is het vaak moeilijk om controlegroepen te vinden. Zie o.a. C.P.G. Tilanus, *Onderzoeksmethoden bij agogisch handelen.* Utrecht: SWP 2006, p.93 en T. Van Yperen & J.W. Veerman, *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg.* Delft: Eburon 2008, p.19.

[4] Van Yperen & Veerman 2008, p.25 (zie noot 3).

[5] Zie A. Van Dam, 'Evidence-based programma's in uitvoering: Functional Family Therapy (FFT). Loopplank van theorie naar praktijk' *Sozio* (96) 2010, p.36.

heeft vooral betrekking op psychotherapie. Vergelijkbaar onderzoek in de jeugdzorg is zeldzaam, al zijn er natuurlijk veel parallellen tussen de wijze waarop psychotherapeuten samenwerken met hun cliënten en de wijze waarop jeugdhulpverleners samenwerken met jongeren en hun gezinnen.

Pijnenburg heeft al deze factoren op een samenhangende wijze in beeld gebracht in het Integratief Werkzame Factorenmodel (IWF). Dit model gaat uit van de wisselwerking van factoren op drie niveaus die direct of indirect een invloed hebben op de resultaten van de jeugdzorg. [6]

Microniveau: dit is de kern van dit model: jongeren, hulpverleners en hun onderlinge *interactie.*
Mesoniveau: sociale en professionele instituties die het dagelijks leven van jongeren en hun gezinnen beïnvloeden (organisatie/management van de voorziening, opleidingsinstituten, enz.).
Macroniveau: beleidskaders die op hun beurt beïnvloed worden door maatschappelijke normen en veranderingen op niveau van overheden.

We gaan hier kort in op de factoren op microniveau.

- *Cliënten* hebben hun eigen persoonlijke kenmerken en sociale relaties die een invloed hebben op de interactie.
- Ook de *hoop*/*verwachting dat een bepaalde interventie zal werken* (*allegiance)* is een belangrijke factor.
- *Professionals* brengen hun persoonlijke kenmerken, hun contactuele vaardigheden, hun vakkennis en ervaring binnen en vooral ook hun vaardigheid in het mobiliseren van werkzame factoren.
- Eén van de belangrijkste factoren is het ontwikkelen van *een werkrelatie (alliantie)* tussen de jongere (gezin) en de hulpverlener. Deze werkrelatie bevat:
    - een persoonlijke alliantie: emotionele band
    - een taakalliantie: consensus over samenwerkingsdoel en de wijze van aanpak.

Al deze kenmerken van cliënten en professionals beïnvloeden de interactie via cognitieve en emotionele processen.

- Een laatste factor op microniveau die van wezenlijk belang is, is het hiervoor ook aangehaalde *opvolgen (monitoring) van de voortgang en de uitkomst van het hulpverleningsproces*. Daardoor krijgen we kwalitatieve en kwantitatieve feedback over het verloop en de opbrengst van de therapeutische interactie. Gebeurt dit permanent, dan spreken we van *routine outcome monitoring* (ROM); het voortdurend registreren van feedback over alliantie (tevredenheid van de cliënten over de relatie, de doelen en de aanpak) en over de resultaten (doelrealisatie, uitval en probleemreductie). Deze informatie kan benut worden voor professionele reflectie, professionaliseringsdoeleinden, verantwoording en praktijkonderzoek en voor het geven van feedback aan hulpverleners, jongeren en gezinnen. Het belangrijkste nut van deze informatie ligt in het therapeutisch proces. Daar kunnen feedbackgegevens een rol spelen in een elementair cyclisch proces van analyseren, plannen, handelen en evalueren.

Op het mesoniveau vinden we onder meer de *steunfactoren in de eigen leefomgeving* (familie, vrienden, buurt, school, vrijetijd…) terug onder de 'buitentherapeutische steunbronnen'. Wijzelf

[6] Voor een uitvoerige beschrijving verwijzen we naar de bijdrage van Pijnenburg in: H. Pijnenburg e.a., *Zorgen dat het werkt*, Amsterdam SWP 2010, p.11-60.

zouden deze 'context' eerder op het microniveau plaatsen omdat deze ondersteunende figuren binnen de Vlaamse hulpverleningscontext bijna altijd mee betrokken worden in de hulpverlening.

Besluit

In dit onderzoek richten we ons op het geheel van werkzame factoren op het niveau van orthopedagogisch basisklimaat, effectieve zorg en behandeling (interventies en therapeutisch klimaat), personeel en organisatie. Onderstaand citaat van Van Yperen is in dit kader illustrerend:

"Als het gaat om de verdere verbetering van de jeugdzorg, moeten we investeren in het werken met de algemeen werkzame factoren én de specifieke methodieken." [7]

Zowel het model van Van Yperen en Veerman, als het model van Pijnenburg zijn duidelijk relevant voor dit onderzoek. In het begrippenkader gaan we verder in op deze modellen.

[7] T. Van Yperen e.a., *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de Jeugdzorg. Stand van de discussie.* Utrecht: NJI 2010, p.25.

HOOFDSTUK 1 Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk geven we een uitgebreide oplijsting van algemeen en specifiek werkzame factoren die beschreven worden in de internationale literatuur. Voor een goed begrip van zaken beginnen we met een korte toelichting bij de begrippen werkzaam, algemeen en specifiek werkzame factoren en kwaliteitscriteria. Vervolgens schetsen we enkele evoluties in de residentiële jeugdzorg. In het derde deel lichten we toe hoe we te werk zijn gegaan bij dit literatuuronderzoek om zo te komen tot het overzicht van de werkzame factoren.

A. Begrippenkader

1. Wat is werkzaam?

Voor een definitie van het begrip 'werkzaam' verwijzen we naar het outcome-onderzoek van Grietens e.a. uit 2007.[8] Grietens e.a. spreken van *effect of werkzaamheid* als er *na de geboden hulpverlening iets is veranderd en als deze verandering aan de geboden hulpverlening toegeschreven kan worden* (zie onderstaande tabel). Met andere woorden: de toegepaste hulpverlening maakt een verschil. We spreken van effectiviteit of doeltreffendheid als naast deze werkzaamheid ook de vooropgestelde doelen van de interventie zijn gerealiseerd:

Begrip	**Uitleg**
Resultaat (outcome)	Resultaat geldt als een verzamelnaam. Het omvat aandachtspunten zoals de mate van uitval van cliënten, effectiviteit/doelrealisatie, cliënttevredenheid enz.
Verandering	Er is na de interventie iets gewijzigd, ongeacht de vraag of dit aan de interventie is toe te schrijven en of de verandering positief of negatief van aard is.
Werkzaamheid (effect)	Er is na de interventie iets gewijzigd en dit komt door de interventie. Buiten beschouwing wordt gelaten of de interventie aan het doel beantwoordt.
Effectiviteit/doeltreffendheid (doelrealisatie, effectief, 'effectiveness'	De interventie is werkzaam en beantwoordt bovendien aan het doel van de interventie.

Tabel 1

Een andere invulling wordt gegeven in de effectladder van Van Yperen en Veerman. De effectladder is een onderzoeksinstrument voor het bepalen van de effectiviteit van interventies. In dit model worden vier niveaus van effectiviteit omschreven. Op een minimumniveau van *'potentiële interventies'* worden de kernelementen van een interventie beschreven (doel, doelgroep, aanpak en randvoorwaarden). Bij het tweede *'veelbelovende niveau'* wordt de interventie met behulp van wetenschappelijke inzichten theoretisch onderbouwd. Vanaf het derde *'doeltreffende niveau'* wordt er empirische bewijskracht aangevoerd voor de effectiviteit van een interventie. Op het vierde niveau van *'werkzame interventies'* worden de empirisch vastgestelde uitkomsten causaal gerelateerd aan de interventie en wordt er causaal bewijs geleverd dat deze interventie (en niets anders) tot de gewenste uitkomsten heeft geleid. In dit model is doelrealisatie dus een onderdeel van werkzaamheid. Let wel, het gaat hier om een kwalificatieniveau voor interventies.

[8] H. Grietens e.a., *Initiatie van effect- en effectiviteitsmeting van het private hulpaanbod binnen de bijzondere jeugdzorg.* In opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Leuven 2007, p.12.

Interessant aan de definiëring van Grietens e.a. is dat zij vertrekken vanuit de praktijk, en in hun definitie spreken van 'de geboden hulpverlening'. De onderzoekers richten zich, net als Pijnenburg, niet alleen op interventies maar op het geheel van factoren dat de hulpverlening beïnvloedt. Hoewel we hiermee niet willen impliceren dat Van Yperen en Veerman dit niet doen, is hun model meer specifiek gericht op het onderzoeken van de werkzaamheid van interventies en daarmee meer lineair van aard.

In dit onderzoek richten we ons op het geheel van werkzame factoren op het niveau van orthopedagogisch basisklimaat, effectieve zorg en behandeling (interventies en therapeutisch klimaat), personeel en organisatie. De invalshoeken van zowel Grietens als Van Yperen zijn daarom beiden relevant voor het onderzoek. Wanneer we het in dit onderzoek hebben over de werkzaamheid van toegepaste interventies in Vlaanderen hanteren we het begrippenkader van Van Yperen en Veerman. Wanneer we echter kijken naar de effectiviteit van de residentiële hulpverlening in zijn geheel spreken we in dit kader, net als Grietens e.a., van *effectiviteit of doeltreffendheid.*

2. Algemeen en specifiek werkzame factoren

Verder in dit hoofdstuk geven we een overzicht van de werkzame factoren en kwaliteitscriteria die we aantroffen in de literatuur. In deze paragraaf lichten we deze begrippen kort toe. Eerst en vooral maken we een onderscheid tussen algemeen en specifiek werkzame factoren.[9]

- *Algemeen werkzame factoren* zijn onderdelen van een interventie die tot het resultaat bijdragen ongeacht de soort behandeling en doelgroep. Bekende voorbeelden zijn:
  - aansluiten bij de motivatie van de cliënt
  - goede kwaliteit van de relatie cliënt - behandelaar
  - een goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering)
  - een goede 'fit' tussen de aanpak van het probleem en de hulpvraag
  - uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden
  - professionaliteit van de behandelaar
  - goede werkomstandigheden van de behandelaar

  Deze en andere werkzame factoren vinden we zowel op micro-, meso- als macroniveau.

- *Specifiek werkzame factoren* zijn de werkzame elementen die alleen gelden voor bepaalde typen behandelingen, in de context van bepaalde doelen en voor een bepaalde doelgroep (bijv. misbruikte kinderen) of werkvorm (bijv. ambulante of residentiële hulpverlening).

Interventies zijn steeds een optelsom van algemeen en specifiek werkzame factoren, waarbij de algemene factoren de basis vormen. Algemeen wordt aangenomen dat de invloed van algemeen werkzame factoren sterk is. Hoe de verhoudingen tussen de algemene factoren en specifieke methodieken liggen is volgens van Yperen e.a. echter nog niet duidelijk.[10]

Het (in het verleden) veel aangehaalde taartdiagram van Lambert, waarin wordt gesteld dat extra-therapeutische factoren en algemeen werkzame factoren van veel grotere invloed zijn op de uitkomsten van de hulpverlening dan een specifieke methodiek kan in twijfel worden getrokken.

[9] T. Van Yperen, *Resultaten in de jeugdzorg; begrippen, maatstaven en methoden.* Utrecht: NIZW Jeugd 2003, p.31. Zie ook P. Van der Laan e.a.., 'Experimentele criminologie en criminologische experimenten' *Tijdschrift voor Criminologie* (49) 2007, p.4.

[10] T. Van Yperen e.a. 2010, p.3 (zie noot 7).

Volgens Van Yperen e.a. zijn de beweringen van Lambert verouderd.[11] Van Yperen e.a. concluderen dat er aanwijzingen zijn dat er door het gebruik van specifieke, goed geïmplementeerde methodieken, een betere koppeling tot stand komt tussen de specifieke problemen van de jongere/opvoeders en de behandeling. Dit kan volgens de onderzoekers een bijdrage leveren aan de effecten van de behandeling en het voorkomen van averechtse bijwerkingen.[12] Maar zelfs na correctie van het gekende taartdiagram van Lambert blijkt dat algemeen werkzame factoren en hoop en verwachting (het placebo effect) substantieel blijven voor de effectgrootte van de hulpverlening.[13]

3. Kwaliteitscriteria

In ons literatuuronderzoek zijn een aantal documenten meegenomen waarin kwaliteitscriteria zijn verwerkt in praktische *'tools'* die voorzieningen kunnen gebruiken om te reflecteren over de eigen hulpverlening.[14] We staan daarom nog even stil bij het onderscheid (of juist de overlap) tussen algemeen en specifiek werkzame factoren en kwaliteitscriteria.

Diverse internationale organisaties, nationale- en lagere overheden hebben zich de afgelopen jaren gericht op de ontwikkeling van kwaliteitscriteria met als doelstelling de kwaliteit en consistentie van hulpverlening te stimuleren. Kwaliteitscriteria kunnen worden gezien als randvoorwaarden om de kwaliteit van leven en de zorg voor uit huis geplaatste jongeren te garanderen.

Kwaliteitscriteria zijn veelal gebaseerd op uitgebreide raadpleging van jongeren, ouders en hulpverleners en op wet- en regelgeving.[15] Ook algemeen en specifiek werkzame factoren worden in deze kwaliteitscriteria meegenomen. Zo zien we dat De Lange & Chênevert zich bij de ontwikkeling van kwaliteitscriteria baseren op het onderzoek van Boendermaker e.a. uit 2010, naar werkzame factoren binnen de residentiële jeugdzorg. Daarnaast verwijzen deze onderzoekers naar de Q4C kwaliteitsstandaarden die op Europees en nationaal (Nederlands) niveau zijn ontwikkeld vanuit het perspectief van cliënten en het onderzoek van de Inspectie Jeugdzorg gericht op de visie van jongeren over (on)veiligheid binnen de residentiële jeugdzorg.[16]

Een duidelijke scheidslijn wat betreft terminologie van de aspecten is, gezien de hiervoor geschetste overlap, soms moeilijk te maken. In de literatuur worden aan bepaalde aspecten verschillende labels geplakt. Wat als algemeen werkzame factor in het ene document wordt aangemerkt, wordt in het andere document als kwaliteitscriterium omschreven. We zullen dit ook als zodanig in onze literatuurbespreking weergeven. De terminologie lijkt hiermee niet altijd relevant. Al sluiten we wel af met de opmerking dat wanneer een aspect bij onze literatuurbeschrijving enkel als kwaliteitscriterium

[11] T. Van Yperen e.a. 2010, p. 11 (zie noot 7). Van Yperen baseert zich onder meer op M.J. Lambert & D.E. Barley, 'Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Research, Practice, Training* 38(4), p.357-361 en M. J. Lambert & A.E. Bergin, 'The effectiveness of psychotherapy' *Handbook of Psycotherapy and Behavior Change.* Eds. A.E. Bergin & S.L. Garfield. New York: Wiley.

[12] Zie T. Van Yperen e.a. 2010, p.20 (zie noot 7).

[13] T. Van Yperen e.a., *55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg.* Utrecht: NJI 2010, p.25.

[14] Zie M. De Lange & C. Chênevert, *Werken aan effectiviteit in de stadsregio Rotterdam.* Utrecht: NJI 2011 en *The What Works Process. Evidence-informed improvement for child and family services.* Dublin: The Centre for Effective Services (CES) 2011. Ook Boendermaker e.a. 2010 en Harder e.a. 2006 verwijzen in hun onderzoek naar werkzame factoren binnen de residentiële jeugdzorg naar kwaliteitsstandaarden. Zie L. Boendermaker e.a., *Residentiële jeugdzorg: wat werkt?* Utrecht: NJI 2010, p.6, A.T. Harder e.a., *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten.* Amsterdam: Uitgeverij SWP, p.93.

[15] Aldus Boendermaker e.a. 2010, p.6 (zie noot 14).

[16] De Lange & Chênevert 2011, p.16 (zie noot 14). Ook het CES baseerde zich bij de ontwikkeling van de What Works Tool op algemeen werkzame factoren, zie CES 2011, p.8 (zie noot 14).

wordt aangemerkt, achterliggende bronnen vaak een stuk beperkter zijn dan wanneer dit aspect ook als algemeen of specifiek werkzame factor wordt aangemerkt.

B. Ontwikkelingen residentiële jeugdzorg

In deze paragraaf schetsen we de evolutie van de plaats die de residentiële zorg toebedeeld krijgt in het geheel van zorg voor kinderen en jongeren in probleemsituaties. In aanvulling op deze ontwikkelingen beschrijven we ook enkele theoretische kaders die het residentiële werken beïnvloeden.

1. Ontwikkelingen residentiële jeugdzorg

Uit de internationale (Europese) literatuur komt naar voren dat de jeugdzorg zich steeds meer heeft gericht op het vermijden van uithuisplaatsingen.[17] Deze ontwikkeling heeft geleid tot een afname van het aantal plaatsen in de residentiële jeugdzorg en ontwikkeling van nieuwe ambulante en mobiele programma's. Hoewel residentiële jeugdzorg in deze trend als een *'last resort'* kan worden omschreven, blijken lichtere (ambulante) vormen van hulpverlening niet voor alle jongeren afdoende. De vraag naar residentiële hulpverlening is niet afgenomen en lijkt zelfs te groeien.[18] Jongeren die zijn opgenomen in residentiële zorg hebben over het algemeen vaak meer problemen die ernstiger zijn dan jongeren die een beroep doen op 'lichtere' vormen van hulpverlening.[19] In het licht van deze ontwikkelingen pleiten steeds meer onderzoekers ervoor om de focus op het voorkomen van plaatsing los te laten en te onderzoeken in welke situaties een tijdelijk verblijf van een jongere in een residentiële voorziening effectief kan zijn.[20] Of, in de woorden van Frensch & Cameron, 'in plaats van een *'last resort'* kan residentiële jeugdzorg ook gezien worden als een *'treatment of choice'*.[21]

Cijfers van het Agentschap Jongerenwelzijn geven een voorzichtige aanwijzing dat er in Vlaanderen, net als in andere Europese landen, een daling plaats vond in het aantal plaatsen binnen de residentiële jeugdzorg.[22] Deze periode duurde echter niet lang. Na een periode van lichte daling (1996 tot 1999) zet zich een stijgende lijn in tot 2010. Uit de hoge bezettingsgraad binnen de residentiële jeugdzorg blijkt de druk in Vlaanderen, net als in andere Europese landen, onverminderd hoog te blijven. Deze ontwikkelingen leiden tot een toename van het aantal residentiële plaatsen. Een beleidskeuze die doorheen het 'Globaal Plan Jeugdzorg. De kwetsbaarheid voorbij… Opnieuw verbinding maken' uit 2006, het opvolgingsrapport 'Perspectief! Evaluatie van het Globaal Plan

[17] Zie onder meer Harder e.a. 2006, p.25 e.v. (zie noot 14), Knorth e.a., 'Zorg voor jeugdigen: ambulant én niet-ambulant. Ontmoetingen aan de voor- en achterkant of ook gaande door het pand?' *Tijdschrift voor orthopedagogiek* (46) 2007, p.113 en I. Bastiaanssen e.a., *Aantoonbare effectiviteit: Onderzoek naar de residentiële jeugdzorg van Entréa.* Nijmegen: Praktikon 2009, p.6 Dit uitganspunt staat in Vlaanderen ook wel bekend als het subsidiariteitsprincipe.

[18] Knorth e.a. 2007, p.114 (zie noot 17), Harder e.a. 2006, p.11 (zie noot 14), A.T. Harder & E.J. Knorth, 'Jeugdigen (z)onder dak: Een meta-analyse naar de uitkomsten van residentiële jeugdzorg' *Kind en Adolescent* 30(4), p.211, C. Van der Pol-Weynschenk, 'Nu vooral eindstation van jeugdzorg. Herwaardeer residentiële zorg!' *Sozio* (96) 2010, p.18, J. Thoburn. 'Lessons Learned about the policy and practice of group care from a study of children in public out-of-home care in 14 countries' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.311, C. Montserrat e.a. 'Children in long-term residential care: Who are they and why are they still there?' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.313.

[19] Harder e.a. 2006, p.37 (zie noot 14), Van der Pol-Weynschenk 2010, p.17 (zie noot 18).

[20] Harder e.a. 2009, p.211 (zie noot 18), Knorth e.a. 2007, p.117 (zie noot 17).

[21] Bastiaansen e.a. 2009, p.6 (zie noot 17).

[22] Zie http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/PDF/OB_Cijfermateriaal/kerncijferrapporten2011/evolutie_7.pdf, http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/PDF/OB_Cijfermateriaal/kerncijferrapporten2011/evolutie_12.pdf, http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/PDF/OB_Cijfermateriaal/kerncijferrapporten2011/evolutie_1.pdf.

Jeugdzorg. Visie op en toekomstperspectieven voor welzijn van kinderen en jongeren' uit 2009 en de 'Nota Hertekening van het private aanbod Jongerenwelzijn: naar een modulair kader' uit 2012 wordt bestendigd.

Op Europees niveau is de focus steeds meer komen te liggen op 'lichtere' vormen van hulpverlening. Uit de cijfers van het Agentschap Jongerenwelzijn leiden we af dat de capaciteit van dagcentra is afgenomen. De capaciteit van thuisbegeleidingsdiensten is dan weer wel gestegen. Als één van de weinige werkvormen uit de bijzondere jeugdzorg vindt er bij thuisbegeleidingsdiensten ook een constante groei plaats in het aantal begeleide jongeren. De evolutie van dagcentra lijkt op het eerste gezicht niet te stroken met de Europese ontwikkelingen, de evolutie van thuisbegeleidingsdiensten wel. Op basis van de Vlaamse cijfers is het echter moeilijk om harde conclusies te trekken. Interpretatie op basis van enkel cijfermateriaal blijkt zeer moeilijk, bijvoorbeeld doordat de Multifunctionele Centra (MFC) pas vanaf 2009 zijn meegenomen in het cijfermateriaal.[23]

Beleidsdocumenten bieden een waardevolle aanvulling op het cijfermateriaal. Zo blijkt uit het rapport 'Perspectief! Evaluatie van het Globaal Plan Jeugdzorg' en de 'Nota Hertekening van het private aanbod Jongerenwelzijn' dat de aandacht van de overheid uitgaat naar het versterken van de contextuele werking van residenties. Contextgericht en flexibel werken vormen samen met de emancipatorische en responsabilliserende houding essentiële pijlers binnen het Vlaamse beleid. De overheid maakt een keuze voor minder ingrijpende ambulante en mobiele vormen van hulp wanneer dit even effectief kan zijn als zwaardere residentiële hulpverlening. Toch staart men zich niet blind op deze lichtere vormen van hulpverlening en wordt de capaciteit van residentiële hulpverlening uitgebreid.

Opvallend is dat er niet alleen een capaciteitsuitbreiding plaats vindt bij residentiële voorzieningen, maar ook een uitbreiding van het ambulante en mobiele aanbod. Uit het rapport 'Perspectief! Evaluatie van het Globaal Plan Jeugdzorg' blijkt dat het hierbij gaat om kortdurende uitstroomtrajecten uit de residentiële hulpverlening en een bijkomend aanbod van kortdurende intensieve programma's. Met deze capaciteitsuitbreiding wordt enerzijds beoogd meer mogelijkheden te creëren om sneller in te grijpen en op basis van positieve krachten in de context van de jongere aan de slag te gaan. Anderzijds hoopt men hiermee de inzet van 'zware hulp' te beperken tot die situaties waarin er (tijdelijk) geen andere mogelijkheid is.[24]

De beschreven beleidsontwikkelingen op het vlak van de residentiële jeugdzorg kaderen zich tenslotte binnen de algemene ontwikkeling richting Integrale Jeugdhulp. We staan daarom stil bij de 'Staten-Generaal Jeugdhulp. Met de kracht van jeugd!' uit 2012. Deze (integrale) visietekst richt zich op de ontwikkelingen van de jeugdhulp richting 2020. Pijlers uit de hiervoor besproken beleidsdocumenten vinden we hierin terug. De overheid streeft onder meer naar één transparante jeugdhulp waarbinnen (krachtgerichte) zorg op maat van de jongere en zijn of haar context/gezin centraal staat.[25] Modulering wordt in dit kader als instrument naar voren gebracht om zorg op maat mogelijk te maken. Modulering dient een naadloos zorgtraject mogelijk te maken door flexibele inzet en het combineren van één of meerder modules van zorg. Voorzieningen worden in dit kader als

[23] Zie in dit kader Heeren 2009, p.18 (zie noot 2).
[24] Zie actie 32 en 33 uit Heeren 2009, p.79 (zie noot 2).
[25] *Staten-Generaal Jeugdhulp. Met de kracht van de jeugd!* Brussel: Agentschap Jongerenwelzijn (op vraag van minister Vandeurzen en in nauwe samenwerking met het Raadgevend Comité) 2012, p.21 e.v..

sociale ondernemers' beschouwd en krijgen de ruimte en verantwoordelijkheid om zelf accenten te leggen, kansen te benutten en intersectoraal te werken.[26]

Naast beleidsdocumenten biedt *Vlaams onderzoek* van Hellinckx een interessante kijk op de ontwikkelingen binnen de residentiële jeugdzorg in Vlaanderen. Hellinckx stelt dat de focus op het voorkomen van residentiële plaatsingen losgelaten moet worden.[27] In plaats van het voorkomen van residentiële plaatsingen pleit hij voor het herwerken en ontwikkelen van (nieuwe vormen van) residentiële hulpverlening. Hellinckx benadrukt het belang van een 'continuüm of care'. Problemen worden volgens hem niet opgelost door één specifieke vorm van hulpverlening, er dienen verschillende vormen beschikbaar te zijn waaronder residentiële hulpverlening. Wanneer lichtere vormen van hulpverlening volstaan, moet hier een beroep op worden gedaan, maar residentiële hulpverlening moet volgens Hellinckx een mogelijkheid blijven wanneer dat aangewezen is.

2. Theoretische kaders

De ontwikkelingen die we in de vorige paragraaf bespraken, geven een algemeen kader waarbinnen we de residentiële jeugdzorg kunnen plaatsen. In aanvulling op de beschrijving van de ontwikkelingen staan we op deze plaats stil bij een aantal theoretische kaders die het residentieel werken beïnvloeden.

Harder e.a. halen op basis van de internationale literatuur voornamelijk vier theoretische benaderingen aan. Het betreft (1) het psychoanalytisch model, (2) het gedragsmodel(leertheorie), (3) het peer cultural model waarbij de groep wordt aangewend als therapeutisch middel en (4) het psycho-educatiemodel (vorm van heropvoeding). Verder worden nog het medisch model en in eenzelfde adem ook het 'wilderness therapy model' vernoemd waarbij het contact met de natuur een belangrijk therapeutisch bestanddeel is. De auteurs stellen vast dat er in de praktijk vooral eclectisch gewerkt wordt maar over een aantal zaken is iedereen het eens. Zo is er op internationaal vlak consensus dat er voor een effectieve hulpverlening rekening gehouden moet worden met de herkomst, familie en culturele omgeving van de jongeren. Het systeemtherapeutisch model, met de nadruk op de deelname en betrokkenheid van de ouders en de context in het hulpverleningsproces, is in dit kader een steeds belangrijkere rol gaan spelen. Verder worden nog een aantal theoretische kaders vernoemd die veel gehanteerd worden in Nederland. Met name het sociale competentiemodel, gebaseerd op principes uit de cognitieve gedragstherapie en het orthopedagogisch vraagstellingenmodel van Kok.

Wat betreft de Vlaamse situatie concludeerden Grietens e.a. net als Harder dat er vanuit verschillende theoretische kaders en modellen wordt gewerkt, meestal op eclectische wijze.[28] Afgaande op het curriculum van de opleidingen psychologie, pedagogie en sociaal werk kunnen we stellen dat in Vlaanderen vanaf de jaren '80 een grotere focus kwam op een (cognitieve)gedragstherapeutische benadering (beloningssystemen, werken met fases), systeem-theoretische inzichten (reële betrokkenheid van de gezinnen bij de begeleiding en gezinstherapie) en in mindere mate het vraagstellingenmodel van Kok. Vanaf de jaren 90 kreeg het contextuele gedachtengoed van Böszörményi-Nagy een prominente plaats. In de theorie van Nagy worden de inzichten vanuit de psychodynamische en ontwikkelingspsychologische theorieën vanuit het systeemdenken geïntegreerd. Hier wordt nog een dimensie van relationele ethiek aan toegevoegd.

[26] Agentschap Jongerenwelzijn 2012. p.35 e.v..(zie noot 25). We stellen vast dat een aantal tendensen uit de Staten-Generaal overeenkomen met de uitkomsten uit dit onderzoek.
[27] W. Hellinckx, 'Residential care: Last resort or vital link in child welfare?' *International Journal of Child & Family Welfare* (3) 2002, p.81.
[28] Grietens e.a. 2007, p.89 (zie noot 14).

Hierbij gaat het om de rechtvaardigheid van de relatie, het relationele evenwicht tussen het geven en ontvangen van gepaste zorg. Begrippen als loyaliteit, vertrouwen en betrouwbaarheid, verdiensten en schuld vallen binnen dit gebied. Bij deze dimensie wordt een sterke verbinding gelegd tussen de invloed op het individu die voorkomt uit verworvenheden van vorige generaties, en de wijze waarop ieder deze invloed gebruikt voor haar of zijn levensontwerp en de daaruit voortkomende invloed op komende generaties (legaat).[29]

Het pedagogisch handelen in residentiële voorzieningen wordt niet alleen beïnvloed door zuiver wetenschappelijke theorieën, maar ook door een aantal visies of benaderingen. We denken hierbij aan de emancipatorische benadering waarbij een zo groot mogelijke participatie van de cliënten wordt nagestreefd, niet (enkel) omdat dit effectiever is, maar omdat respect voor de cliënt als subject het uitgangspunt is bij hulpverlening. De emancipatorische benadering kreeg in Vlaanderen ook een juridische verankering in het decreet rechtspositie van de minderjarige. De implementatie van dit decreet had een rechtstreekse invloed op het concrete pedagogische handelen.

Ook de waarderende benadering of het krachtgericht werken, waarbij vooral gefocust wordt op de kracht en de talenten van jongeren en hun gezin, is van invloed op de residentiële jeugdzorg. Het herstelgericht werken past eveneens in dit rijtje.

Tenslotte behoeft ook de CANO-visie enige toelichting. CANO staat voor Centrum voor Actieve Netwerkontwikkeling en Omgevingsondersteuning en vertrekt vanuit drie belangrijke grondwaarden. Met name:

- Jongeren groeien het best op in hun eigen leefomgeving.
- Jongeren, ouders en steunfiguren hebben positieve mogelijkheden, oplossingscapaciteiten en krachtbronnen die moeten aangesproken worden om eigen oplossingen te ontwikkelen.
- De hulpverlening heeft als opdracht inclusie te realiseren en nieuwe uitsluiting van cliëntsystemen uit maatschappelijke structuren te voorkomen.[30]

Besluit

Alles overziend lijken de internationale en Vlaamse ontwikkelingen overeenkomsten te vertonen. Waar lichtere vormen van hulpverlening mogelijk zijn, wordt dit in Vlaanderen gestimuleerd. Daarnaast kan residentiële jeugdzorg wel als een *'first choice'* worden ingezet bij die jongeren waar lichtere vormen van hulpverlening minder geschikt lijkt. De MFC- en CANO-gedachte lijken binnen de residentiële jeugdzorg in Vlaanderen steeds meer uitwerking te krijgen en van invloed te zijn op de invulling van residentiële jeugdzorg in zijn geheel. Flexibiliteit (tussen verschillende vormen van hulpverlening) neemt een steeds belangrijkere plaats in binnen de Vlaamse residentiële jeugdzorg.

[29] Zie ook www.lerenoverleven.org.
[30] Zie www.canovlaanderen.be.

C. Methode literatuuronderzoek

Doelstelling van het literatuuronderzoek is een zicht te krijgen op werkzame factoren en/of interventies die in de (inter)nationale literatuur voor de residentiële jeugdzorg worden onderscheiden. In deze paragraaf lichten we toe hoe we te werk zijn gegaan, op welke bronnen we ons baseerden en hoe we de informatie in dit hoofdstuk zullen weergeven.

Het literatuuronderzoek startte met het doorzoeken van databanken via zoekfuncties van de Universiteit Leuven (LIMO) en de Koninklijke Bibliotheek in Den Haag (KB). Onder deze zoekfuncties vallen onder meer databanken als ERIC (Educational Resources Information Center), American Psychological Association, PubMed Central, Cambridge Journals Online, SpringerLink Journals & Books Series.[31] We hebben hierbij gezocht op (al dan niet gecombineerde) Nederlands- en Engelstalige termen als effectiviteit, evaluatie, (residentiële) jeugdzorg, (residential) youth care, practice based evidence, evidence based practice, effectiveness, evaluation enz..Deze manier van zoeken leverde een zeer groot aantal hits op. Wanneer in LIMO bijvoorbeeld wordt gezocht naar 'residential youth care' resulteert dit in meer dan 8000 hits. Gezien de aard en de in tijd beperkte omvang van dit onderzoek voelden we ons genoodzaakt doelgerichter te werk te gaan. We hebben onze zoektocht daarom gericht op (overzichts)studies met betrekking tot effectiviteit binnen de residentiële jeugdzorg. We maken hierbij nog een onderscheid tussen kernliteratuur en aanvullende literatuur.

1. Kernliteratuur

De beschreven zoektocht resulteert in het volgende literatuuroverzicht:

- Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten. A.T. Harder, E.J. Knorth en T. Zandberg. Amsterdam: SWP 2006.
- Initiatie van effect- en effectiviteitsmeting van het private hulpaanbod binnen de bijzondere jeugdzorg. H. Grietens e.a., in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Leuven: 2007.
- Aantoonbare Effectiviteit: Onderzoek naar de residentiële jeugdzorg van Entréa. I.Bastiaanssen, J.W. Veerman, G. Kroes, R. Engels. Nijmegen: Praktikon 2009.
- Residentiële jeugdzorg: wat werkt? L. Boendermaker, K. Van Rooijen, T. Berg. Utrecht: NJI 2010.
- Wat werkt in de residentiële jeugdzorg? Werkbladen. K. Van Rooien-Mutsaers, C. Pots, L. Boendermaker, M. De Lange. Utrecht: NJI 2011.
- Werken aan effectiviteit in de stadsregio Rotterdam. Beschrijven en onderbouwen van interventies & benutten van kennis over werkzame principes in de jeugdzorg. M. de Lange & C. Chênevert. Utrecht: NJI 2011.
- The evidence-informed improvement for child and family services. Centre for Effective Services (CES): Dublin 2011.

Vertrekpunt vormt de overzichtsstudie van Harder e.a. waarin Nederlandstalige, Engelstalige en Duitstalige literatuur uit de periode 1999 tot medio 2005 is onderzocht. Een groot deel van de andere studies zijn door de grote onderzoeksbureaus in Nederland (het Nederlands Jeugdinstituut, Praktikon)

[31] Voor een gedetailleerd overzicht van databanken verwijzen we naar de websites van de KU Leuven: http://bib.kuleuven.be/ub/toegang-en-gebruik/toegang/toegang-e-bronnen en de KB: www.kb.nl.

en Ierland (Centre for Effective Services) uitgevoerd. Op Vlaams niveau is er weinig onderzoek beschikbaar dat de effectiviteit van de residentiële jeugdzorg onder de loep neemt.[32] Het onderzoek van Grietens e.a. uit 2007 gericht op effect- en effectiviteitsmeting van het private hulpaanbod binnen de bijzondere jeugdzorg biedt de belangrijkste Vlaamse bijdrage.[33]

De overzichtsstudie van Harder e.a. (2006) vormt een belangrijke bron voor later onderzoek en kan als één van de meest toonaangevende onderzoeken worden beschouwd.[34] De andere studies vullen dit aan met recentere (overzichts)onderzoeken.[35] Bovenstaande documenten vormen het vertrekpunt voor dit onderzoek naar werkzame factoren. We beschouwen deze studies als de primaire bronnen of kerndocumenten voor dit onderzoek.[36] We zullen doorheen de literatuurbeschrijving ook als zodanig naar deze bronnen verwijzen.

2. Aanvullende literatuur

Harder e.a. geven in hun onderzoek aan dat zij de meeste artikelen hebben gehaald uit de volgende tijdschriften: Kind & Adolescent, Tijdschrift voor Sociaal Pedagogische Hulpverlening, Tijdschrift voor Orthopedagogiek en The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Harder e.a. doorzochten deze tijdschriften van 1990 tot medio 2005.

Wij doorzochten dezelfde tijdschriften vanaf 2005 tot heden om te kijken of er nog relevante artikelen en essentiële aanvullingen zijn op de kernliteratuur. Daarnaast doorzochten we, in aanvulling op de tijdschriften die Harder e.a. gebruikten, de volgende tijdschriften voor de periode 2005 tot heden:

- Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek
- Residential Treatment for Children & Youth

Tenslotte stuitten we tijdens dit onderzoek op het boek InsideOut uit 2010, waarin veel actuele Europese studies op het vlak van residentiële jeugdzorg op overzichtelijke wijze zijn gebundeld.

Dit aanvullende literatuuronderzoek, waar we ook als zodanig in het vervolg van dit rapport naar zullen verwijzen, resulteerde in 101 artikelen die een mogelijke aanvulling of onderbouwing op de kerndocumenten konden bieden. Per artikel maakten we puntsgewijze korte samenvattingen, waarmee er enkele artikelen minder relevant bleken en we uiteindelijk een overzicht van 50 artikelen

[32] Zie in dit kader de opmerking van S. Mommaerts e.a.: 'Vlaanderen heeft een beperkte traditie op het gebied van outcome-onderzoek in de jeugdhulpverlening. Niettemin bemerken we de laatste jaren een toenemende interesse om de resultaten van de jeugdzorg aan een nauwkeurige beschouwing te onderwerpen. Deze interesse kadert binnen een maatschappelijke verandering waarbij de jeugdhulpverlening zijn geloofwaardigheid en legitimiteit dreigt te verliezen wanneer geen wetenschappelijk bewijs bestaat waaruit blijkt dat positieve resultaten worden behaald.', zie S. Mommaerts e.a. *Evaluatie Time-Out onderzoek*. Leuven: Steunpunt WVG 2008, p. 1.

[33] Ouder onderzoek is terug te vinden in V. Dehaes, *De bijzondere jeugdbijstand in Vlaanderen: onderzoekingen 1990-1999: een geannoteerde bibliografie*. Brussel: CBGS 1999, p.42.

[34] Zo verwijzen Boendermaker e.a. en Bastiaanssen e.a. in hun onderzoek naar Harder e.a.. Zie Boendermaker e.a. 2010, p.5 (zie noot 14), Bastiaanssen e.a. 2009, p.6 e.v. (zie noot 17).

[35] Zo betrekken Boendermaker e.a. in aanvulling op Harder e.a. de volgende studies bij hun onderzoek: Hair 2005, Thomson e.a. 2005, Clough e.a. 2006, Boendermaker 2007, Department of Health 2008, Loeffen 2007. Daarnaast doorzoeken zij de databanken van de Cochrane en Campbell Collaboration (niet meegenomen in het onderzoek van Harder e.a.). Zie Boendermaker 2010, p.5 (zie noot 14).

[36] Onderzoeksbureau Praktikon heeft, vanwege uitgebreide ervaring op het gebied van effectiviteitsonderzoek, ons onderzoeksvoorstel gereviewd. Praktikon bevestigde dat we met bovenstaand onderzoek de kern te pakken hebben. Voor meer informatie ga naar www.praktikon.nl.

hadden waar we ons voor aanvulling van de kerndocumenten op hebben gericht. Van deze artikelen bleken de volgende relevant:

Bron	**Aantal artikelen**
Vlaams tijdschrift voor Orthopedagogiek	1
Sozio (opvolging Tijdschrift voor Sociaal Pedagogische Hulpverlening)	2
Tijdschrift voor Orthopedagogiek	3
Kind & Adolescent	6
Residential Treatment for Children & Youth	5
InsideOut	25
Overige bronnen:	
Alert	1
JeugdenCo	2
Tijdschrift voor Welzijnswerk	3
Tijdschrift voor Criminologie	1
International Journal of Child & Family Welfare	1

Tabel 2

We merken op dat de artikelen uit het aanvullende literatuuronderzoek over het algemeen specifieker van aard zijn en zich bijvoorbeeld richten op het beschrijven van een bepaalde interventie of werkzame factor. Hierbij kan gedacht worden aan beschrijvingen en/of effectiviteitsstudies naar gezinsgerichte aanpakken zoals Families First, of onderzoeken die het belang van goede nazorg onderbouwen.

D. Werkzame factoren en kwaliteitscriteria

Een overzicht van werkzame factoren kan voor voorzieningen als startpunt fungeren om een zicht te krijgen op de mate van effectiviteit van hun manier van werken. Het overzicht van werkzame factoren dat uit dit literatuuronderzoek volgt, is gebaseerd op uiteenlopende soorten onderzoek. In dit kader kan de vraag gesteld worden wat een cumulatie van factoren, gebaseerd op verschillende soorten onderzoek, nu eigenlijk betekent. Is de ene werkzame factor net zo belangrijk als de andere? Of is het aanbod effectiever als je zoveel mogelijk werkzame factoren combineert?

Bovenstaande vragen aangaande de waarde en verbanden tussen de onderscheiden werkzame factoren zijn dermate complex dat nader onderzoek hier slechts stapsgewijs inzicht in zal bieden. We willen de vragen als achtergrond meegeven wanneer men naar het overzicht van werkzame factoren voor residentiële jeugdzorg kijkt. Met dit literatuuronderzoek kunnen we de opgeworpen vragen niet beantwoorden. We willen echter wel iets meer bieden dan enkel een overzicht van werkzame factoren. In dit rapport gaan we daarom na op welke wijze de werkzame factoren in de literatuur besproken worden (uitgebreid of beknopt) en beschrijven we op welk soort bronnen de werkzaamheid van de factoren is gebaseerd, naar hoeveel bronnen verwezen wordt, wat hierin opvalt enz. Dit blijkt niet evident. In de hiernavolgende alinea's gaan we op een aantal knelpunten in.

Uit ons literatuuronderzoek blijkt in de eerste plaats dat over sommige factoren veel literatuur beschikbaar is. Deze factoren worden uitgebreid beschreven. Andere factoren worden in de literatuur eerder als een evidentie beschouwd en vrijwel niet toegelicht. Wat betreft dit laatste punt is de manier waarop algemeen werkzame factoren worden besproken illustrerend. Algemeen werkzame factoren vinden hun fundering in breed en divers onderzoek en de werkzaamheid van deze factoren wordt tegenwoordig vaak als dermate evident beschouwd dat naar achterliggende literatuur zeer beknopt wordt verwezen.

Een tweede aspect dat opvalt, is dat in de kerndocumenten zeer verschillend verwezen wordt naar achterliggende literatuur. De twee meest praktijkgerichte documenten, de 'What Works Tool' van het CES en 'Werken aan de effectiviteit in de stadsregio Rotterdam', wijken qua verwijzing naar achterliggende literatuur sterk af van de andere kerndocumenten. Er wordt wel een goed algemeen overzicht gegeven van literatuur waarop de werkzame factoren gebaseerd zijn, maar men gaat niet in op de bronnen die aan elke factor afzonderlijk ten grondslag liggen, wat in de andere kerndocumenten wel het geval is. Hierdoor is het niet mogelijk een inschatting te maken over welk type bron en hoeveel bronnen er aan de afzonderlijke factoren ten grondslag liggen.

Een derde punt betreft de aard van de literatuur. Soms moeten we ons tevreden stellen met belevingsonderzoek of beschrijvend onderzoek. Effectiviteitsindicatoren zoals normaliteit, veiligheid, eigen kamer, kleine leefgroepen, huiselijkheid, en individuele aandacht spreken vooral vanuit verhalen van jongeren en hulpverleners (subjectieve beleving en standpunten van jongeren en hulpverleners). Wat vinden jongeren en hulpverleners belangrijk?

Tot slot merken we op dat het beschrijvend onderzoek de verdienste heeft dat het duidelijk expliciteert en bijna letterlijk in beeld brengt wat er nu precies gebeurt in residentiële voorzieningen. Het levert echter meestal weinig verrassende inzichten op over 'wat nu precies werkt'. Een goede relatie tussen de cliënt en de hulpverlener, preventie van misbruik, een veilige leefomgeving, het belang van training en opleiding van het personeel, van een zekere mate van autonomie in het pedagogisch handelen, psychologische beschikbaarheid van de groepsleiders, goede werkomstandigheden, multimethodisch en multimodaal werken enz. lijken evidente 'werkzame' factoren. Door de beschrijvende onderzoeken komt deze residentiële jeugdzorg in binnen- en

buitenland wel beter in beeld en kunnen we richtlijnen formuleren die kunnen leiden tot een verhoging van de kwaliteit.

1. Care en cure

In de literatuur over de effectiviteit van residentiële jeugdzorg wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen orthopedagogische basiszorg *(care)*, effectieve zorg en behandeling door de inzet van interventies *(cure)* en aspecten die op het niveau van personeel en organisatie de hulpverlening beïnvloeden. Ofwel:

1. Orthopedagogische basiszorg: rust, regelmaat, veiligheid, ontspanning…
2. Effectieve zorg en behandeling: therapeutisch klimaat en interventies.
3. Personeel en organisatie: professionaliteit, werkomstandigheden, duidelijke visie op hulpverlening…

We benadrukken dat bovenstaande niveaus met elkaar samenhangen. In de residentiële jeugdzorg is nooit sprake van pure *care*, tenzij het louter om vervangende zorg zou gaan, maar dit is nooit het geval.[37] Wel zullen de drie genoemde elementen anders gedoseerd zijn al naargelang de setting waarin kinderen en jongeren verblijven. Bij een langdurende opname kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een situatie die bijzondere aandacht vraagt, maar tegelijkertijd verlangt dat het behandelaspect laag gedoseerd wordt. Bij een korte intensieve opname zullen de drie elementen nadrukkelijk aanwezig zijn. Ze zijn in dit geval ook sterk met elkaar verbonden.

De effectvraag is niet hoofdzakelijk verbonden aan het element 'effectieve zorg en behandeling'. Jongeren in de jeugdzorg zijn immers ook gewoon jongeren die in de eerste plaats nood hebben aan eten, slapen, ontspanning, kwaliteitsvolle relaties, veiligheid, routine en structuur. Op het terrein van de basiszorg is vooral beschrijvend onderzoek beschikbaar, bijvoorbeeld naar het handelen in leefgroepen en naar het welzijn van jongeren. Toch is ook hier wetenschappelijk onderbouwde kennis voorhanden over wat werkt en wat niet. Zo weten we dat de fysieke omgeving invloed heeft op agressie in de groep. Bovendien onderscheidt een residentiële opvoeding zich van de 'gewone' opvoeding doordat het een groepsgebeuren is. Dit veronderstelt specifieke vaardigheden van de begeleiders om op een positieve wijze om te gaan met de groepsdynamische aspecten binnen de leefgroep. Er is dus een grote verwevenheid tussen het creëren van een positief leefklimaat en het uitvoeren van meer specifieke interventies.

In het licht van het bovenstaande hebben we in het overzicht van de werkzame factoren en kwaliteitscriteria het onderscheid tussen orthopedagogische basiszorg en interventies niet scherp aangehouden. Onder *'orthopedagogische basiszorg'* bespreken we twee belangrijke pijlers van opvoeding met name het creëren van veiligheid en het realiseren van een goede relatie met de jongeren. Dit zijn de basics binnen elk hulpverlenend handelen. Daarnaast zijn er een aantal belangrijke randvoorwaarden die we eerder zouden rangschikken onder kwaliteitscriteria. Het gaat dan met name over aandacht voor de normale ontwikkeling van het kind/de jongere, aandacht voor gezondheid en voor de leefomgeving.

Onder de hoofding *'effectieve zorg en hulp'*, bespreken we een aantal algemeen werkzame factoren onder meer de motivatie van de jongere/gezin en de visie van waaruit gewerkt wordt zoals krachtgericht en participatief werken. We besteden ook aandacht aan specifiek werkzame factoren

[37] T. Van Yperen e.a. 2010, p.58 e.v. (zie noot 13).

voor de residentiële jeugdzorg zoals het werken met gezinnen en ruimere context, het toepassen van cognitieve gedragstherapeutische principes en het inschakelen van externe therapie. Verder bespreken we een aantal kenmerken waar effectieve zorg en behandeling aan moet voldoen om effectief te zijn. Dit zijn met name een theoretische onderbouwing, een duidelijke structuur, samenhang en continuïteit van de hulpverlening, een goede afstemming tussen het hulpaanbod en het ontwikkelingsstadium van de jongere en zijn problemen, behandelintegriteit en monitoring.

Als laatste richten we de aandacht op *'personeel en de organisatie'*. Hierbij kan gedacht worden aan factoren en kwaliteitscriteria als professionaliteit, stabiliteit van de organisatie, een duidelijke visie op hulpverlening en goede werkomstandigheden die doorwerken op de effectiviteit van de geboden residentiële hulpverlening.

2. Overzicht werkzame factoren en kwaliteitscriteria

Het literatuuronderzoek bleek te resulteren in een zeer uitgebreid overzicht van werkzame factoren. Voor een goed overzicht hebben we binnen de drie niveaus de werkzame factoren en kwaliteitscriteria die onderling verband met elkaar houden, geclusterd.

Orthopedagogische basiszorg

Cluster	Werkzame factoren en kwaliteitscriteria
Relatie hulpverlener – cliënt	• Een goede hulpverleningsrelatie en de invloed van een veilige hechting op het tot stand brengen van een positieve responsieve relatie
Veiligheid	• Balans tussen flexibiliteit en controle • Invloed van de groep: deviantietraining, maar ook steun • Agressiebeleid
Individuele aandacht	• Er is aandacht voor de jongere als individu, i.p.v. als groepslid. Dit kan door goed te luisteren naar de jongere, blijk van betrokkenheid en kans tot inspraak
Normale ontwikkeling van de jongere	• Positieve stimulering normale ontwikkeling/kwaliteit van leven van de jongere o.a. door aandacht voor gezondheid, onderwijs, vrije tijd en leefomgeving

Tabel 3

Effectieve zorg en behandeling

Cluster	Werkzame factoren en kwaliteitscriteria
Context	• Werken met, betrekken en/of behandelen ouders en gezinnen, afgestemd op specifieke situatie jongere
Gedragsmatige aanpak	• Er wordt een (cognitief)gedragstherapeutische benadering gehanteerd
Therapie	• Er wordt individuele en groepstherapie, naast verblijf in

	leefgroepen, geboden
Multimodaal en multimethode	• De interventie richt zich op meerdere aspecten van de problematiek (multimodaal) • De behandeling van ernstige gedragsproblemen bevat meerdere methodes
Motivatie	• Ontwikkeling motivatie cliënten
Participatie	• Er is sprake van actieve samenwerking en participatie van de jongere en familie • Jongeren en hun familie hebben de regie
Krachtgericht werken	• De interventie richt zich op sterktes en stimuleert positief gedrag
Samenhang en continuïteit	• Continuïteit en samenhang in behandeling in totaal van behandeling en leefgroep (o.a. door feedback groepsleiders op wat de jongere in individuele interventie leert, goede aansluiting op vervolg én andere onderdelen behandeling • Het hulpverleningsplan garandeert continuïteit, samenhang en resultaten
Voorbereiding en begeleiding plaatsing	• De plaatsing wordt goed voorbereid en begeleid
Nazorg	• Jongeren en hun familie worden goed voorbereid op de situatie na het verblijf, zorgvuldige overgang en nazorg
Op maat	• Interventies dienen qua methode en inhoud aan te sluiten op de mogelijkheden van de jongere waarbij rekening wordt gehouden met verschillende stadia van ontwikkeling van de jongere • Hulp sluit qua duur en intensiteit aan op geconstateerde problemen
Gespecialiseerd en intensief	• Gespecialiseerde intensieve behandeling, afhankelijk van de zwaarte van de problematiek
Duidelijke structuur / opbouw interventie	• Er worden duidelijke werkmethoden toegepast • Heldere opbouw en fasering behandeling • Heldere procedure behandelplanning (bijv. duidelijke planning opzetten behandelplan, (tussentijdse) evaluaties)
Theoretische onderbouwing	• Goede theoretische onderbouwing van de interventie
Integriteit en monitoring	• Monitoren uitvoering ten behoeve van behandelintegriteit • Uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden

Tabel 4

Personeel en organisatie

Cluster	Werkzame factoren en kwaliteitscriteria
Visie	• Organisatie en management hebben een duidelijke (omschreven) visie en strategisch plan over de geboden hulp en evalueren deze met regelmaat. • De organisatie beschikt over sterke leidingevende(n) die duidelijke doelstellingen opstellen en aanhouden • Er is een goede werkcultuur en infrastructuur om doelen te bewerkstelligen
Professionaliteit	• Werving en screening van goed opgeleid en competent personeel • Training vaardigheden personeel zodat zij over de juiste kennis en vaardigheden beschikken • Goede ondersteuning personeel o.a. door richtlijnen, supervisie en intervisie • Hulpverleners zijn zich bewust van het feit dat zij professionele opvoeders zijn en overeenkomstig handelen
Stabiliteit	• Stabiliteit binnen organisatie, teams, leefgroepen • Geen belasting op rolverdeling door reorganisatie
Moraal	• Er is sprake van een goede moraal onder het personeel
Autonomie	• Een adequate mate van autonomie van groepsopvoeders
Consensus	• Overeenstemming tussen hulpverlenend personeel over de uitvoering van de zorg
Goede werkomstandigheden	• Hulpverleners werken onder goede werkomstandigheden waaronder een dragelijke caseload, goede ondersteuning en financiële waardering.
Schaalgrootte	• Grootte van voorzieningen • Grootte van leefgroepen
Externe samenwerking en kennisdeling	• Het belang van samenwerking en communicatie met andere organisaties t.b.v. de cliënt wordt erkend • Er vindt kennisdeling plaats met andere organisaties • Er is aandacht voor het (lokale) netwerk en politieke context waarbinnen de voorziening opereert
Rechtspositie	• Garanderen van vertrouwelijkheid en toegang tot informatie

Tabel 5

3. Beschrijving werkzame factoren en kwaliteitscriteria

3.1 Werkzame factoren en kwaliteitscriteria voor orthopedagogische basiszorg

3.1.1 Relatie hulpverlener-cliënt

Een goede hulpverleningsrelatie wordt door Harder e.a., Boendermaker e.a. en Grietens e.a. als een belangrijke algemeen werkzame factor omschreven. De literatuur waarnaar de onderzoekers refereren vrij is echter vrij beknopt. Dit kan, zoals we in de inleiding reeds opmerkten, verklaard worden door het algemene karakter van deze werkzame factor, waardoor de werkzaamheid van deze factoren meer als een evidentie in recente literatuur wordt behandeld. Grietens e.a. verwijzen naar het overzicht van werkzame factoren op de website van het NJI.[38] Boendermaker e.a. baseren zich op overzichtsstudies van Carr e.a. uit 2009, Harder e.a. ut 2006 en Clough e.a. uit 2006.[39] Harder e.a. verwijzen naar onderzoek van Van Yperen uit 2003 en 2004.[40]

Waar in de kerndocumenten de relatie hulpverlener-cliënt vrij beknopt wordt besproken, gaat Pijnenburg uitgebreid in op dit aspect. Volgens het integratieve werkzame factorenmodel van Pijnenburg vormt de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener de kern binnen het geheel van werkzame factoren. Deze relatie bevat twee elementen; enerzijds het tot stand komen van een goede *emotionele band* met de jongere (en de context) en anderzijds een goede *taakalliantie* met name consensus over het doel van de opname en over de aanpak (zie ook de beschrijving uit de referentiekaders van dit onderzoek op p.5).

Relatie en hechtingstheorie

De hechtingstheorie kan ons iets leren over de randvoorwaarden om een goede emotionele relatie tot stand te laten komen. Jongepier legt in haar studie naar residentiële jeugdzorg uit 2011 uit dat volgens deze theorie, kinderen en jongeren een hechtingsrelatie ontwikkelen met een primaire verzorger om zichzelf te verzekeren van bescherming en verzorging.[41] Een veilige hechting heeft een belangrijke positieve uitwerking op de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Sensitieve responsiviteit - de signalen van een kind opmerken en er adequaat op reageren - is een kernelement in de omgang tussen volwassenen en kinderen.

Hechtingsrelatie in residentiële zorg

Bij jongeren die opgenomen zijn in een residentiële voorziening ontbreekt vaak een basis van veiligheid en vertrouwen. Kinderen leren vanaf jonge leeftijd strategieën om pijn en gekwetstheid te voorkomen, door hun gedrag aan te passen of door afleiding te zoeken. Die strategieën passen ze ook toe op andere relaties wanneer ze ouder worden. Een jongere die bijvoorbeeld verwaarloosd is door zijn ouders kan geleerd hebben om weinig te vertrouwen op de steun van anderen. Zo een jongere zal zich stoer en afstandelijk opstellen. Vanuit de hechtingstheorie weten we dat deze vaardigheid om relaties aan te gaan ook ingebed is in de persoonlijkheid van de groepsleider. In de mate de groepsleider zelf veilig gehecht is, zal hij 'van nature' gemakkelijker de juiste toon kunnen vinden om jongeren aan te spreken, sneller aanvoelen welke afstand gepast is en zich minder snel gefrustreerd voelen als jongeren niet willen investeren in de relatie of zich destructief opstellen. We bespreken in

[38] Zie www.jeugdinterventies.nl, Grietens e.a. 2007, p. 42 (zie noot 8).
[39] Boendermaker e.a. 2010, p.27 en 29 (zie noot 14).
[40] Harder e.a. 2006, p.108 (zie noot 14).
[41] N. Jongepier, 'Groepsopvoeder moet balans vinden tussen flexibiliteit en controle. Gesloten residentiële jeugdzorg als veilige haven' *JeugdenCo* (04) 2011, p.22 e.v..

dit verband twee onderzoeken waar Boendermakers e.a. naar refereren.[42] Onderzoek van Schuengel uit 2006 laat zien dat slechts een klein percentage van de jongeren die in een justitiële behandelinrichting verbleven, veilig gehecht zijn. Ook bij een deel van de groepsleiding was sprake van een onveilige hechting. Onveilig gehechte groepsleiders stellen meer vermijdingsgedrag en hanteren de regels strakker. Veilig gehechte groepsleiders communiceren meer en geven meer ondersteuning. Het onderzoek van Zegers uit 2007 schetst een vergelijkbaar beeld. In dit onderzoek werd nagegaan in welke mate jongeren en groepsleiders veilig gehecht zijn.[43] Van de opgenomen kinderen en jongeren bleek slechts 7% veilig gehecht. Uit een vergelijkende studie bij personen die geen problemen vertonen bleek 48% veilig gehecht te zijn. Deze score kwam ook overeen met de score van 55% bij de groepsleiders. Uit het onderzoek bleek verder dat de groepsleiders met een onveilige hechting het moeilijker hebben om een goed contact op te bouwen met de jongeren en om vertrouwen te krijgen van de jongeren.

Jongepier stelt dat de relatie tussen jongere en groepsleiding nooit de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind kan vervangen, maar uit onderzoek van zowel Harder e.a. als Schuengel blijkt dat jongeren gehechtheidsgedrag kunnen vertonen in hun relatie met groepsopvoeders.[44] Als die dat gedrag op passende manier beantwoorden, vergroot de kans dat de jongere zijn gehechtheidsstrategie in gunstige zin aanpast. De jongere leert dan te steunen op volwassenen naar wie hij opkijkt, die hij vertrouwt en door wie hij zich geaccepteerd voelt. Volgens Schuengel is dit een belangrijk en noodzakelijk aspect van de residentiële behandeling. Bovendien is sensitieve responsiviteit een vaardigheid die begeleiders kunnen ontwikkelen, bijvoorbeeld door video-interactiebegeleiding.[45]

3.1.2 Veiligheid

Het creëren van een veilig klimaat is naast het opbouwen van een goede hulpverleningsrelatie een tweede belangrijke pijler binnen de residentiële werking. Boendermaker e.a. en De Lange & Chênevert omschrijven veiligheid als een kwaliteitscriterium voor residentiële jeugdzorg.

De literatuur waar in deze kerndocumenten naar wordt verwezen, is vrij beknopt. Ons aanvullende literatuuronderzoek leverde een uitgebreid artikel van Jongepier uit 2011 op. Hieronder geven we de belangrijkste aspecten uit de onderzoeken van Boendermaker e.a., De Lange & Chênevert en Jongepier weer.

Balans tussen flexibiliteit en controle

Groepsopvoeders moeten een balans vinden tussen flexibiliteit en controle. Er moet een duidelijk kader zijn zodat jongeren weten wat van hen verwacht wordt, maar dit betekent niet dat star moet worden vast gehouden aan regels en sancties. In de plaats daarvan moet ruimte gelaten worden voor uitzonderingen en individuele aanpassingen zodat het opbouwen van een goede relatie mogelijk blijft.[46]

[42] Boendermaker e.a. 2010, p.11 (zie noot 14).
[43] Boendermaker e.a. 2010, p.11 (zie noot 14).
[44] Jongepier 2011, p.24 (zie noot 41), Boendermaker e.a. 2010, p.11 (zie noot 14).
[45] Jongepier 2011, p.25 (zie noot 41).
[46] Jongepier 2011, p.24 (zie noot 41).

Invloed van de groep: deviantietraining maar ook steun

Boendermaker e.a. geven aan dat onveiligheid binnen residentiële voorzieningen ook wordt gecreëerd door de jongeren zelf. Vooral in groepen van jongeren met gedragsstoornissen ontstaat snel een vorm van deviantietraining. Jongeren nemen probleemgedrag zoals pesten, intimideren en bedreigen van elkaar over. Zo blijkt uit onderzoek van Cawson uit 2005 in Engeland dat jongeren elkaar bijna alleen maar uitschelden en dat groepsleiders dit beschouwen als 'nu eenmaal horen bij de groep'. Ze denken dat de jongeren hier niet veel last van hebben terwijl de jongeren aangeven dat dit wel het geval is. Ook slaan, schoppen en dreigen was heel gewoon. De groepsleiding greep wel in, maar beschouwde dit als onvermijdelijk.[47]

Toch zijn de onderzoeksgegevens hierover niet eenduidig. Boendermaker e.a. verwijzen naar onderzoek van Handwerk uit 2000 waaruit blijkt dat jongeren met gedragsproblemen niet altijd dit deviante gedrag overnemen. Dit beeld komt ook naar voren in het onderzoek van Mager, Milich, Harris en Howard uit 2005, gericht op de effectiviteit van een probleemoplossende vaardigheidstraining bij adolescenten.[48] Uit dit onderzoek blijkt dat de groep met uitsluitend jongeren met gedragsproblemen beter scoorde op leerkracht- en ouderbeoordelingen dan de groep waar ook jongeren deelnamen zonder gedragsproblemen. Ook hier namen de jongeren het deviante gedrag niet van elkaar over.

Er zijn ook positieve aspecten aan het leven in groep. Een belevingsonderzoek bij jongeren van Van der Vlugt en De Jong uit 2005 (bij 152 jongeren) laat zien dat jongeren de omgang met leeftijdsgenoten ook als een positief aspect van het verblijf zien. Volgens de jongeren uit het onderzoek van Meerdink uit 1999 (bij 51 jongeren) is steun van groepsgenoten zelfs belangrijker dan het 'werken aan problemen', hoewel ze het pesten wel erkennen als een negatief aspect van dit groepsleven.[49] Dit onderstreept het belang van vaardigheden om met groepen om te gaan en om de groepsdynamische aspecten te kunnen benutten bij het tot stand brengen van een positief leefklimaat.

De groepsbegeleider moet voortdurend oog hebben voor wat zich afspeelt in de groep. Deze monitoring van het groepsklimaat is belangrijk om bij te sturen wanneer dat nodig is. Van der Helm heeft voor zijn promotieonderzoek een vragenlijst ontwikkeld om het groepsklimaat te meten. De lijst staat in zijn proefschrift.[50] Uit recent longitudinaal onderzoek door de Hogeschool Leiden en de universiteit van Amsterdam blijkt dat de vragenlijst betrouwbaar en valide is en niet alleen bruikbaar in justitiële inrichtingen, maar ook voor open groepen en voor groepen van jongeren met een verstandelijke beperking.

Agressiebeleid

Toch zal ook in een groep met een positief groepsklimaat nog regelmatig agressie voorkomen. De achtergrond en problematiek van de jongeren hebben immers ook invloed op het ontstaan van agressie. Het is daarom belangrijk dat voorzieningen een beleid formuleren op het vlak van agressie.[51] Jongepier wijst op de risico's van inperkende maatregelen zoals het vastpakken en isoleren van jongeren. Hoewel ze soms noodzakelijk zijn, gaan ze niet goed samen met een positief leefklimaat en

[47] Boendermaker e.a. 2010, p.8 (zie noot 14).
[48] Boendermaker e.a. 2010 p.8. (zie noot 14).
[49] Boendermaker e.a. 2010 p.8. (zie noot 14).
[50] G.H.P. Van der Helm, *First do no Harm: Living group climate in secure juvenile correctional institutions.* Academisch Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam 2011, p.17 e..v..
[51] Jongepier 2011, p.27 (zie noot 41).

zijn er aanwijzingen dat deze maatregelen fysieke en emotionele schade kunnen veroorzaken bij jongeren en bij medewerkers.[52]

Duidelijke regels, goed getraind personeel en supervisie van het personeel zijn belangrijke aspecten bij het realiseren van een veilig pedagogisch klimaat en het omgaan met agressie en grensoverschrijdend gedrag. Hiervoor is video-interactiebegeleiding een goed instrument. Daarnaast kunnen vragenlijsten worden gebruikt om het groepsklimaat te onderzoeken en te monitoren.[53]

Praktisch gezien dienen gebouwen ook aan bepaalde (veiligheids)eisen te voldoen. Hierbij kan gedacht worden aan de aanwezigheid van een (permanente) bereikbaarheidsdienst, veilige sloten, een alarmsysteem enz..[54] Voor een overzicht van goede praktijken inzake het voorkomen en omgaan met agressief gedrag verwijzen we naar het overzicht van interventies in de volgende paragraaf en het onlangs verschenen onderzoeksrapport 'Onderzoek naar werkzame methodieken binnen de bijzondere jeugdbijstand ter continuering van de hulpverlening die door agressie bedreigd wordt' uit 2012.[55]

3.1.3 Individuele aandacht

Het is belangrijk dat hulpverleners aandacht besteden aan de jongere als individu in plaats van alleen als groepslid. Boendermaker e.a. en De Lange & Chênevert omschrijven dit aspect als een kwaliteitscriterium en geven aanwijzingen hoe dit aspect in de praktijk kan worden ingevuld. We merken op dat de achterliggende literatuur waarnaar wordt verwezen vrij beknopt is.

Individuele aandacht kan zowel volgens Boendermaker e.a. als De Lange & Chênevert worden vorm gegeven door jongeren serieus te nemen en tijd te nemen om naar hen te luisteren en er voor hen te zijn. Boendermaker e.a. verwijzen in dit kader naar twee Nederlandse belevingsonderzoeken uit 1999 en 2005 waaruit blijkt dat jongeren het heel belangrijk vinden dat er goed naar hen geluisterd wordt.[56] Luisteren, betrokkenheid en echt praten is voor hen belangrijk, evenals sympathie, begrip, troost en individuele aandacht. Daarnaast is het betrekken van jongeren bij de beslissingen over de zorg ook belangrijk voor hun gevoel van zelfwaarde. Knelpunt voor groepsleiders blijkt het vinden van voldoende tijd om vooral op psychologisch vlak voldoende beschikbaar te zijn.

3.1.4 Normale ontwikkeling van de jongere

De normale ontwikkeling van de jongere richt zich op aspecten als gezondheid, onderwijs, werk, vrijetijdsbesteding en leefomgeving. Zowel Harder e.a., Boendermaker e.a. en de Lange & Chênevert besteden vrij uitgebreid aandacht aan dit aspect. De twee laatstgenoemde onderzoekers omschrijven de normale ontwikkeling als een kwaliteitscriterium voor residentiële jeugdzorg.

Er is veel (belevings)onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat jongeren een zo normaal mogelijk leven willen. Zo verwijzen Harder e.a. naar een drietal (belevings)onderzoeken van Anglin uit 2002, Ward

[52] Jongepier 2011, p.26 (zie noot 41).
[53] Bijvoorbeeld met behulp van de vragenlijst van Van der Helm. Zie Van der Helm 2011, p.17 e.v. (zie noot 50).
[54] De Lange & Chênevert 2011, p.22 (zie noot 14).
[55] I. Smits e.a. *Onderzoek naar werkzame methodieken binnen de bijzondere jeugdbijstand ter continuering van de hulpverlening die door agressie bedreigd wordt.* In opdracht van het Agentschap Jongerenwelzijn. Brussel: 2012, p.37 e.v..
[56] Boendermaker e.a. 2010, p.8 (zie noot 14).

uit 2004 en Meerdink uit 1999.[57] Boendermaker e.a. verwijzen eveneens naar de (belevings)onderzoeken van Anglin en Ward en vullen dit aan met nog een vijftal (Engelstalige) studies waaruit onder meer blijkt dat normaliteit belangrijk is, maar dat de speciale behoeften van de jongeren niet uit het oog verloren moeten worden.[58] Boendermaker e.a. refereren hiernaast naar (inter)nationale kwaliteitscriteria waarin veel aandacht wordt besteed aan leefgebieden als onderwijs, sociaal netwerk, gezondheid, verzorging, vrije tijd en werk.

Praktische voorbeelden en aspecten voor de invulling van de normale ontwikkeling van de jongere worden door De Lange en Chênevert beschreven. Zij benadrukken het belang van 'normale' zaken als de mogelijkheid om vrienden mee te laten eten, na schooltijd samen iets drinken, deelnemen aan huishoudelijke taken enz. Daarnaast is normaliteit van het gebouw en de leefomgeving belangrijk, zoals wonen in een pand zonder naambordje van de organisatie, een huiselijke inrichting en indeling met voldoende ruimte waardoor ook rust en privacy gegarandeerd kan worden (bijv. een eigen kamer).[59]

3.2 Werkzame factoren en kwaliteitscriteria voor effectieve zorg en behandeling

3.2.1 Context

Werken, betrekken en/of behandelen van de ouders/context van de jongere

Het werken, betrekken en/of behandelen van de ouders/context van de jongere is binnen de residentiële jeugdzorg een steeds belangrijkere rol gaan spelen. Deze ontwikkeling komt onder andere tot uitdrukking in de grote hoeveelheid literatuur die er de laatste jaren rondom dit thema is ontwikkeld. Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat niet alleen Harder e.a., Boendermaker e.a., Grietens e.a. en De Lange & Chênevert deze werkzame wijze uitgebreid en onderbouwd als werkzame factor bespreken. Ook een groot deel van de literatuur die uit ons aanvullend literatuuronderzoek naar voren kwam, richt zich op het betrekken van ouders/context bij residentiële hulpverlening. [60]

Het betrekken en/of werken met de ouders/context wordt in de literatuur als een specifiek werkzame factor omschreven. Uit de kernliteratuur blijkt dat contextgericht werken een belangrijke basispijler is voor de residentiële jeugdzorg. Zo stellen Boendermaker e.a., op basis van diverse (overzichts)studies van onder andere Harder e.a., dat het schenken van aandacht aan het gezin van herkomst en de relatie tussen jongeren en hun ouders een belangrijk onderdeel is van goede orthopedagogische

[57] Harder e.a. 2006, p.76 (zie noot 14).
[58] Boendermaker e.a. 2010 p.7 (zie noot 14).
[59] De Lange & Chênevert 2011, p.21 (zie noot 14). Ons aanvullende literatuuronderzoek resulteerde in een studie van K.A. Bailey waarin het belang van de fysieke omgeving wordt benadrukt. De inrichting, indeling en ruimte dienen zodanig te zijn dan er voldoende ruimte is voor iedereen en op deze manier rust en privacy gecreëerd kan worden. Wanneer dit niet het geval is kan negatief gedrag (agressiviteit, impulsiviteit, vermijdend gedrag) versterkt worden. Zie K.A . Bailey, 'The role of the Physical Environment for Children in Residential Care' *Residential Treatment for Children & Youth* 2002 20(1), p.16 e.v..
[60] Ook op Vlaams niveau is veel onderzoek beschikbaar. Zie bijvoorbeeld K. De Koster, 'Het gezin in de bijzondere jeugdbijstand in het centrum of de marge?' *Tijdschrift voor welzijnswerk* 2003 27(256), p.5-15, A. De Vriendt e.a., *Groepsopvoeders en ouders: tegenstanders of medestanders*. Leuven-Amersfoort, Acco 1985, W. Van Damme & S. Bourgois*, Contextuele methodiek ? Werken vanuit de leefomgeving*. Mechelen: Kluwer 2004, P. Heyndrickx e.a., *Meervoudig gekwetsten. Contextuele hulpverlening aan maatschappelijk kwetsbare mensen*. Tielt: Lannoo 2005, M. Vermeulen e.a., *Methodiek voor Integrale Gezinsbegeleiding. Visies vanuit de dagcentra Bijzondere Jeugdbijstand*, Leuven/Amersfoort: Acco 1994.

(basis)zorg.[61] Grietens e.a. geven aan dat uit divers Amerikaans onderzoek blijkt dat gezinsgericht werken, naast het aanbieden van nazorg, de grootste voorspeller van succesvolle hulpverlening is.[62] Ook uit ons aanvullend literatuuronderzoek komen veel onderbouwde studies naar voren waaruit blijkt dat het betrekken van familie/context een positieve invloed heeft op de uitkomsten van residentiële jeugdzorg.[63] Dit uitgangspunt wordt bijvoorbeeld in de studie van Knecht & Halgrave uit 2002 met een zevental (effect)studies onderbouwd.[64]

Het betrekken van ouders/context kan er in bestaan dat de jongere contact kan onderhouden met ouders, vrienden en/of familie. Betrokkenheid van ouders/context kan ook verder gaan en betekenen dat er hulp en begeleiding voor hen nodig is. Harder e.a. concluderen dat er ten aanzien van gezinsgerichte behandelmethoden uit de literatuur overwegend positieve resultaten naar voren komen.[65] Zo blijkt uit een internationale overzichtsstudie van Konijn uit 2004 dat deelname van ouders en gezin aan de behandeling van jongeren met antisociaal gedrag de effectiviteit vergroot. Uit ons aanvullende literatuuronderzoek komen diverse voorbeelden van effectieve gezinsgerichte behandelingen naar voren, zoals *Functional Family Therapy (FFT)* en *Multisysteem Therapy (MST)*. Deze interventies zijn onder andere opgenomen in de Databank Effectieve Interventies van het NJI, waar we in paragraaf vier van dit hoofdstuk op ingaan.

Oudertraining

Een laatste invulling van werken met de context, waar zowel in de kerndocumenten als in het aanvullende literatuuronderzoek de aandacht naar uitgaat, zijn *oudertrainingen*, al dan niet in combinatie met jongerentrainingen. Van der Loo e.a. benadrukken in hun onderzoek het belang van oudertrainingen. Zij stellen dat veel ouders na uithuisplaatsing van hun kind onvoldoende vooruitgang boeken om een terugkeer naar huis te kunnen realiseren. Daar het in veel gevallen om multiprobleem gezinnen gaat, waar ook vaak sprake is van psychiatrische problemen bij de ouders, is oudertraining volgens de onderzoekers belangrijk.[66]

Uit ons literatuuronderzoek komen diverse voorbeelden van effectieve, al dan niet evidence based, trainingen naar voren zoals *Triple P, The Incredible Years Basic Parenting Program* en *Parent*

[61] Boendermaker e.a. baseren zich op (overzichts)studies van Harder e.a. uit 2006, Hair uit 2005, Barth uit 2005, Sunseri uit 2001, Gorske e.a. uit 2003, Walls uit 2003, Geurts uit 2010, Chamberlain uit 2003 en Clough uit 2006.
[62] Grietens e.a. verwijzen naar twee onderzoeken van Henggeler e.a.uit 1998 en Whittaker uit 2001. Daarnaast refereren Grietens e.a. net als Boendermaker e.a. naar de overzichtsstudie van Harder e.a. uit 2006. Zie Grietens e.a. 2007, p.92 (zie noot 8).
[63] Zie o.a. de volgende studies van R. Knecht & M.C. Hargrave, 'Family works: Integrating Family in Residential Treatment' *Residential Treatment for Children & Youth* 2002 (20)2, p.25 e.v., A.B. Nickerson e.a., 'Promising Approaches to Engaging Families and Building Strengths in Residential Treatment' *Residential Treatment for Children & Youth* 2004 22(1), p.1 e.v., E.M.. Geurts e.a., 'Working with youths and families in residential care: why, how and for what?' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.348.
[64] Knecht & Hargrave 2002, p.26 e.v. (zie noot 63). Nickerson e.a. stellen in dit kader dat de rol van de familie significant gerelateerd is aan de uitkomsten van residentiële behandeling binnen een psychiatrische setting. Zie Nickerson e.a. 2004, p.3 (zie noot 63).
[65] Harder verwijst in dit kader naar Engelstalige onderzoeken van McNown Johnson uit 1999 en Lyman & Campbell uit 1996. Boendermaker & Van den Berg komen op basis van Nederlandstalige overzichtsstudies tot gelijkaardige conclusies. Zie Harder e.a. 2006, p.112 en 114 (zie noot 14). Boendermaker e.a. 2010, p.9 (zie noot 14).
[66] S.J.M. Van de Loo e.a., 'Treatment and assessment of parenting capacities in a family psychiatric centre: Context, working method and research' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.158.

Management Training Oregon (PMTO).[67] De vele onderzoeken die naar deze trainingen zijn gedaan, leveren bewijs voor de effectiviteit van deze trainingen. Kanttekening die hierbij geplaatst kan worden, is dat deze onderzoeken zich vaak niet specifiek richten op jongeren uit residentiële voorzieningen. Nickerson e.a. concluderen daarom dat oudertrainingen voor jongeren uit residentiële voorzieningen veelbelovend zijn, maar dat aanvullende ondersteuning, met name voor economisch achtergestelde gezinnen, veelal noodzakelijk is.[68]

Gecombineerde ouder- en kindtraining

Boendermaker e.a. belichten tenslotte programma's waarin het trainen van jongeren en ouders gecombineerd wordt. In de literatuur blijken verscheidene goed uitgewerkte voorbeelden beschikbaar te zijn van programma's waarin het trainen van zowel ouders als kinderen wordt gecombineerd. De onderzoekers verwijzen hierbij onder meer naar een onderzoek van Whittaker uit 2004 waaruit blijkt dat gecombineerde ouder- kindtrainingen de effectiviteit ten goede komt en dan met name wanneer de focus ligt op het verminderen van de duur van het verblijf. In dit kader is ook het onderzoek van Webster-Stratton, dat uit ons aanvullend onderzoek naar voren kwam, interessant om te vermelden. Uit zes (gerandomiseerde) studies naar een gecombineerde training voor ouders, leerkrachten en kinderen, blijkt dat een gecombineerde ouder-kind training effectiever is dan oudertraining op zich.[69] Ook bij dit laatste onderzoek valt op dat, net zoals we in de voorgaande alinea vermeldden, dat dit onderzoek zich niet specifiek op een residentiële setting richt. Bekend voorbeeld dat binnen Vlaanderen en Nederland wordt gebruikt is *Stop4-7*. Voor meer informatie over deze interventie verwijzen we naar het overzicht van interventies in paragraaf vier van dit hoofdstuk.

Randvoorwaarde

We sluiten deze paragraaf af met een kritische opmerking die Grietens e.a. opwerpen in het kader van contextgericht werken. De onderzoekers stellen in hun onderzoek naar begeleidingstehuizen 1bis, CANO- en GIT-projecten vast, dat gezins- en contextgericht werken een belangrijke basispijler is. Hoewel dit volgens Grietens e.a., gezien het vele bewijs dat uit onderzoek hiervoor beschikbaar is, terecht is, vragen ze zich af hoe ver de toepassing van contextgericht werken kan gaan. Deze vraag komt voort uit de constatering dat het uitklaren van gezinsgeschiedenissen, gezinsrelaties en het verbindend werken in contexten enkel werkzaam zijn als hier tijd voor kan worden gemaakt. Gezien de caseload en groeiende wachtlijsten vragen de onderzoekers zich af of aan deze en andere interventies in het gezin voldoende tijd kan worden besteed.[70] Daarnaast is overbelasting van hulpverleners een reëel risico.[71] We merken op basis van de 'Nota Experimenteel modulair kader Jongerenwelzijn' uit 2012 op, dat de overheid de aandachtspunten die Grietens e.a. opwerpen willen

[67] A. Nickerson e.a. 2004, p. 4 (zie noot 63), A. Van Brussel e.a. 'Evaluatie van een multimodale behandeling voor kleuters met ernstige gedragsproblemen' *Kind en Adolescent* 30(20), p.66, A. Azevedo e.a., 'The 'Incredible Years Parent Training Programme' in families of preschoolers with disruptive behaviour symptoms: Does it work? Preliminary data with a clinical Portuguese sample' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.147, G. Albrecht & E. Van Leeuwen, 'PMTO in the Netherlands: A research-based intervention aiming to decrease conduct disorder in children' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.155. Triple-P en PMTO zijn opgenomen in de Databank Effectieve interventies van het NJI: http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/684.html,

[68] Nickerson e.a. 2004, p.4 (zie noot 63), A. Asevedo e.a. 2010, p.147 (zie noot 67).

[69] C. Webster-Stratton, 'The incredible Years: Parent, Teachers and Children Training Series' *Residential Treatment for Children & Youth* 2001 18(3), p.43, Van Brussel e.a. 2009, p.68 (zie noot 67).

[70] Grietens e.a. 2007, p.92 (zie noot 8).

[71] Grietens e.a. 2007, p.85 (zie noot 8).

ondervangen door onder andere contextbegeleiding in elk traject te expliciteren en het aantal VTE in begeleidingstehuizen uit te breiden.

3.2.2 Gedragsmatige aanpak

Een (cognitief)gedragsmatige aanpak richt zich op de beïnvloeding van iemands denken, doen en laten en wordt wel gebruikt om bijvoorbeeld te leren omgaan met agressief gedrag of om bepaalde vaardigheden te leren. Er zijn veel onderzoeken beschikbaar die zich richten op (cognitief)gedragsmatige aanpakken. Na bestudering van de uitgebreide literatuurbesprekingen van zowel Boendermaker e.a. als Harder e.a. kan bijna niet anders geconcludeerd worden dan dat een (cognitief)gedragsmatige aanpak een belangrijke werkzame factor is voor residentiële jeugdhulpverlening. Deze bevinding wordt verder onderbouwd door voorbeelden uit ons aanvullende literatuuronderzoek.

Harder e.a. en Boendermaker e.a. omschrijven een cognitief gedragsmatige aanpak als een specifiek werkzame factor voor de residentiële jeugdzorg. Zowel Boendermaker e.a. als Harder e.a. komen tot de conclusie dat met een (cognitief)gedragsmatige aanpak betere resultaten worden behaald dan met andere interventies. Boendermaker e.a. verwijzen in dit kader naar een drietal meta-analyses en geven een vrij uitgebreide bespreking van deze studies.[72] Harder e.a. baseren zich op een meta-analyse uit 1994 en hun eigen meta-analyse waaruit volgt dat specifieke trainingen, gericht op sociaal cognitieve en sociaal emotionele competenties van jongeren significante versterking in het behandeleffect kunnen genereren.[73] Daarnaast benadrukken de onderzoekers dat wanneer een (cognitief)gedragsmatige aanpak met andere (werkzame) factoren gecombineerd wordt, dit de effectiviteit in positieve zin kan beïnvloeden. Hierbij kan gedacht worden aan een goede diagnostiek, vergroten van de motivatie en aanvullende behandelcomponenten zoals gezinsbehandeling en nazorg.[74]

Uit hiervoor beschreven literatuur kan worden afgeleid dat er relatief veel onderzoek is verricht naar (cognitief)gedragsmatige aanpakken. Ook uit ons aanvullende literatuuronderzoek komen vrij veel studies naar voren die gericht zijn op (cognitief)gedragsmatige aanpakken. [75] Het gaat hierbij niet om grote meta-studies, maar met name om effectiviteitsstudies naar specifieke interventies. Zo kunnen uit onderzoek naar interventies, gericht op het omgaan en/of voorkomen van agressief gedrag bij jongeren, indicaties worden afgeleid dat *agressietrainingen* een positieve invloed hebben op het voorkomen en/of omgaan met agressief gedrag.[76] Daarnaast laten studies naar de werkzaamheid van

[72] Boendermaker e.a. verwijzen onder meer naar een onderzoek van Garret uit 1995 naar justitiële en niet justitiële instellingen, Pfeiffer en Strzelecki uit 1990 naar psychiatrische behandeling van jongeren en de overzichtsstudie van Boendermaker uit 2007. Zie Boendermaker e.a. 2010, p.15 (zie noot 14).

[73] Harder e.a. 2006, p.114 en 151 (zie noot 14).

[74] Harder e.a. 2006, p.114 (zie noot 14). De onderzoekers baseren zich in dit kader op onderzoeken van Boendermaker & Van den Berg uit 2005 en Knorth uit 2005.

[75] We wijzen in dit kader ook op een interessant Vlaamse bijdrage van Dobbelaere over de gedragstherapeutische inspiratie en proces en de holistische theorie. Zie R. Dobbelaere, *Integrale Jeugdhulp. Een uitdaging voor de Bijzondere Jeugdzorg.* Antwerpen-Apeldoorn: Garant 2006, p. 63-101.

[76] Zie J.E. Lochman e.a., 'The Anger Coping Program: An Empirically-Supported Treatment for Aggressive Children' *Residential Treatment for Children & Youth* (18)3 2001, p. 71, S. Stolz e.a., 'The effectiveness of an individual preventive intervention for aggressive elementary school children: The 'Stay Cool Kids' program' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.117.

sociale competentietrainingen positieve resultaten zien.[77] Tot slot zijn er aanwijzingen dat *beloningssystemen*, mits toegepast door goed opgeleid personeel, een positieve invloed kunnen hebben.[78]

3.2.3 Therapie

Het volgen van (externe) therapie kan van invloed zijn op de uitkomsten van de residentiële hulpverlening. Therapie wordt door Boendermaker e.a. als een specifiek werkzame factor voor residentiële hulpverlening omschreven. De omschrijving blijkt echter zeer beknopt en aanvullende literatuurdocumenten komen uit ons literatuuronderzoek niet naar voren.

Boendermaker e.a. geven als één van de kenmerken van effectieve interventies aan dat aan jongeren met gedragsproblemen en gedragsstoornissen individuele en groepstherapie wordt geboden naast het verblijf in de leefgroepen.[79] Wanneer een jongere kampt met een (psychiatrisch/psychologisch) probleem lijkt therapie een logische stap binnen de hulpverlening.[80] Een bespreking van dit aspect en verwijzing naar achterliggende specifieke literatuur wordt echter niet gegeven. De onderzoekers lijken deze werkzame factor als evidentie te hebben afgeleid uit de bespreking van werkzame interventies op het niveau van de leefgroep en op het niveau van de jongere. Ons aanvullend literatuuronderzoek levert in dit kader ook geen aanvulling op. Nader onderzoek zou verheldering kunnen bieden. Bijvoorbeeld voor welke jongeren uit residentiële hulpverlening bijkomende therapie het meest aangewezen is, hoe een keuze te maken in soorten therapieën, bied je therapie het beste intern of extern aan enz..

3.2.4 Multimodaal en multimethode

Met multimodale hulpverlening wordt bedoeld dat er op *meerdere gebieden van het functioneren* van de jongere gewerkt wordt. Hiermee samen hangt de multimethodische manier van werken, wat inhoudt dat er *meerdere interventies* worden toegepast. Harder e.a. en het CES besteden aandacht aan dit aspect. Daarnaast leverde het aanvullende literatuuronderzoek veel studies op waarin het belang van multimodaal en multimethodisch werken wordt benadrukt. Multimodaal en multimethodisch werken hangt samen met contextgericht werken, er is daarom sprake van overlap met literatuur die aan deze werkzame factor ten grondslag ligt.

Harder e.a. stellen dat de 'ideale' residentiële hulpverlening voor jongeren met ernstige gedragsproblemen onder andere bestaat uit een multimodale en multimethodische hulpverlening.[81] De onderzoekers geven een uitgebreide beschrijving van een drietal studies, gericht op gewelddadige en/of criminele jongeren waarin het belang van deze werkzame factor wordt toegelicht en

[77] A. N. Baanders, 'Treatment of behavioural problems in a residential youth care setting: Effect on social competence level' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.353, E. Van Vugt e.a., 'Evaluatie van een groepsgerichte sociale-vaardigheidstraining voor kinderen met probleemgedrag' *Kind & Adolescent* (31)2 2010, p.93.
[78] Boendermaker e.a. 2010, p.18 (zie noot 14).
[79] Boendermaker e.a. 2010, p.23 (zie noot 14).
[80] We merken in dit kader op dat Grietens e.a. voor wat betreft de Vlaamse jeugdzorg constateren dat 'de sector niet meer zonder de inbreng van specialisten uit de geestelijke gezondheidszorg en de kinder- en jeugdpsychiatrie kan', zie Grietens e.a. 2007 p.93 (zie noot 8).
[81] Harder e.a. 2006, p.135 (zie noot 14).

benadrukt.[82] Ook in de kwaliteitscriteria van het CES vinden we deze uitgangspunten terug. Volgens het CES wordt er in de meest effectieve programma's vanuit gegaan dat jongeren zich binnen diverse settings zoals school, familie en werk ontwikkelen en dat de problematiek van jongeren hiermee ook uit diverse aspecten bestaat.[83]

De literatuur die het belang van multimodaal en multimethodisch werken onderbouwt, vertoont sterke gelijkenis met de literatuur die aan de hiervoor besproken werkzame factor 'werken met- en betrekken van de ouders/context' ten grondslag ligt. Uit de beschrijving van deze werkzame factor bleek dat er veel literatuur beschikbaar is die het belang van werken met de context benadrukt. Deze literatuur is, gezien de overlap die er tussen de twee werkzame factoren bestaat, van overeenkomstige toepassing voor de onderbouwing van multimethodisch en multimodaal werken. We verwijzen hierbij ook naar de door ons aangehaalde voorbeelden van MST en FFT. Een derde voorbeeld waar in de literatuur veel aandacht aan wordt besteed, is het programma Stop4-7. Stop4-7 is een, in Vlaanderen ontwikkeld, multimodaal gedragstherapeutisch programma voor kinderen van vier tot en met zeven jaar met ernstige gedragsproblemen. Deze interventie is onder andere opgenomen in de Databank Effectieve Interventies van het NJI, waar we in paragraaf vier van dit hoofdstuk op ingaan. [84]

3.2.5 Motivatie

Wanneer jongeren gemotiveerd zijn voor de hulpverlening, is dit van invloed op de uitkomsten van de verleende zorg. Bij het motiveren en gemotiveerd houden van jongeren is het belangrijk dat hulpverleners alert zijn voor signalen van weerstand en dit proberen om te buigen naar iets werkbaars.[85] Harder e.a., Boendermaker e.a. en Grietens e.a. besteden aandacht aan motivatie en omschrijven dit als een algemeen werkzame factor.

Ter onderbouwing van deze algemeen werkzame factor verwijzen Harder e.a. en Boendermaker e.a. naar twee studies van Van Yperen uit 2003 en 2004.[86] Grietens e.a. baseren zich op het overzicht van algemeen werkzame factoren die op de website van het NJI staat vermeld.[87] Naast deze algemene onderbouwing verwijzen Harder e.a. en Boendermaker e.a. ook naar onderzoeken die zich meer specifiek richten op het belang van motivatie binnen een residentiële setting.[88] Hierbij moet worden opgemerkt dat dit onderzoek gericht is op justitiële residentiële settings.

---

[82] Harder e.a. verwijzen naar onderzoek van Van Yperen uit 2001, Bartels uit 2001 en Van der Laan uit 2001. Zie Harder e.a. 2006, p.116 e.v. (zie noot 14).

[83] CES 2011, p.27 (zie noot 14).

[84] Zie M. Delsing e.a., 'Long-term effectiveness and mechanisms of a multimodal programme for treating behavioural problems of young children' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.118, W. De Mey & I. Bastiaanssen, 'Multi-method approach to disruptive behavioral problems with young children: Results after ten years of Stop 4-7 in Belgium and the Netherlands' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.121 en Van Brussel e.a. 2009, p.66 e.v. (zie noot 67) en de beschrijving uit de Databank Effectieve Interventies: http://nji.nl/smartsite.dws?id=114021&recordnr=599&setembed=.

[85] Grietens e.a. 2007, p.42 (zie noot 8).

[86] Boendermaker e.a. verwijzen in dit kader ook nog naar het reviewonderzoek van Carr uit 2009 gericht op effectiviteit binnen therapieonderzoek, zie Boendermaker e.a. 2010, p.27 (zie noot 14).

[87] www.jeugdinterventies.nl.

[88] Harder e.a. en Boendermaker e.a. verwijzen naar studies van Van Binsbergen uit 2001, 2003 en 2004 gericht op behandeling binnen justitiële instellingen. Boendermaker e.a. verwijzen in dit kader ook nog naar een

Harder e.a. stellen dat het motiveren van cliënten een essentieel onderdeel van het hulpverleningsproces is.[89] Volgens Grietens e.a. zijn motiverende gesprekken met jongeren en hun ouders zowel bij de aanvang als doorheen het hele hulpverleningsproces van belang om voortijdige stopzetting van de hulpverlening te voorkomen.[90] Uit onderzoek blijkt dat het mogelijk is om motivatie op te wekken en te ontwikkelen.[91] Er zijn hier diverse technieken, zoals motivationeel interviewen, die gebruikt kunnen worden om motivatie op te wekken.

Belangrijk voor de invloed van motivatie op de uitkomsten van de hulpverlening is de samenhang met andere werkzame factoren. Zo hangt de ontwikkeling van motivatie samen met organisatorische voorwaarden zoals een veilige leefomgeving, de inzet van behandelprogramma's die passen bij de behoeften van jongeren en het hanteren van een heldere en logische opbouw van het programma tot meer motivatie bij jongeren.[92] Daarnaast is er een verband tussen motivatie en participatie van de jongere en zijn omgeving.

3.2.6 Participatie

In de literatuur circuleren verscheidene definities van het begrip participatie. Het CES omschrijft participatie als het erkennen en stimuleren van de sterktes, interesses en mogelijkheden van de mensen waarmee wordt gewerkt, door hen kansen te bieden om betrokken te zijn bij besluitvormingsprocessen op individueel en organisatorisch niveau.[93] In deze paragraaf bespreken we eerst de studies van het CES en De Lange & Chênevert, die participatie expliciet als een kwaliteitscriterium bespreken. Vervolgens gaan we in op de onderzoeken van Harder e.a., Boendermaker e.a. en Grietens e.a. die meer impliciet ingaan op dit aspect. Dit kan verklaard worden door de overlap en verwevenheid die er met een aantal andere werkzame factoren is.

---

reviewstudie van Underwood uit 2004, gericht op veelbelovende programma's voor delinquente jongeren. Harder e.a. verwijzen tot slot nog naar onderzoek van Klomp uit 1995, gericht op residentiële behandeling jongeren met agressief gedrag. Zie Boendermaker e.a. 2010, p.28 (zie noot 14), Harder e.a. 2006, p.109 (zie noot 14).

[89] Harder e.a. verwijzen in dit kader naar onderzoeken van Van den Bergh uit 1991 en Knorth & Dubbeldam uit 1994, zie Harder e.a. 2006, p.114 (zie noot 14). Wanneer we kijken naar de bijzondere jeugdzorg in Vlaanderen, merken we op dat het motiveren van jongeren een basisopdracht is binnen de bijzondere jeugdzorg, zo wordt in het registratieproject BINC in dit kader verwezen naar het werken aan voorwaardelijke doelstellingen, zoals motivatie, om de hulpverlening op gang te kunnen helpen.

[90] Grietens e.a. 2007, p.94 (zie noot 8).

[91] Harder e.a. en Boendermaker e.a. verwijzen naar de onderzoeken van Van Binsbergen uit 2001, 2003 en 2004. Zie Harder e.a. 2006, p.109 (zie noot 14), Boendermaker e.a. 2010, p.28 (zie noot 14).

[92] Boendermaker e.a. 2010, p.28 (zie noot 14).

[93] In Vlaanderen is uitgebreid onderzoek over participatie beschikbaar van V. Carrette, zie V.Carrette, *Evaluatie van het groeiproces naar structurele cliëntparticipatie in de integrale jeugdhulp* , Kenniscentrum WVG 2009 Deel I en II, V. Carrette, *Een participatieve omgevings- en behoefteanalyse. De leefsituatie en behoeften van minderjarigen, ouders en gezinnen in beeld*, Brussel 2005: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie, V.Carrette, *Een groeiproces naar structurele participatie. Participatie van minderjarigen en ouders aan beleidsontwikkelingsprocessen inzake integrale jeugdhulpverlening*, Brussel 2004: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie, het *Decreet betreffende de integrale jeugdhulp Kindeffectrapport* (http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/02_wat_is_ijh/regelgeving/decreet_stuk2056/stuk2056-bijlage-ker.pdf) en het verslagboek van de *Studiedag Cliëntparticipatie in de regio's Integrale Jeugdhulp* (http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/05_publicaties/Brochure_jeugdhulp_25_01_10_web.pdf). Daarnaast zijn er op dit vlak een aantal illustrerende initiatieven ontplooid waaronder het Minoriusproject en het project DJINN. Zie J. Bosmans & R. Roose, *Tussen hulpverlening en recht. Jongerenrechten in de bijzondere jeugdbijstand*, Leuven: Garant 1997, K. De Backer, *Spannend? Participatieprocessen in de Bijzondere Jeugdzorg, ontwerprapport DJINN*, Brussel: OSBJ 2006.

Uit onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat participatie van jongeren en ouders de kans vergroot dat zij het advies van de hulpverlening accepteren.[94] Participatie van jongeren en kinderen moet volgens de beschrijving van het CES daarom *zichtbaar gestimuleerd en ondersteund* worden door de voorziening omdat dit positieve verandering stimuleert.[95] De Lange & Chênevert geven praktische aanwijzingen voor de invulling van participatie binnen een voorziening. Het uitgangspunt is dat *ouders en jongeren de regie hebben*. Zo dienen jongeren en hun ouders betrokken te worden bij het opstellen, bespreken en evalueren van het hulpverleningsplan. Hulpverleners houden bij het opstellen van de doelen rekening met de wensen van jongeren en ouders en maken bij het bepalen van de aanpak gebruik van positieve opvoedervaringen van ouders. Op organisatieniveau dient tenslotte *een duidelijke visie* op het betrekken van jongeren en ouders bij de hulpverlening aanwezig te zijn en zijn *methodische hulpmiddelen voorhanden* om betrokkenheid van jongeren en ouders bij het opstellen van doelen te bewerkstelligen.

Wat betreft participatie op het niveau van de leefgroep verwijzen Harder e.a. en Grietens e.a. naar een onderzoek van Anglin uit 2002 en 2003 waarin processen worden beschreven die aan de basis liggen voor het leven en werken in een leefgroep. Participatieaspecten zoals het ontdekken en onthullen van iemands mogelijkheden, delen van macht en besluitvorming, luisteren en met respect reageren, komen uit dit onderzoek naar voren en beïnvloeden volgens deze onderzoeker de kwaliteit en effectiviteit van de hulpverlening.[96]

We merken tenslotte op dat uit de literatuur een sterke samenhang tussen participatie en andere werkzame factoren kan worden afgeleid.[97] Zo leggen Harder e.a. en Boendermaker e.a. een verband tussen participatie en de werkzame factoren motivatie en individuele aandacht. Harder e.a. stellen op basis van belevingsonderzoek bij jongeren vast dat jongeren vaak beperkte mogelijkheden tot inspraak hebben en dat hun rol bij besprekingen vaak passief is. Door beperkte participatie en beperkte individuele aandacht in de leefgroep kan de betrokkenheid en motivatie verminderen waardoor er spanningen en escalaties kunnen ontstaan.[98] In aanvulling hierop stellen Boendermaker e.a. dat participatie een belangrijke rol speelt bij het stimuleren van de motivatie voor de hulpverlening bij jongeren en hun ouders. Dit kan bijvoorbeeld door de jongere en zijn/haar ouders te betrekken bij de behandelplanning, wat ook door het CES en De Lange & Chênevert wordt aangehaald. We merken ter afsluiting wel op dat de literatuur waar Harder e.a. naar verwijzen vrij mager is. De onderzoekers baseren zich op Engels en Nederlands onderzoek uit 1993 en 1999 waarbij enkel de beleving van jongeren uit residentiële voorzieningen centraal staat. Ook Boendermaker e.a. beperken zich tot een vrij beknopte beschrijving. Participatie is in de afgelopen jaren een steeds belangrijkere rol gaan spelen waarmee het vrij negatieve beeld dat Harder e.a. schetsen, wellicht moet bijgesteld worden.

---

[94] Dit blijkt uit de studie van Bartelink en ten Berge uit 2010. Hoewel volgens deze onderzoekers uitgebreid (empirisch) onderzoek naar effectieve beoordelings- en besluitvormingsprocessen ontbreken, veronderstellen zij dat samenwerking met ouders & jongeren de kans vergroot dat zij het advies van hulpverlening accepteren. C. Bartelink & I. Ten Berge, 'What works in the assessment and decision-making process with children and their families?' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.567.

[95] CES 2011, p.38 (zie noot 14).

[96] Harder e.a.2006, p.60 (zie noot 14) en Grietens e.a. 2007, p.92 (zie noot 8).

[97] Daarnaast merken we op dat participatie niet alleen op het niveau van de jongere en zijn/haar context van belang is. Uit de bespreking van werkzame factoren op het niveau van personeel & organisatie later in deze paragraaf blijkt dat participatie van hulpverleners ook van invloed is op de effectiviteit van de hulpverlening. Het gaat hierbij om mee kunnen denken en praten over de invulling van de hulpverlening. Zie in dit kader ook de onderzoeken van van V. Carette uit noot 93.

[98] Harder e.a. 2006, p.158 (zie noot 14).

3.2.7 Krachtgericht werken

Bij krachtgericht werken richt men zich op het stimuleren van het zelfvertrouwen van de jongere en zijn/haar context. Er wordt aangesloten bij de mogelijkheden in plaats van onmogelijkheden. Het CES besteedt als enige bron uit de kernliteratuur expliciet aandacht aan dit aspect en omschrijft krachtgericht werken als een kwaliteitscriterium. In andere kerndocumenten wordt krachtgericht werken vaak als een impliciet onderdeel van participatief werken beschouwd.

Volgens het CES zijn punitieve sancties in algemene zin niet effectief, krachtgericht werken dient het uitgangspunt te zijn.[99] Effectieve programma's stimuleren het zelfvertrouwen en werken op basis van de krachten van jongeren (en context) om het gedrag en gedachtegang van jongeren te beïnvloeden. Ons aanvullend literatuuronderzoek resulteerde in een drietal studies waarin het belang van het stimuleren van krachtgericht werken eveneens wordt benadrukt.[100] Nickerson e.a. beschrijven in hun onderzoek uit 2004 een aantal veelbelovende krachtgerichte benaderingen zoals het identificeren van een ondersteunend netwerk en kracht analyses om te kijken waar de krachten van de jongere liggen.[101] De andere twee studies richten zich op het stimuleren van de krachten van ouders. Illustrerend is de casusstudie van Caldwell uit 2010, gericht op het stimuleren van krachten van ouders uit kwetsbare gezinnen. Door ouders als experts over de situatie te beschouwen, blijken de behoeftes van gezinnen beter naar voren te komen en kan hier beter op aangesloten worden.[102]

3.2.8 Samenhang en continuïteit

Samenhang en continuïteit doorheen een hulpverleningstraject creëert een bepaalde eenheid die van invloed is op de uitkomsten van de hulpverlening. Harder e.a., Boendermaker e.a. en de Lange & Chênevert geven een heldere, vrij uitgebreide toelichting van dit aspect. Daarnaast resulteerde ons aanvullende literatuuronderzoek in een aantal studies die het belang van continuïteit in de hulpverlening benadrukken.

Harder e.a. en Boendermaker e.a. omschrijven samenhang en continuïteit doorheen de hulpverlening als een algemeen werkzame factor. Voor wat betreft de onderbouwing valt op dat de literatuur waarnaar de onderzoekers refereren vrij beknopt is. Dit kan, zoals we eerder opmerkten, verklaard worden door het algemene karakter van deze werkzame factor waardoor de werkzaamheid van deze factoren meer als een evidentie in recente literatuur wordt behandeld. In het onderzoek van Harder

---

[99] Hierbij verwijst het CES algemeen naar 'jarenlang onderzoek'. Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is aangegeven kunnen uit de beschrijving van het CES de specifieke bronnen niet uit de tekst worden afgeleid. Zie CES 2011, p.8 (zie noot 14).

[100] Ook in Vlaanderen zien we een beweging waarbij meer aandacht komt naar de eigen krachten bij de cliënt en zijn context. Hierbij kan gedacht worden aan Eigen Kracht Conferenties, YAR, Plan familie-netwerkberaad en het project Bind-Kracht, Armoede en Hulpverlening. Zie onder andere: K. Driessens & T. Van Regenmortel, *Bind-Kracht in armoede. Boek 1. Leefwereld en hulpverlening.* Leuven: LannooCampus 2006, p.356, K. Vansevenant e.a. *Bind-Kracht in Armoede. Boek 2. Krachtgerichte hulpverlening in dialoog,* Leuven 2008: LannooCampus, T. Van Regenmortel, *Zwanger van empowerment.* Oratie 21 november 2008: Fontys Hogeschool Sociale Studies, www.yarvlaanderen.be, www.planvzw.be en www.opvang.be. Voor meer informatie over Bindkracht zie www.bindkracht.be, www.eigen-kracht.be en M. Bouckaert & E. Vits, 'Eigen Krachtconferenties: vraaggestuurd, integraal en effectief!' *Tijdschrift voor Welzijnswerk* 32(295), p.17-24.

[101] A. Nickerson e.a. 2004, p.8 (zie noot 63).

[102] J. Caldwell, 'Recognizing parenting strengths in vulnerable families' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.145, Knecht & Hargrave 2002, p.31 (zie noot 63).

e.a. worden geen specifieke verwijzingen gegeven.[103] Boendermaker e.a. baseren zich op internationale kwaliteitsstandaarden.[104] Deze vrij beknopte onderbouwing wordt wel nader onderbouwd met onderzoek uit residentiële settings.

Boendermaker e.a. stellen dat het bij continuïteit en samenhang in de behandeling in de eerste plaats gaat om het bieden van de mogelijkheid aan jongeren om *wat zij leren in interventies waaraan zij buiten de leefgroep deelnemen, te oefenen en toe te passen in de leefgroep en op school*. In de tweede plaats gaat het om het realiseren van een *duidelijke aansluiting van geboden zorg in de residentiële setting op vervolghulp*. De onderzoekers menen dat voorzieningen in de praktijk nog onvoldoende samenwerken en dat hierin nog stappen gemaakt kunnen worden.[105] Boendermaker e.a. baseren zich voor hun bevindingen op drie Amerikaanse en Engelse onderzoeken naar (correctionele) residentiële hulpverlening van Berridge uit 2002, McCurdy & McIntyre uit 2004 en Mann-Feder & White uit 2003.

Het belang van continuïteit binnen de hulpverlening vindt ook zijn onderbouwing in onderzoeken uit ons aanvullende literatuuronderzoek. Zo blijkt uit de studie van Jones uit 2006 naar het verband tussen continuïteit en uitkomsten van residentiële hulpverlening dat continuïteit binnen residentiële hulpverlening mogelijk van groter belang is dan het type hulpverlening dat geboden wordt.[106]

Waar Boendermaker e.a. de focus met name leggen op samenhang in de behandeling en continuïteit in vervolgbehandeling, leggen Christiansen & Havik en Bocker Jakobsen (2010) de nadruk op negatieve onderbrekingen van de hulpverlening, ook wel *'breakdown in care'* genoemd. De onderzoekers stellen dat veelvuldig verhuizen en gebrek aan mogelijkheden om te settelen een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling en het welzijn van de jongere.[107] De onderzoekers baseren zich op een aantal (inter)nationale onderzoeken gericht op stabiliteit en onderbreking van de hulpverlening.

Bovenstaande beschrijving vindt tot slot een meer praktische uitwerking in de kwaliteitscriteria van de Lange & Chênevert. [108] De rol van het *hulpverleningsplan blijkt essentieel*. De onderzoekers stellen dat het hulpverleningsplan zowel voor de jongere als de hulpverlener de basis vormt voor continuïteit en samenhang. In dit plan worden de stappen omschreven die in een later stadium de leidraad voor evaluatie zullen zijn. Door een helder opgezet hulpverleningsplan is er zowel transparantie over de werkpunten voor de jongere als voor het team, zodat zij hier samen aan kunnen werken.[109]

---

[103] Zie Harder e.a. 2006, p.109 (zie noot 14).

[104] Door de verankering van deze werkzame factor in diverse (inter)nationale kwaliteitsstandaarden erkennen diverse landen het belang van deze factor, waarmee ook Boendermaker e.a. onderbouwing voor het belang van deze factor willen aantonen.

[105] Dit sluit voor wat betreft de situatie in Vlaanderen aan bij ontwikkelingen op het vlak van netwerktafels/knelpuntdossiers Integrale Jeugdhulp.

[106] L. Jones, 'Continuity of Care and Outcomes in Residential Care: A Comparison of Two Care Giving Models' *Residential Treatment of Children & Youth* (23)3-4, p.136. Ook M. Stein benadrukt dat stabiliteit voor de zorg voor de jongere de kwaliteit beïnvloedt, in E.J. Knorth, 'Messages from research: kwaliteit van zorg doet ertoe' *Kind en Adolescent* (31) 1 2010, p.41.

[107] O. Christiansen & T. Havik, 'Stability in out-of-home care; what's in it – for whom?' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.218, T. Böcker Jacobsen, 'Breakdown in care for young people: Prevalence, experience, connections and explanations' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.220.

[108] De Lange & Chênevert 2011, p.22 (zie noot 14).

[109] Continuïteit en coördinatie vormen ook basisprincipes in de Integrale Jeugdhulp (IJH). We vinden over de Vlaamse situatie dan ook informatie hierover terug in de praktijkrapporten over hulpcoördinatie van IJH. Zie

3.2.9 Voorbereiding en begeleiding plaatsing

Een goede voorbereiding en begeleiding van de plaatsing wordt door De Lange & Chênevert, als enige bron uit de literatuur, expliciet beschreven.[110] De onderzoekers omschrijven goede voorbereiding en begeleiding van de plaatsing als een kwaliteitscriterium voor de residentiële jeugdzorg.

Uitgangspunt is dat de jongere en zijn ouders vóór de plaatsing kennis maken met de pedagogisch medewerkers en jongeren uit de leefgroep. Er wordt hierbij informatie verschaft over de hulpverlening en wat er wel of niet verwacht kan worden van de hulp. Hulpverleners overleggen met de jongere, ouders en eerdere hulpverleners over wat wel en niet goed werkt bij de jongeren en nemen in de eerste weken minimaal twee keer per week contact op met de ouders. Er dient tot slot een duidelijke cliëntroute uitgestippeld te worden van aanmelding tot definitieve plaatsing waarbij rekening wordt gehouden met (contra)indicaties voor de verschillende hulpvormen.

3.2.10 Nazorg

Bij nazorg wordt een jongere en zijn of haar ouders/context voorbereid op, en begeleid bij de situatie na het verblijf. Nazorg is een belangrijke factor voor de vergroting van positieve effecten van hulpverlening. Grietens e.a. stellen zelfs dat nazorg, naast gezinsgericht werken, de grootste voorspeller is van succesvolle hulpverlening.[111] Zowel Harder e.a., Boendermaker e.a., Grietens e.a. als de Lange & Chênevert besteden aandacht aan dit aspect. Daarnaast resulteerde ons aanvullend literatuuronderzoek in maar liefst elf studies.

Nazorg wordt als specifiek werkzame factor voor residentiële jeugdzorg omschreven door Boendermaker e.a. en Harder e.a.. Boendermaker e.a. benadrukken het belang van nazorg, maar beperken zich hierbij tot een beknopte bespreking en verwijzing naar een tweetal (overzichts)studies.[112] Harder e.a. staan uitgebreider stil bij deze werkzame factor. De onderzoekers leiden uit verscheidene onderzoeken af dat nazorg een belangrijk element is voor vergroting van effectiviteit (vooral op lange termijn). Er blijkt echter weinig onderzoek beschikbaar dat zich specifiek richt op residentiële jeugdzorg, wat ook een verklaring kan zijn voor de beknopte bespreking die Boendermaker e.a. geven.

Werkmap IJH Hoofdstuk 3 en 4, *Praktijkrapport hulp coördinatie en continuïteit van de jeugdhulp in de netwerken RTJ*. Brussel: IJH 2009, *Praktijkrapport Hulpcoördinatie: inventarisatie casusoverleg*. Brussel: IJH 2010, *Praktijkrapport hulpcoördinatie*. Brussel: IJH 2012 http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/05_publicaties/index.htm. Zie verder de aandacht die uitgaat naar trajectbegeleiding in de *Maatschappelijke Beleidsnota Jeugdzorg*. Brussel: Vlaams Parlement 2009, en de *Hoorzitting met het oog op het wetenschappelijk duiden van de problematiek. Vragen aan professor Dirk Deboutte en toelichting bij het onderzoek naar onevenwichten tussen vraag en aanbod in de provincie Antwerpen*. Brussel: Vlaams Parlement 2011 (Stuk 872-6). Verder verwijzen we naar W.H.E. Buntinx, 'Duurzame zorg. Over management en continuïteit' Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij mensen met verstandelijke beperking. Eds E. De Belie & F. Morisse. Antwerpen: Garant Uitgevers 2007, p.229, M. Geenen & J. Corveleyn, *Helpende handen. Gehechtheid bij kwetsbare ouders en kinderen.* Tielt: LannooCampus 2010, p.288, J.P. Van Hee, 'Integrale Jeugdhulp, hulpcontinuïteit als gedeelde verantwoordelijkheid' Alert 37(1), p.16-25 en J.P. Van Hee, 'Hulpcontinuïteit als leidmotif van IJH' Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek maart 2011, p.5-13.

[110] Zoals we in de inleiding aangaven ontbreken specifieke verwijzingen naar bronnen die hieraan ten grondslag liggen, waardoor we dit niet verder kunnen expliciteren.

[111] Grietens e.a. verwijzen naar twee onderzoeken van Henggeler e.a.uit 1998 en Whittaker uit 2001, Grietens e.a. 2007, p.92 (zie noot 8).

[112] Boendermaker e.a. verwijzen naar J.D. Whittaker uit 2004 en H.J. Hair uit 2005. Zie Boendermaker e.a. 2010, p.16 en 23 (zie noot 14).

Harder e.a. concluderen op basis van de beschikbare literatuur dat er geen eenheid in het gebruik van nazorg is.[113] Nazorg blijkt te verschillen in frequentie, vorm, kwaliteit en intensiteit en lijkt vaak een klein onderdeel van de behandeling uit te maken.[114] Volgens Harder e.a. zijn er aanwijzingen dat nazorg een cruciale factor voor de effectiviteit van de hulpverlening is. Op basis van de huidige literatuur is er echter geen duidelijkheid over waar nazorg uit moet bestaan en welke vormen van nazorg wel of niet effectief zijn. Aanbeveling luidt dan ook dat er meer (wetenschappelijke) aandacht moet zijn voor (intensieve) vormen van nazorg.[115] Onderzoek over de specifieke invulling van nazorg bij traditionele residentiële jeugdzorg zou meer uitsluitsel kunnen bieden over wat wel of niet werkt binnen de residentiële jeugdzorg.

Het beeld dat door Harder e.a. wordt geschetst, komt ook uit ons aanvullende literatuuronderzoek naar voren. Veel studies blijken gericht op nazorg, wat een duiding kan zijn van het belang van nazorg. Uit de hiernavolgende bespreking blijkt echter dat er weinig studies gericht zijn op de concrete invulling van nazorg. De meeste studies richten zich op de risico's die jongeren lopen bij het verlaten van de hulpverlening en het belang van goede nazorg hierbij. Zo stellen Stein & Munro (2010) op basis van onderzoek uit Europa, het Midden-Oosten en Noord-Amerika dat jongeren bij de overgang van een verblijf in hulpverlening naar zelfstandigheid een groot risico lopen op sociale uitsluiting.[116] In een vijftal studies wordt tenslotte gewezen op de algemene (internationale) tendens waarbij jongeren sociaal en economisch steeds langer afhankelijk blijven van hun ouders/context terwijl jongeren uit residentiële hulpverlening de overgang richting zelfstandigheid vaak veel sneller moeten maken en vaak in mindere mate een beroep op familie of context kunnen doen.[117]

Zoals hiervoor werd aangestipt, blijkt dat er in de literatuur weinig informatie beschikbaar is over de concrete invulling van nazorg en aspecten die in dit kader belangrijk zijn. Uit de beschreven risico's leiden we af dat nazorg zich dient te richten op het creëren van een context waar de jongere een (praktisch) beroep op kan doen of op kan terugvallen. Uit behoeftenonderzoek van Benbenishty uit 2010 blijkt dat de focus van jongeren uitgaat naar begeleiding bij het vinden van werk en huisvesting.[118] Uit onderzoek van Höjer uit 2010 en Sulimani-Aidan uit 2010 blijkt dat het stimuleren

[113] De onderzoekers baseren zich voor deze conclusie op een zevental studies uit de periode 1992-2003 waarvan er twee gericht zijn op een residentiële setting, vier op een psychiatrische setting en één op een justitiële setting. Zie Harder e.a. 2006, p.129 e.v. (zie noot 14).

[114] Grietens e.a. voor wat betreft de Vlaamse bijzondere jeugdzorg vast dat het niet vanzelfsprekend is dat er gepaste vervolghulp en/of nazorg kan worden gevonden. Hoewel hulpverleners creatief op zoek gaan naar mogelijkheden blijken het chronische aanbodtekort en de hoge caseload en de te beperkte mogelijkheden tot grondige indicatiestelling de mogelijkheden op goede nazorg te beperken. Zie Grietens e.a. 2007, p.94 (zie noot 8).

[115] Harder e.a. 2006, p.160 (zie noot 14).

[116] M. Stein & E.R. Munro, 'Young people's transitions from care to adulthood: The challenges of making international comparisons' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.68. Zie in dit kader ook de verwijzing naar onderzoek van M.Stein 2010, p.41 (zie noot 106).

[117] Stein & Munro 2010, p.68 (zie noot 116), I. Höjer & Y. Sjöblom, 'Transition to adulthood for young Swedish care leavers' in *InsideOut* 2010, p.418, T. Dinisman, 'Perceived readiness to leave care of adolescents in residential care in Israel' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.433, C. Creswell, 'Care leavers and the transition to adult independence: A UK/Australia comparative study of responses to supporting young people leaving foster care' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.439 en I. Frechon e.a., 'Following up care leavers? Outcomes of a feasibility study' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.441.

[118] R. Benbenishty, 'A national needs assessment of adolescents on the verge of leaving a range of out-of-home arrangements' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-

van een concreet positief toekomstperspectief een positieve invloed heeft, o.a. door begeleiding bij onderwijs.[119] Grietens e.a. wijzen op het belang van het stimuleren van de motivatie van de jongere en zijn/haar context en het samen zoeken naar mogelijkheden op het gebied van nazorg die hierbij aansluiten (waarbij gedacht kan worden aan onthemende projecten, individuele psychotherapie, mantelzorg vanuit de context enz.).[120]

Tenslotte wordt in het overzicht van kwaliteitscriteria van De Lange & Chênevert een aanzet gegeven voor de invulling van nazorg in de praktijk. Jongeren en hun familie dienen volgens deze criteria goed voorbereid te worden op de situatie na het verblijf. Dit kan o.a. worden gerealiseerd door vanaf het begin van de hulpverlening in gesprek te gaan over toekomstperspectief en gefaseerd toe te werken richting het vervolg en de jongere hier ook voor te motiveren. Er moet duidelijkheid zijn over hoe de nazorg of eventuele vervolghulp eruit zal zien en wie de jongere na vertrek kan contacteren.[121]

3.2.11 Op maat

Zorg op maat houdt in dat de hulp qua duur en intensiteit aansluit op de geconstateerde problemen. Interventies dienen qua methode en inhoud aan te sluiten op de mogelijkheden van de jongere waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende stadia van ontwikkeling van de jongere. Harder e.a., Boendermaker e.a., Grietens e.a. en het CES besteden aandacht aan dit aspect.

Zorg op maat wordt door Harder e.a., Boendermaker e.a. en Grietens e.a. als een algemeen werkzame factor omschreven. Voor wat betreft de onderbouwing valt op dat de literatuur waarnaar de onderzoekers refereren vrij beknopt is (zie opmerking inleiding). Grietens e.a. verwijzen naar het overzicht van werkzame factoren op de website van het NJI.[122] Boendermaker e.a. verwijzen enkel naar de studie van Lipsey & Wilson uit 1998. Uit de korte bespreking van dit onderzoek naar effectieve interventies voor zwaar delinquente jongeren volgt dat betere uitkomsten van interventies samenhangen met aansluiting op de mate van ernst van de problemen. *Bij grotere ernst van de problemen is een langere duur en hogere intensiteit van de behandeling vereist*.[123] Harder e.a. staan uitgebreider stil bij hulpverlening op maat. Op basis van onderzoek van Van der Laan uit 2001 stellen de onderzoekers dat behandeling op maat inhoudt dat de hulpverlening wordt afgestemd op de (on)mogelijkheden van de jongere en de aanwezige problematiek. Uit (overzichts)studies van Pfeiffer en Strzeleckie uit 1990 en Bullock e.a. uit 1998 naar uitkomsten van gesloten residentiële instellingen, leiden Harder e.a. tenslotte af dat er aanwijzingen zijn dat *specialistische behandeling bij jongeren met ernstige problematiek effectiever is.*

Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.412. Deze uitkomst is niet verrassend wanneer men kijkt naar de eerder in de tekst verwezen risico's op sociale exclusie. Zie in dit kader ook het onderzoek van Dima, waarin gewezen wordt op de slechte omstandigheden op het vlak van huisvesting, onderwijs, werk en financiën en relaties: G. Dima, 'A new framework of understanding care leavers' transition to independent living' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.414.

[119] I. Höjer e.a., 'Pathways to education for former Swedish welfare clients' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.428 en Y. Sulimani-Aidan, 'Future expectation of adolescents in residential care in Israel' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.437.

[120] Grietens e.a. 2007, p.103 (zie noot 8).

[121] De Lange & Chênevert 2011 p.24 (zie noot 14).

[122] Zie www.jeugdinterventies.nl, Grietens e.a.2007, p. 42 (zie noot 8).

[123] Boendermaker e.a. 2010, p.27 (zie noot 14).

De uitgangspunten van Harder e.a. vinden we ook terug in de kwaliteitscriteria van het CES. Volgens het CES zijn effectieve interventies gericht op een zorgvuldig afgebakende doelgroep en dient een focus op een zo breed mogelijke doelgroep vermeden te worden.[124] Het CES wijst daarnaast op het belang van aansluiting bij de culturele achtergrond van de jongere. Hierbij doelt het CES niet alleen op culturele achtergrond, maar ook op sociaal economische status, leefomgeving, religie enz.. Het CES benadrukt dat een programma enkel tot positieve uitkomsten kan leiden wanneer het aansluit op het leven van de jongere. Het is hierbij van belang dat het personeel zich ook comfortabel voelt met de doelgroep waarmee zij werken.[125]

Ter afsluiting merken we op dat volgens Grietens e.a. zowel op internationaal als op Vlaams niveau een hele waaier aan methodieken en interventies door voorzieningen wordt toegepast.[126] Dit kan volgens de onderzoekers aan de ene kant een duiding zijn van hulpverlening op maat. Hulpverleners erkennen dat een *'one size fits all'* benadering niet mogelijk is omdat geen twee casussen hetzelfde zijn. Er wordt daarom op creatieve wijze gezocht naar de beste mogelijkheden voor een cliënt. Anderzijds kan deze veelheid aan methodieken een uiting zijn van het constante zoeken van hulpverleners. Dit zoeken heeft met name een diagnostisch karakter. Er blijkt bij de toewijzing nog vaak veel onduidelijkheid over wat het beste is voor de jongere, aangezien de indicatiestelling door de hoge caseload bij verwijzers sterk onder druk staat. Op basis van een drietal studies benadrukken Grietens e.a. dat een *goede indicatiestelling van essentieel belang* is om hulpverlening op maat te kunnen bieden.[127] In de volgende paragraaf staan we hier verder bij stil.

3.2.12 Gespecialiseerd en intensief

Gespecialiseerde en intensieve behandeling wordt door Harder e.a. als een specifiek werkzame factor omschreven en door Boendermaker e.a. als een algemeen werkzame factor voor residentiële jeugdzorg.[128] Het valt op dat deze factor in beide onderzoeken vrij beknopt wordt besproken en dat de achterliggende literatuurbronnen met name gericht zijn op psychiatrische- en justitiële residentiële opvang. We geven de bevindingen uit de twee studies hieronder weer en merken bij voorbaat op dat nader onderzoek meer uitsluitsel zou kunnen bieden over overeenkomsten tussen

[124] CES 2011, p.32 (zie noot 14). Ook de Lange en Chênevert komen in hun praktijkonderzoek tot deze conclusie. Zie De Lange & Chênevert 2011, p.8 (zie noot 14).De Vlaamse onderzoekers Roose & Bouverne-De Bie wijzen in dit kader op het risico van het creëren van restgroepen, zie Roose & Bouverne-De Bie 'De bijzondere jeugdzorg in Vlaanderen. Bevragen of verder zetten van een dominante logica?' *Kansen voor Kinderen. Een weg voor het jongerenwelzijn in Vlaanderen.* Eds J. Crombez & E. De Wachter. Antwerpen-Apeldoorn: Garant 2011,p.91.

[125] CES 2011, p.34 (zie noot 14).

[126] Grietens e.a. 2007, p.91 (zie noot 8).

[127] Ook in de Vlaamse literatuur vinden we veel werken terug die focussen op het op maat werken met jongeren. Zie onder meer S. Peeters, *De moeizame zoektocht naar hulpverlening op maat in de bijzondere jeugdbijstand. Onderzoek naar onevenwichten tussen vraag en aanbod in de provincie Antwerpen*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen 2010, V. Carrette, 'Effectiviteit in de jeugdhulp: een verhaal van schakelende ketens' *Tijdschrift voor Welzijnswerk* 32(269) 2008, p.5-13, V.Carrette, *Perspectieven op de effectiviteit van de jeugdhulp. Een verkenning van een wetenschappelijk referentiekader*. Brussel: Kenniscentrum WVG 2008, J. Bronselaer, 'Netwerkeffectiviteit vanuit cliëntoogpunt: wetenschappelijke evidentie versus geïnstitutionaliseerde mythe' *Handboek Integrale Jeugdhulp*. Eds. K. De Koster e.a.. Brussel: Politeia 2009, p.1-10, V. Carette & S. De Smet, 'Effectiviteit in de jeugdhulp: quo vadis?' *Handboek Integrale Jeugdhulp*. Eds. K. De Koster e.a.. Brussel: Politeia 2009, p.1-9, Dobbelaere 2006, p. 41-60 (zie noot 75), P. De Cuyper, *Het doelgroepperspectief binnen de Antwerpse OCMW-hulpverlening: sleutel tot kwaliteit.* Leuven: HIVA - K.U.Leuven.

[128] Boendermaker e.a. 2010 p.27 (zie noot 14), Harder e.a. 2006 p.112 (zie noot 14).

psychiatrische en justitiële residentiële jeugdzorg en de 'traditionele' residentiële jeugdzorg waar dit onderzoek op focust.[129]

Harder e.a. verwijzen naar een drietal (review)studies en stellen op basis van het onderzoek van Bullock uit 1998 dat de beste resultaten behaald worden door specialistische centra, gevolgd door voorzieningen met een gemiddeld intensieve behandeling, terwijl de minste resultaten door jeugdgevangenissen worden behaald.[130] De onderzoekers verwijzen daarnaast naar reviewonderzoek van Frensch & Cameron uit 2002 en Pfeiffer & Strzelecki uit 1998, gericht op behandeling van geestelijke/psychiatrische problemen van jongeren. Uit deze onderzoeken blijkt onder andere dat een gespecialiseerde behandeling tijdens residentiële opname bijdraagt aan een positief resultaat. Op basis van deze studies concluderen Harder e.a. dat de residentiële jeugdzorg momenteel nog te veel een *'one size fits all approach'* heeft. Er moeten volgens de onderzoekers meer behandelingen gericht op de specifieke behoeften van jongeren worden ontwikkeld.[131]

Boendermaker e.a. refereren naar het onderzoek van Lipsey & Wilson uit 1998, gericht op delinquente jongeren.[132] Een uitgebreide bespreking ontbreekt, er wordt enkel vastgesteld dat de volgende twee kenmerken onder andere samenhangen met betere uitkomsten van interventies in residentiële settings: (1) uitvoering van de hulp door gespecialiseerd personeel en (2) langere duur en hogere intensiteit van de behandeling bij grotere ernst van de problemen. We merken in dit kader op dat het onderzoek van Lipsey & Wilson, waar Boendermaker e.a. naar verwijzen, recentelijk is aangevuld met een groter databestand. Analyse van deze gegevens bevestigt een al langer bekend principe, dat intensieve behandeling beter werkt bij jongeren met een hoog recidiverisico en bij wie een groot aantal risicofactoren en weinig beschermende factoren aanwezig zijn. Ook leiden intensieve interventies tot meer risico bij jongeren met een laag recidiverisico en bij wie weinig risicofactoren aanwezig zijn.[133] Dit brengt ons weer bij het belang van 'zorg op maat' zoals beschreven in de vorige paragraaf.

3.2.13 Duidelijke structuur

Harder e.a., Boendermaker e.a. en Grietens e.a. omschrijven een 'duidelijke structuur' als een algemeen werkzame factor. Bij een goede structurering denken de onderzoekers onder andere aan goede diagnostiek bij aanvang van de behandeling, duidelijk geformuleerde doelstellingen, een duidelijke koppeling van doel en middel en tenslotte planmatig en gefaseerd te werk gaan.[134]

---

[129] We merken dat dit aspect in Vlaanderen ook op weerwoord kan rekenen. Zo stellen Grietens e.a. dat men niet eindeloos werkvormen dient te creëren voor afzonderlijke doelgroepen. Zij pleiten onder andere voor een bredere investering in begeleidingstehuizen 1bis gericht op professionalisering met het oog op een meer kwaliteitsvolle begeleiding van doelgroepen met ernstige en complexte problematiek, zie Grietens e.a. 2007, p.103 (zie noot 8).

[130] Harder e.a. 2006, p.112 (zie noot 14).

[131] Grietens e.a. komen voor de begeleidingstehuizen cat.1bis, CANO, GIT en thuisbegeleidingsdiensten tot een genuanceerdere conclusie. De onderzoekers stellen vast dat hulpverleners vanuit het idee van hulpverlening op maat een hele waaier aan methodieken en interventies toepassen, met als achterliggende gedachte dat geen twee casussen hetzelfde zijn en dat een 'one size fits all' benadering niet mogelijk is in de jeugdzorg. Zie Grietens e.a. 2007, p.91 (zie noot 8).

[132] Boendermaker e.a. 2006, p.27 (zie noot 14).

[133] http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=109533.

[134] Harder e.a. 2006, p.110 (zie noot 14), Boendermaker e.a. 2010 p.28 (zie noot 14), Grietens e.a.2007, p.42 (zie noot 8).

De literatuur aangaande de werkzaamheid waarnaar de onderzoekers refereren, is vrij beknopt. Harder e.a. verwijzen voor de werkzaamheid van deze factor naar twee studies van Van Yperen uit 2003 en 2004. Grietens e.a. verwijzen naar het overzicht van werkzame factoren op de website van het NJI. Boendermaker e.a. verwijzen naar één reviewonderzoek van Carr uit 2009, gericht op effectiviteit binnen therapieonderzoek en stellen daarnaast vast dat deze werkzame factor terug te vinden is in kwaliteitsstandaarden van diverse internationale organisaties en overheden ten aanzien van de residentiële jeugdzorg.[135]

Behandelplanning en concrete doelstellingen

Harder e.a. merken op dat er de laatste jaren meer aandacht is gekomen voor een goede structurering van interventies en dat planmatig handelen in diverse onderzoeken is uitgewerkt.[136] Ondanks deze toegenomen aandacht doen zich bij de uitvoering in de praktijk nog de nodige problemen voor. Zo blijkt uit het onderzoek van Jongejan e.a. uit 2000 dat er meer overzicht in de behandelplannen moet worden gecreëerd en dat de doelstellingen concreter (SMART) geformuleerd moeten worden waarbij rekening gehouden moet worden met doelen op de korte- en lange termijn.[137]

Goede diagnostiek

Goede diagnostiek vormt een belangrijk aspect van een gestructureerde hulpverlening, dit wordt zowel door Harder e.a., Boendermaker e.a. als Grietens e.a. benadrukt. Grietens e.a. stellen op basis van een drietal studies gericht op outcome-onderzoek, dat de resultaten van hulp staan of vallen met de kwaliteit van de toewijzing, stroomlijning, planning en uitvoering. Indicatiestelling is een essentieel speerpunt aangezien zij aan het begin van de behandelingscyclus staat.[138] Mede gezien de complexiteit van de problematiek van jongeren uit de residentiële jeugdzorg is het extra belangrijk om de problemen goed in kaart te brengen.[139] Harder e.a. stellen echter vast dat er weinig onderzoek beschikbaar is dat zich specifiek richt op diagnostiek bij jongeren in de residentiële jeugdzorg en dat nader onderzoek noodzakelijk is. Dit beeld komt ook uit ons aanvullende literatuuronderzoek naar voren. Enerzijds doordat bestudering van de aanvullende literatuur in slechts twee relevante studies resulteerde. Anderzijds doordat in deze recente bijdrages hetzelfde beeld naar voren komt als door Harder e.a. worden geschetst en de aandacht wordt gevestigd op het belang van nader onderzoek.[140]

---

[135] Door de verankering van deze werkzame factor in diverse (inter)nationale kwaliteitsstandaarden erkennen diverse landen het belang van deze factor, waarmee ook Boendermaker e.a. extra onderbouwing voor het belang van deze factor willen aantonen.

[136] Harder e.a. 2006, p.86 e.v. (zie noot 14).

[137] Harder e.a. 2006, p.86 (zie noot 14). We merken op dat Grietens e.a. t.a.v. de residentiële voorzieningen cat.1bis, CANO, GIT en thuisbegeleidingsdiensten concluderen dat hulpverleners grote inspanningen leveren om planmatig te werken, doelen op een concrete manier te formuleren en te evalueren met cliënten. Grietens e.a. 2007, p.101 (zie noot 8).

[138] Grietens e.a. 2007, p.100 (zie noot 8).

[139] We verwijzen in dit kader ook naar het Vlaamse onderzoek van S. Soyez e.a. waarin onder andere wordt gesteld dat ' diagnostiek en indicatiestelling meer dan ooit worden beschouwd als essentiële stappen die de toegang én toeleiding van cliënten naar hulpverlening sturen'. Zie S. Soyez e.a., *Wetenschappelijke ondersteuning bij de implementatie van een typemodule gezinsdiagnostiek in de Centra Integrale Gezinszorg. Eindrapport*. In opdracht van het Departement WVG van de Vlaamse Regering. Gent: Universiteit Gent 2010.

[140] Bartelink & Ten Berge 2010, p.567 (zie noot 94), P. Milani e.a., 'Co-Building of tools to access, plan and monitor intervention with children out of their homes and away from their families' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p..546.

Vertrek van de jongere

Bij de behandelplanning dient tot slot volgens Harder e.a. en Grietens e.a. ook rekening te worden gehouden met het vertrek van de jongere.[141] Dit is een aspect van werkzaamheid dat specifiek voor residentiële jeugdzorg geldt en door Harder e.a. als specifiek werkzame factor wordt besproken en sterke samenhang vertoont met de werkzame factor van samenhang en continuïteit.

In tegenstelling tot het meer algemenere aspect van deze werkzame factor staan de onderzoekers hier uitgebreid bij stil en verwijzen ze in dit kader naar diverse literatuurbronnen. Hierbij merken we wel op dat de meeste van deze studies zich richten op een psychiatrische, dan wel justitiële setting (zes van de negen studies).[142] Op basis van deze studies concluderen Harder e.a. dat jongeren die niet gepland vertrekken minder goede behandelresultaten vertonen dan jongeren die regulier vertrekken. Onderzoek naar achterliggende oorzaken met betrekking tot voortijdig vertrek maakt de samenhang met andere werkzame factoren zichtbaar. Zo blijken voortijdige vertrekkers een iets lagere motivatie te hebben dan jongeren die regulier vertrekken, is er sprake van een slechtere relatie met groepsopvoeders en is er minder vaak sprake van regelmatig overleg over behandelingsdoelen.[143]

3.2.14 Theoretische onderbouwing

Eén van de speerpunten bij onderzoek naar effectiviteit vormt de theoretische onderbouwing van interventies. Doelstelling van een theoretische onderbouwing is te specificeren welke uitkomsten men op het oog heeft en welke factoren en mechanismen hierbij een rol spelen.[144]

Een goede theoretische onderbouwing wordt door Boendermaker e.a. als een algemeen werkzame factor omschreven.[145] Boendermaker e.a. baseren zich op de uitgangspunten van Van Yperen & Veerman. Een goede beschrijving van een interventie is een voorwaarde om een aanpak volgens de effectladder van Van Yperen & Veerman 'potentieel' effectief te laten zijn. Daarnaast vormt een goede theoretische onderbouwing het uitgangspunt bij evaluatieonderzoek en monitoring, waar we later in dit rapport verder op ingaan. Van Yperen & Veerman baseren zich voor hun visie o.a. op het veelgeciteerde 'Evaluation. A systematic approach' van Lipsey e.a. uit 2004, en onderzoek van Van Yperen uit 2003.

Door het CES wordt een goede theoretische onderbouwing tot slot als een kwaliteitscriterium voor effectieve hulpverlening omschreven. Effectieve interventies zijn volgens deze omschrijving gebaseerd op een theorie die de risico- en beschermingsfactoren onderscheidt en die in relatie tot deze factoren uiteenzet hoe verandering kan worden bewerkstelligd.[146]

3.2.15 Integriteit en monitoring

Programma-integriteit en monitoring zijn volgens diverse onderzoeken van essentiële invloed op de uitkomsten van een interventie. Programma-integriteit en het belang van monitoring worden in de literatuur als algemeen werkzame factor omschreven. Zowel Harder e.a., Boendermaker e.a.,

[141] Harder e.a. 2006, p.113 (zie noot 14), Grietens e.a. 2007, p.94 (zie noot 8).
[142] Harder e.a. 2006, p.122 e.v. (zie noot 14).
[143] Harder e.a. 2006, p.126 (zie noot 14).
[144] T. Van Yperen e.a. 2010, p.50 (zie noot 13).
[145] Boendermaker e.a. 2010, p.36 (zie noot 14).
[146] CES 2011, p.26 (zie noot 14).

Grietens e.a. als het CES gaan in op deze aspecten. Daarnaast resulteerde ons aanvullende literatuuronderzoek in een vijftal studies, waarvan vier (mede) door Van Yperen zijn geschreven. Harder e.a. verwijzen voor de werkzaamheid van deze factor naar twee studies van Van Yperen uit 2003 en 2004. Grietens e.a. verwijzen naar het overzicht van werkzame factoren op de website van het NJI.[147] Boendermaker e.a. verwijzen eveneens naar onderzoek van Van Yperen uit 2003 en daarnaast naar onderzoek van Lipsey & Wilson uit 1998, gericht op de invloed van factoren binnen justitiële residentiële settings.

Programma-integriteit houdt in dat een interventie uitgevoerd wordt zoals van te voren is bedacht.[148] Dit aspect is van belang omdat uit onderzoek blijkt dat interventies met een hoge behandelintegriteit tot betere resultaten leiden.[149] Harder e.a. stellen voor wat betreft de residentiële jeugdzorg echter vast dat uit verscheidene onderzoeken blijkt dat de programma-integriteit nog te wensen over laat.[150] Factoren zoals kostenbesparing, tijdsgebrek en toepassing van een eigen 'intuïtieve' persoonlijke manier van handelen, liggen hier volgens de onderzoekers aan ten grondslag.[151] Dit laatste aspect heeft ook te maken met een goede implementatie. Uit onderzoek blijkt dat een duurzame, planmatige implementatie van groot belang is voor de effectiviteit. Een goede implementatie kost tijd en dient gefaseerd plaats te vinden. Zo kunnen hulpverleners in de 'verspreidingsfase' zich rustig oriënteren en kennis nemen van een bepaalde aanpak, waardoor verkeerde toepassing in de praktijk beperkt wordt.[152]

Om de programma-integriteit te bevorderen, is monitoring en goede documentatie van essentieel belang. Monitoring maakt zichtbaar wat er succesvol is en waar er bijgestuurd moet worden.[153] Harder e.a., Boendermaker e.a. en het CES besteden vrij uitgebreid aandacht aan dit aspect en ook in de artikelen uit ons aanvullende literatuuronderzoek wordt het belang van monitoring onderstreept. Er blijkt vanuit wetenschappelijke hoek in toenemende mate aandacht voor dit aspect omdat de monitoring van de uitvoering ertoe bijdraagt dat elementen die volgens de programmatheorie essentieel zijn ook daadwerkelijk uitgevoerd worden.[154] Een interventie kan immers nog zo goed beschreven en onderbouwd zijn, het komt pas tot leven door de wijze waarop de hulpverlener het vorm geeft en in welke context dit gebeurt.[155]

Implementatie en monitoring wordt door het CES als een kwaliteitscriterium omschreven. Het CES geeft praktische aanwijzingen op dit vlak. Zo is het van belang dat er een programmahandleiding beschikbaar is waarin een goede beschrijving en documentatie van de interventie wordt gegeven. Op deze manier heeft het personeel een duidelijk beeld over de interventie en essentiële aspecten en kan bij de uitvoering worden nagegaan of de elementen uit de interventie worden toegepast.

---

[147] Grietens e.a. 2007, p.42 (zie noot 8).
[148] Harder e.a. 2006, p.108 (zie noot 14), Boendermaker e.a. 2010 p.27 (zie noot 14), Grietens e.a. 2007, p.42 (zie noot 8).
[149] Boendermaker e.a. 2010, p.28, (zie noot 14).
[150] Harder e.a. verwijzen naar onderzoek van Boendermaker uit 1998, Horjus & Baerveldt uit 2001, Van den Berg uit 2000 en Van Houten uit 1997. Zie Harder e.a., p.110 (zie noot 14).
[151] Harder e.a. 2006, p.93 (zie noot 14), zie ook T. Van Yperen, 'Flexibele programma-integriteit' *Kind & Adolescent* 2011 32(3), p.173.
[152] K. Stals e.a., 'Planmatig implementeren leidt tot effectievere interventies in de praktijk' *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 2010 (49), p.46.
[153] Zie http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/19/241.html. Op de website van het NJI is een dossier gewijd aan implementatie en monitoring en stellen o.a. een 'implementatiewijzer' beschikbaar.
[154] 'Wetenschappers in het buitenland wijzen in toenemende mate op het belang van monitoring, ook ontwikkelaars van evidence based interventies' aldus T. Van Yperen, 'Jeugdzorg op de ladder' *Kind & Adolescent* 2011 32(2), p.120.
[155] Van Dam 2010, p.36 (zie noot 5).

Daarnaast blijkt uit de beschrijving van het CES dat monitoring van de uitvoering op structurele wijze plaats dient te vinden, dit kan aan de hand van checklists, logboeken enz.. Het CES wijst er ten slotte ook op dat het van belang is om (op structurele basis) op de hoogte te blijven van relevante (wetenschappelijke) ontwikkelingen om zo de informatie aangaande de implementatie en monitoring van een interventie binnen de voorziening te kunnen plaatsen en interpreteren.[156]

3.3 Werkzame factoren en kwaliteitscriteria voor personeel en organisatie

In deze paragraaf bespreken we de werkzame factoren en kwaliteitscriteria die de residentiële hulpverlening vanuit het niveau van personeel en organisatie beïnvloeden. Hierbij kan gedacht worden aan aspecten zoals professionaliteit, stabiliteit binnen de organisatie en werkomstandigheden van het personeel. Voorafgaand merken we op dat er een sterke samenhang is tussen deze aspecten. Zo blijkt uit het onderzoek van Boendermaker e.a. dat wanneer managers van een voorziening vanuit een duidelijk uitgewerkte visie en strategie werken, het moraal van het personeel hoger ligt. De moraal van het personeel hangt weer samen met de stabiliteit binnen de organisatie, teams en leefgroepen. Deze laatste aspecten worden op hun beurt beïnvloed door een goede samenwerking binnen het team, duidelijke rolverdeling, communicatie en overeenstemming.[157]

Door de sterke samenhang tussen de factoren is er ook sprake van overlap tussen de literatuurbronnen waar in deze paragraaf naar verwezen wordt. De grootste inbreng wordt door Harder e.a. en Boendermaker e.a. gegeven. Het valt op dat deze onderzoekers meermaals naar een aantal Engelse studies verwijzen, gericht op de kwaliteit van de jeugdzorg.

3.3.1 Visie

In bijna alle kerndocumenten die wij bestudeerden komt het belang van een duidelijke visie van de voorziening op de hulpverlening naar voren. Met name Harder e.a. en Boendermaker e.a. geven een vrij uitgebreide beschrijving van dit aspect. Voor wat betreft de literatuur waar beide onderzoeken zich op baseren, valt op dat er sprake is van overlap. Engels onderzoek uit de jaren negentig voert hierbij de boventoon.

Harder e.a. geven aan dat een duidelijke visie een algemeen werkzame factor voor hulpverlening is. De onderzoekers stellen dat er eerder sprake is van een positieve verandering bij jongeren indien het *hoofd van een voorziening een duidelijke visie heeft op de wijze van hulpverlening en de manier waarop veranderingen bij jongeren teweeg kunnen worden gebracht*. Harder e.a. baseren zich op een overzichtsstudie van Van Gageldonk & Bartels uit 1990 en een drietal Engelse studies gericht op de kwaliteit van residentiële voorzieningen.[158]

Boendermaker e.a. komen tot een gelijksoortige conclusie. Bij instellingen waar managers een duidelijke visie op hulpverlening hebben, blijkt het personeel zich beter gesteund te voelen en het werk beter aan te kunnen. Jongeren gedragen zich hierdoor beter, worden minder vaak van school gestuurd en vertonen minder delinquent gedrag. Jongeren hebben volgens de onderzoekers zelfs een

[156] CES 2011, p.42 en 43 (zie noot 14).
[157] Boendermaker e.a. 2010, p.25 (zie noot 14).
[158] Harder e.a. 2006, p.111, (zie noot 14).

positievere kijk op het sociale klimaat in huis en waren op bepaalde punten gelukkiger. Boendermaker e.a. baseren zich op een vijftal Engelse studies, waarvan drie studies ook door Harder e.a. zijn gebruikt. Daarnaast geven de onderzoekers aan dat er in internationale kwaliteitsstandaarden aandacht aan dit aspect wordt besteed.[159]

Een meer praktische uitwerking vinden we opnieuw in de kwaliteitscriteria van het CES en bij De Lange & Chênevert. Volgens De Lange & Chênevert dient *een visie logisch en helder beschreven* te zijn. Het personeel moet op basis van deze beschrijving in staat zijn om de visie aan de jongeren over te dragen en op structurele wijze mee te denken over de invulling. De visie dient *regelmatig te worden geëvalueerd* en *beschreven te zijn in een handboek*.[160]

De invloed die een goed omschreven visie uiteindelijk op de hulpverlening heeft, hangt tenslotte samen met een aantal andere aspecten. Volgens het CES dient een voorziening bijvoorbeeld te beschikken over *een sterke leidinggevende figu(u)r(en) die duidelijke doelstellingen opstelt en aanhoudt*. Meer praktisch dient er sprake te zijn van een *goede werkcultuur en infrastructuur om doelen te bewerkstellingen*. Bij dit laatste kan bijvoorbeeld worden gedacht aan geschikte ICT-systemen, personeelsmanagement, een goede infrastructuur enz..

3.3.2 Professionaliteit

Onder professionaliteit kunnen diverse aspecten worden geschaard zoals het werven en selecteren van goed opgeleid personeel, het bieden van (vaardigheids)trainingen en ondersteuning, en waardering van de medewerkers door bijvoorbeeld supervisie en intervisie. Professionaliteit van hulpverleners wordt door Harder e.a., Boendermaker e.a., De Lange & Chênevert, Grietens e.a. en het CES uitgebreid beschreven. Wat betreft achterliggende literatuurbronnen valt op dat er overlap zit in aangehaalde bronnen en dat specifieke verwijzingen niet altijd worden gegeven.

Harder e.a., Boendermaker e.a. en Grietens e.a. stellen dat professionaliteit een algemeen werkzame factor is. De onderzoekers verwijzen hiervoor naar de, reeds eerder aangehaalde, literatuur die aan algemeen werkzame factoren ten grondslag ligt: Van Yperen uit 2003 en 2004, Van der Laan uit 2001, Carr uit 2009 en het overzicht van algemeen werkzame factoren op de website van het NJI.[161] Deze vrij beknopte onderbouwing wordt door Harder e.a. en Boendermaker e.a. nader onderbouwd met verwijzingen naar onderzoek uit residentiële settings.[162]

Screening personeel

Professionaliteit begint bij een *goede screening* van het personeel bij aanwerving. Boendermaker e.a. besteden, als enige van de door ons bestudeerde literatuur, expliciet aandacht aan screening van het personeel. Screening wordt door hen als een kwaliteitsfactor beschreven. We merken in dit kader op dat (uitgebreide) verwijzingen naar achterliggende literatuur niet worden gegeven: Boendermaker e.a. baseren zich enkel op een globale verwijzing naar internationale kwaliteitsstandaarden. Deze

[159] Boendermaker e.a. 2010, p.25 (zie noot 14).
[160] De Lange & Chênevert 2011, p.26, (zie noot 14).
[161] Harder e.a. 2006, p.108 (zie noot 14), Boendermaker e.a. 2010, p.27 (zie noot 14), Grietens e.a. 2007, p.42 (zie noot 8).
[162] Harder e.a. en Boendermaker e.a. verwijzen naar onderzoek van Weijenberg & Rasenberg uit 2004 gericht op teamfunctioneren en onderzoek van Edens & Smit uit 1992 en Edens uit 1998 gericht op effectiviteit van een vaardigheidstraining van groepsopvoeders. Zie Harder e.a. p.73 e.v. (zie noot 14) en Boendermaker e.a. 2010, p.26 (zie noot 14).

standaarden stellen eisen aan opleiding, ervaring en/of het aantal personeelsleden, maar ook eisen op het vlak van het voorkomen van misbruik. Hierbij kan gedacht worden aan een Ierse kwaliteitseis waarbij voorzieningen er naar dienen te streven om tijdens elke dienst te beschikken over tenminste één gekwalificeerd personeelslid op het niveau van *'child care leader'*.

Vaardigheidstraining

Naast een goede startkwalificatie van personeel is het *trainen van vaardigheden* van personeelsleden van invloed op de kwaliteit van de hulpverlening. Zowel Harder e.a. als Boendermaker e.a. gaan in op het belang van dit aspect, waarbij Boendermaker e.a. dit als een kwaliteitscriterium aanmerken. Harder e. a. baseren zich op een onderzoek naar vaardigheidstraining van groepsopvoeders van Edens & Smit waaruit blijkt dat deze training tot een significante toename van kennis en vaardigheden leidt.[163] Boendermaker e.a. onderbouwen dit positieve beeld. Zij leiden uit twee studies af dat interventies met getraind personeel dat supervisie krijgt de effectiviteit van (corrigerende) programma's vergroot.[164] Harder e.a. en Grietens e.a. merken in dit kader op dat, gezien de complexiteit van de problematiek en de intensiteit van de werkzaamheden binnen de residentiële jeugdzorg, opleidings- en traingingsmogelijkheden verder geprofessionaliseerd zouden moeten worden, bijvoorbeeld met een beroepsopleiding gespecialiseerd in residentiële jeugdzorg.

Invloed van een 'kampioen'

Bovenstaande beschrijving vindt een meer praktische invulling in de kwaliteitscriteria van het CES en De Lange & Chênevert. Effectieve programma's worden volgens deze criteria door goed opgeleid en ondersteund personeel geboden.[165] Hierbij kan volgens het CES een zogenaamde 'kampioen' van positieve invloed zijn op de effectiviteit. Een kampioen is iemand die enthousiast is over de toegepaste interventie. Daarnaast beschikt deze persoon over de juiste organisatorische vaardigheden en invloed om een bepaalde aanpak te stimuleren..[166]

Bewustheid over professionele rol

De Lange & Chênevert geven daarnaast aan dat het belangrijk is dat hulpverleners zich *bewust zijn van het feit dat zij professionele opvoeders zijn* en overeenkomstig handelen.[167] Dit kan onder meer tot uiting komen doordat het personeel over de juiste kwalificaties en kennis over diverse gedragsproblemen beschikt, aansluiting zoekt bij wat een individueel kind nodig heeft, werkt volgens bepaalde methodieken, feedback geeft op elkaars professioneel handelen en ondersteuning krijgt vanuit de organisatie. We gaan hier graag wat verder op in.

Kennis en vaardigheden waar hulpverleners over moeten beschikken

Wat moet een professionele hulpverlener kennen en kunnen? Hiervoor grijpen we terug naar wat we hebben geschreven over het basisklimaat. Gezien het grote belang van het ontwikkelen van een responsieve relatie moet een hulpverlener een *goed inzicht hebben in de gevolgen van een onveilige hechting.* Zo kan hij het gedrag van jongeren beter inschatten. Daarnaast moet hij ook *kennis hebben over 'wat werkt' voor de doelgroep waar hij of zijn mee werkt*. Naast kennis dient een professionele opvoeder ook over een aantal *vaardigheden* te beschikken. Een basisvaardigheid is het ontwikkelen

[163] Harder e.a. 2006, p.73 e.v. (zie noot 14).
[164] Boendermaker e.a. 2010, p.28 (zie noot 14).
[165] CES 2011, p.39 (zie noot 14), De Lange & Chênevert 2011, p.25 (zie noot 14).
[166] We merken op dat zowel Boendermaker e.a. als het CES in dit kader niet naar specifieke achterliggende literatuurbronnen verwijzen.
[167] De Lange & Chênevert 2011, p.25 (zie noot 14), zie ook Boendermaker e.a. 2006, p.13 (zie noot 14).

van een responsieve relatie met de jongeren en kinderen. Hiervoor is video-interactiebegeleiding een goed instrument.[168]

Harder e.a. verwijzen naar een interessant onderzoek van Van den Berg uit 2000.[169] Dit onderzoek leert ons, in het verlengde van het voorgaande, ook iets over de hardnekkige invloed van intuïtie en persoonlijke stijl op het gedrag van opvoeders. Van den Berg maakte video-opnames van de sociale interacties tussen de groepsleiders en de kinderen in twee types van leefgroepen. In de ene leefgroep lag de focus op het aanbieden van structuur (STR). Hier verbleven vooral jongeren met een externaliserende problematiek. In de andere leefgroep lag de focus op het aanbieden van emotionele en affectieve steun (EAS). In deze groepen gaat het om kwetsbare kinderen, die vaak moeite hebben om zich toe te vertrouwen aan anderen. De onderzoekster maakte 88 video-opnames van elk 15 minuten, waarin de wijze van omgang van telkens één kind en één groepsopvoeder met elkaar werd gefilmd. De twee belangrijkste conclusies van Van den Berg zijn de volgende:

1. Tegen elke verwachting in is er veel meer overeenkomst dan verschil tussen de beide typen van behandeling in de interactiepatronen tussen groepsleiders en kinderen.
2. Interpersoonlijk gedrag van groepsopvoeders die binnen eenzelfde type behandelingsaanpak werkzaam zijn (STR of EAS), verschilt net zoveel van elkaar als interpersoonlijk gedrag van groepsopvoeders die in verschillende typen leefgroep werken.

Deze twee resultaten betekenen dat medewerkers meer handelen en reageren op basis van een eigen, persoonlijke stijl dan op basis van de werkwijze die kenmerkend zou moeten zijn voor het type leefgroep - STR of EAS - waarin zij als opvoeder werken. In eerder aangehaald onderzoek naar interacties tussen begeleiders en jongeren in de leefgroep komt men tot dezelfde conclusie. Uit onderzoeken van Moses uit 2000 en Wigboldus uit 2002 blijkt dat opvoeders doorheen *trial and error* een persoonlijke voorkeurstijl ontwikkelen.[170] Om succesvol op te voeden is het belangrijk dat je die voorkeurstijl kan verlaten wanneer dat in een bepaalde situatie nodig is. Problematisch gedrag kan immers in stand gehouden worden doordat negatief gedrag negatieve reacties oproept. De stijl moet afgestemd zijn op wat de jongeren in een bepaalde situatie nodig hebben. Hiervoor is dus meer nodig dan een visie of richtlijnen over een bepaalde werkwijze.

Een tweede belangrijke vaststelling is dat sociale interactiepatronen tussen personen zich vaak ontwikkelen op een wijze waarbij het gedrag van de ene persoon complementair gedrag van de ander oproept.[171] Begeleiders gaan anders om met moeilijke jongeren dan met makkelijke jongeren. Makkelijke jongeren krijgen meer individuele aandacht en aanmoediging en bij moeilijke jongeren wordt meer met teleurstelling en boosheid gereageerd. Bij moeilijke jongeren wordt ook meer aandacht besteed aan het identificeren en het in beeld brengen van de problemen van de jongeren.[172] Hier ligt dus een opdracht om een omgeving te creëren waarin groepsleiders zich bewust kunnen worden van hun eigen voorkeursstijl en waar ze de kans krijgen om te oefenen met een andere pedagogische stijl.

Ondersteuning van het team

In aanvulling op training van het personeel levert een goede ondersteuning van het team, samen met waardering door de teamleider tenslotte een essentiële bijdrage aan de professionaliteit van

[168] Jongepier 2011, p.28 (zie noot 41).
[169] Harder e.a. 2006, p.61 (zie noot 14).
[170] Zie Harder e.a. 2006, p.61 e.v. (zie noot 14).
[171] Zie Harder e.a. 2006, p.61 e.v. (zie noot 14).
[172] Zie Harder e.a. 2006, p.61 e.v. (zie noot 14).

hulpverleners.[173] Voor een goede ondersteuning van het personeel lijken *handvatten of richtlijnen* volgens Boendermaker e.a. noodzakelijk. Hierbij kan gedacht worden aan handvatten of richtlijnen voor het dagelijks handelen als beroepsopvoeder, het omgaan met groepsdynamische aspecten en het garanderen van veiligheid van jongeren en personeel.[174] Daarnaast dient de voorziening het personeel te ondersteunen door middel van intervisie en supervisie.[175]

3.3.3 Stabiliteit

Stabiliteit binnen de organisatie, teams en leefgroepen is van invloed op de effectiviteit van de residentiële hulpverlening. Om de stabiliteit zo min mogelijk onder druk te zetten dient uitval, verloop en reorganisatie zo beperkt mogelijk te blijven.

Stabiliteit wordt door Harder e.a., Boendermaker e.a. en De Lange & Chênevert als kwaliteitscriterium omschreven.[176] De onderzoekers baseren zich op eerder aangehaald Engels onderzoek, gericht op kwaliteit binnen residentiële voorzieningen. Uit deze onderzoeken kunnen verschillende aspecten worden afgeleid die de stabiliteit binnen een organisatie ten goede komen. Zo verwijzen Harder e.a. en Boendermaker e.a. naar een onderzoek van Sinclair & Gibbs uit 1998 waaruit blijkt dat een positief sociaal klimaat in tehuizen onder andere samenhangt met een *goede samenwerking* binnen het team. Goede samenwerking kan worden gestimuleerd door een *duidelijke rolverdeling & communicatie* onder het personeel en *overeenstemming over de aanpak*. Daarnaast is het belangrijk dat hulpverleners het gevoel hebben dat hun werk *gewaardeerd* wordt. Op basis van onderzoek van Berridge & Brodie uit 1998, Sinclair & Gibbs uit 1998 en Penna uit 1995 stellen Boendermaker e.a. dat *waardering en ondersteuning vanuit het management* de belangrijkste factoren zijn om personeel te behouden en gemotiveerd te houden.[177]

Een praktische uitwerking van dit kwaliteitscriterium vinden we terug in het overzicht van De Lange & Chênevert. Volgens deze onderzoekers dient een organisatie gericht te zijn op *stabiele personeelsomstandigheden en vaste gezichten voor jongeren*. Stabiele personeelsomstandigheden kunnen onder meer gestimuleerd worden door *regelmatig teamoverleg* waar met een 'temperatuurrondje' bevraagd kan worden hoe het gaat, teambuilding, intervisie en een vaste invalpool.[178]

Hoewel stabiliteit een belangrijk aspect is, merken we ter afsluiting van deze paragraaf op dat uit het onderzoek van Harder e.a. blijkt dat er in de meeste Europese landen problemen zijn met het vinden en in dienst houden van geschikte hulpverleners. Knelpunten blijken onder andere een relatief lage salariëring, relatief slechte werkomstandigheden, spanning, stress en (on)macht in het werk.[179] Dit

[173] Zowel Harder e.a. als Boendermaker e.a. verwijzen in dit kader naar onderzoek van Sinclair & Gibbs uit 1998 en Weijnenberg & Rasenberg uit 2004. Boendermaker e.a. vermelden verder ook dat er in veel internationale kwaliteitsstandaarden aandacht is voor ondersteuning van het personeel: zie Boendermaker e.a. 2010, p.30 (zie noot 14) en Harder e.a. 2006, p.90 (zie noot 14).
[174] Boendermaker e.a. p.13 (zie noot 14).
[175] CES 2011, p.39 (zie noot 14), De Lange & Chênevert 2011, p.25 (zie noot 14).
[176] Harder e.a. 2006, p.89 (zie noot 14), Boendermaker e.a. 2010 p.25 (zie noot 14), De Lange & Chênevert 2011, p.25 (zie noot 14).
[177] Boendermaker e.a. 2010, p.25 (zie noot 14).
[178] De Lange & Chênevert 2011, p.25 (zie noot 14).
[179] Grietens e.a. wijzen voor wat betreft de situatie in voorzieningen 1bis, CANO, GIT en thuisbegeleiding ook op het gevaar van overbelasting. Zie Grietens e.a. 2007, p.85 (zie noot 8).

laatste aspect zou kunnen samenhangen met de constatering van de onderzoekers dat de meeste hulpverleners in de residentiële jeugdzorg relatief jong zijn.[180]

3.3.4 Moraal

Bij een goede moraal van het personeel kan gedacht worden aan *werklust, enthousiasme* en een *positieve spirit*. Een goede moraal wordt door Harder e.a. en Boendermaker e.a. als kwaliteitscriterium omschreven. In beide onderzoeken wordt vrij uitgebreid bij dit aspect stil gestaan, de achterliggende literatuur is echter vrij beknopt. De onderzoekers baseren zich op eerder aangehaald Engels onderzoek, gericht op kwaliteit binnen residentiële voorzieningen.[181]

Harder e.a. stellen dat een hoge moraal onder het personeel de kwaliteit van de residentiële hulpverlening versterkt. De onderzoekers baseren zich op een onderzoek van Mainey uit 2003, gericht op de tevredenheid en moraal van hulpverleners, en een onderzoek van Berridge & Brodie uit 1998 gericht op kwaliteitsindicatoren voor residentiële jeugdzorg. Mainey onderzocht de moraal (werklust, spirit, enthousiasme…) van hulpverleners uit 69 Engelse tehuizen. Uit dit onderzoek blijkt onder andere dat een lage moraal onder hulpverleners met name tot uiting komt in mindere kwaliteit van hulpverlening, minder enthousiasme en motivatie ten aanzien van het werk en een negatieve uitstraling naar jongeren toe. Uit het onderzoek van Berridge & Brodie blijkt eveneens dat een positieve moraal onder het personeel de kwaliteit van de zorg beïnvloedt.

De invloed van de moraal van het personeel op de uitkomsten van de hulpverlening hangt sterk samen met andere kwaliteitscriteria. Zo wordt een goede moraal gestimuleerd door *goede ondersteuning* van het personeel. Wanneer personeel zicht goed ondersteund voelt, wordt een goede moraal onder het personeel gestimuleerd en uitval en onstabiliteit binnen de voorziening voorkomen. Daarnaast hangt een goede moraal sterk samen met een *adequate mate van autonomie van het personeel en consensus over de manier van hulpverlening*. Deze laatste twee aspecten komen in de volgende paragrafen aan bod.

3.3.5 Autonomie

Bij autonomie kan gedacht worden aan inspraakmogelijkheden over de manier van werken en aan de invloed die hulpverleners binnen de voorziening kunnen uitoefenen. Autonomie wordt door Boendermaker e.a. en Harder e.a. als kwaliteitscriterium omschreven. Boendermaker e.a. verwijzen in hun onderzoek naar Harder e.a.. Wij zullen om deze reden ingaan op de bevindingen van Harder e.a..[182] Zij baseren zich op studies waarin de perceptie van groepsopvoeders centraal staat en op arbeidssatisfactie-onderzoek.

Uit onderzoek van Clarijs & Jumelet uit 1996, naar de perceptie van groepsopvoeders over hun werk, blijkt dat een ruime meerderheid van de groepsopvoeders vindt dat ze onvoldoende inbreng en verantwoordelijkheid hebben op het gebied van algehele zorg en behandeling. Dit beeld wordt bevestigd in het recentere onderzoek van Heron en Chakrabarti uit 2003 en een drietal arbeidssatisfactie-onderzoeken van Van der Ploeg en Scholte uit 1996, 1998 en 2003.

[180] Harder e.a. 2006, p.65 (zie noot 14).
[181] Harder e.a. 2006, p.70 (zie noot 14), Boendermaker e.a. 2010, p.25 (zie noot 14).
[182] Harder e.a. 2006, p.67 e.v. (zie noot 14).

Een adequate mate van autonomie is van invloed op de tevredenheid van hulpverleners, waarmee de sterke samenhang met andere kwaliteitscriteria als een goede moraal en stabiliteit opvalt. Om gevoelens van onmacht te voorkomen, is het daarom belangrijk dat groepsopvoeder *goed geïnformeerd worden* en *invloed kunnen uitoefenen op de organisatie en manier van werken*.

3.3.6 Consensus

Overeenstemming tussen het hulpverlenend personeel beïnvloedt de moraal van hulpverleners en de kwaliteit van de hulpverlening. Consensus wordt door Harder e.a. en Boendermaker e.a. als kwaliteitscriterium omschreven. In beide studies wordt naar twee achterliggende Engelse literatuurbronnen verwezen, waardoor de achterliggende literatuur beknopt is.

Harder e.a. baseren zich op het onderzoek van Sinclair & Gibbs uit 1998, gericht op de kwaliteit van zorg in kindertehuizen. Volgens deze onderzoekers hangt een positief sociaal klimaat in kindertehuizen onder meer samen met *overeenstemming tussen hulpverlenend personeel over de uitvoering van de zorg*.[183] Boendermaker e.a. verwijzen tenslotte naar een Engelse studie van Milligan uit 2006, gericht op moreel onder het personeel. Uit dit onderzoek blijkt dat goede samenwerking binnen het team de motivatie en goede moraal van het personeel stimuleert.[184]

3.3.7 Goede werkomstandigheden

Bij goede werkomstandigheden kan gedacht worden aan een *dragelijke caseload*, *goede ondersteuning en financiële waardering*. Goede werkomstandigheden worden door Harder e.a. en Grietens e.a. als een algemeen werkzame factor omschreven. Harder e.a. verwijzen hiervoor naar de reeds eerder aangehaalde literatuur die aan algemeen werkzame factoren ten grondslag liggen; Van Yperen uit 2003 en 2004. Grietens e.a. verwijzen naar de algemeen werkzame factoren die op de website van het NJI staan vermeld.[185] Boendermaker e.a. vermelden tot slot enkel dat goede werkomstandigheden in internationale kwaliteitsstandaarden zijn opgenomen, maar gaan hier verder niet op in.[186] Deze vrij beknopte onderbouwing wordt door Harder e.a. en Boendermaker e.a. nader onderbouwd met verwijzingen naar onderzoek uit residentiële settings.[187]

Harder e.a. constateren dat de werkomstandigheden voor hulpverleners in de residentiële jeugdzorg verschillen per voorziening en niet altijd gunstig geëvalueerd worden omdat men hoge werkdruk (caseload) ervaart, met als gevolg stress door het werk waar een relatief lage salariëring tegenover staat. Het moet worden opgemerkt dat Harder e.a. enkel naar één vrij gedateerde studie van Madge uit 1993 verwijzen. Uit recenter Engels en Nederlands tevredenheidsonderzoek komen aanwijzingen naar voren dat een meerderheid van de hulpverleners tevreden is met het werk.[188]

---

[183] Harder e.a. 2006, p.90 (zie noot 14).
[184] Boendermaker e.a. 2010, p.225 (zie noot 14).
[185] Harder e.a. 2006, p.108 (zie noot 14), Grietens e.a. 2007, p.42 (zie noot 8).
[186] Boendermaker e.a. 2010, p.29, (zie noot 14).
[187] Harder e.a. en Boendermaker e.a. verwijzen naar onderzoek van Weijenberg & Rasenberg uit 2004 gericht op teamfunctioneren en onderzoek van Edens & Smit uit 1992 en Edens uit 1998 gericht op effectiviteit van een vaardigheidstraining van groepsopvoeders. Harder e.a. 2006, p.73 e.v. (zie noot 14), Boendermaker e.a. 2010, p.26 (zie noot 14).
[188] Harder e.a. verwijzen naar arbeidssatisfactie onderzoek van Van der Ploeg en Scholte uit 1996, 1998, 2003 en tevredenheidsonderzoek van Mainey uit 2003. Zie Harder e.a. 2006, p.69 (zie noot 14).

We merken tot slot voor wat betreft de Vlaamse situatie op, dat uit onderzoek van Grietens e.a. blijkt dat de caseload in de werkvormen 1bis, GIT en thuisbegeleiding volgens hulpverleners 'zwaar, maar nog net te doen' is. Grietens e.a. benadrukken het belang van blijvende aandacht voor dit aspect, aangezien recente ontwikkelingen richting complexere problemen en nieuwe methodieken zoals contextgericht werken, de caseload en daarmee de werkomstandigheden van hulpverleners onder druk zetten.[189]

3.3.8 Schaalgrootte

Met het aspect schaalgrootte richten we ons op de grootte van de voorziening en de leefgroepen.[190] Het werken in een *niet te grote organisatie en kleine units* wordt door Boendermaker e.a. en Harder e.a. als een kwaliteitscriterium omschreven. Harder & Knorth richten zich in een literatuurverkenning uit 2007 specifiek op dit kwaliteitscriterium. Bij de beschrijving van deze factor richten we ons vooral op het onderzoek van Harder & Knorth, die zich baseerden op de kerndocumenten van Harder e.a. en Boendermaker e.a..

Harder & Knorth geven aan dat er uit diverse onderzoeken voorzichtig kan worden afgeleid dat de grootte van een voorziening en de leefgroepgrootte bepalende factoren zijn voor de kwaliteit van de groepsopvoeding.[191] Onderzoek dat zich specifiek richt op de invloed van de grootte van een voorziening en groepsomvang is echter schaars. Harder & Knorth verwijzen in dit kader naar een Engels onderzoek van Chipenda & Dansokho waaruit blijkt dat er slechts één onderzoek beschikbaar is waarin een duidelijk verband tussen de grootte van de instelling en de resultaten wordt aangetoond en waaruit blijkt dat kleinere tehuizen beter presteren.[192]

Wat betreft de grootte van de leefgroepen stellen Chipenda & Dansokho vast dat er belevingsonderzoek beschikbaar is waarin steun wordt gegeven aan de mogelijke voordelen van het werken met kleine leefgroepen. In één van deze studies, een onderzoek van Klűppel & Slijkerman uit 1983, komen een aantal oorzaken naar voren die hieraan ten grondslag liggen: (1) te veel jongeren bij elkaar geeft stress, onrust en drukte, (2) in een grote groep is de kans op ruzies groter, (3) in een kleinere groep lukt het beter om individuele aandacht te geven, (4) in een kleinere groep lukt het beter om bepaalde spel- of therapie-activiteiten te ondernemen. Boendermaker e.a. schetsen in hun onderzoek uit 2010 eenzelfde beeld. Gelet op de toename van ernstige gedragsproblemen bij jongeren in de residentiële jeugdzorg en de risico's op onderlinge negatieve beïnvloeding en verbaal en agressief geweld, lijkt het verstandig om in kleinere groepen te werken.[193] Onderzoek over de 'ideale' leefgroepgrootte is echter niet beschikbaar.

---

[189] Grietens e.a. 2007, p.101 (zie noot 8).

[190] We realiseren ons dat de grootte van een voorziening en de grootte van een leefgroep wellicht afzonderlijk een bepaalde invloed op de uitkomsten van de hulpverlening uitoefenen, we komen hier in de afsluiting van de beschrijving op terug.

[191] A.T. Harder & E. Knorth, 'Groepsgrootte telt in de residentiële jeugdzorg. Kleine groepen voor grote problemen' *JeugdenCo* 2007 22(03), p.22.

[192] Harder & Knorth 2007, p.26 (zie noot 191).

[193] Ons aanvullend literatuuronderzoek resulteerde in twee studies waar eenzelfde beeld naar voren komt: K. A. Bailey stelt dat 'Crowding in multiple settings can increase aggression, withdrawl, avoidance, hyperactivity, impulsivity and competition' zie Bailey 2002, p.19 (zie noot 59). Interessant is ook de uitgebreide thesis van I. Thys en H. Van den Bosch, *De leefgroep als instrument in de begeleiding van uithuisgeplaatste jongeren. Een kwalitatieve meervoudige gevalsstudie in begeleidingstehuizen van de bijzondere jeugdzorg.* Katholieke Universiteit Leuven 2009, p.183 e.v.. Uit hun analyse blijkt onder andere dat over het algemeen een kleine,

We besluiten met een opmerking van Harder & Knorth. De onderzoekers stellen dat nader onderzoek meer uitsluitsel en inzicht moet verschaffen over de invloed van groepsgrootte en grootte van voorzieningen. Waarbij met name verder uitgeklaard dient te worden welke betekenis het begrip 'grootte' heeft. De grootte van een voorziening is niet hetzelfde als de grootte van een leefgroep, dit onderscheid wordt momenteel in de schaarse literatuur niet duidelijk gemaakt.

3.3.9 Externe samenwerking en kennisdeling

Het CES is de enige literatuurbron die expliciet *samenwerking en kennisdeling met externe organisaties* als kwaliteitscriterium omschrijft. Volgens het CES werken effectieve programma's zelden 'in isolatie' en kan het in het belang van de jongere zijn om een beroep te doen op programma's die door andere organisaties worden aangeboden. Het is hiermee van belang *een goed netwerk te onderhouden en zicht te hebben op relevant lokaal en landelijk aanbod*. Het CES stelt daarnaast dat het in het algemene belang van de hulpverlening noodzakelijk is dat *voorzieningen kennis verspreiden over wat werkt*. Op deze manier kunnen voorzieningen hun voordeel doen met elkaars kennis en gaat waardevolle kennis die vaak aanwezig is bij voorzieningen niet verloren (zoals helaas nog vaak het geval is). In een meer ruimere context stelt het CES als kwaliteitscriterium dat voorzieningen zich ook *bewust dienen te zijn van de politieke context* die hun werk zou kunnen beïnvloeden, maar ook andersom de mogelijkheid om de politiek te beïnvloeden.[194]

De aspecten die het CES benadrukt, vinden we ook – zij het iets minder expliciet – terug in het onderzoek van Grietens e.a.. Zij merken op dat, voor wat betreft residentiële voorzieningen cat.1bis, CANO, GIT en thuisbegeleiding in Vlaanderen, er vaak wordt doorverwezen naar externe hulpverlening. Het gaat hierbij met name om psychiatrische en/of psychotherapeutische hulpverlening. De onderzoekers benadrukken het belang van het tot stand brengen van structurele maatregelen voor de samenwerking tussen de bijzondere jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast zou er volgens de onderzoekers geld vrij moeten komen om kennis uit de geestelijke gezondheidszorg binnen te halen in de bijzondere jeugdzorg.[195]

3.3.10 Rechtspositie: recht op informatie en vertrouwelijkheid

Het garanderen van vertrouwelijkheid van informatie en toegang tot informatie wordt door Boendermaker e.a. als laatste kwaliteitscriterium gezien.[196] De onderzoekers baseren zich in dit kader op internationale kwaliteitsstandaarden waaruit een aantal algemene aandachtspunten voor het bieden van hulp worden gegeven, zoals vertrouwelijkheid, toegang tot relevante informatie, de mogelijkheid tot het indienen van een klacht, het bijhouden en bewaren van een dossier, informeren

---

heterogeen samengestelde leefgroep de voorkeur draagt. Bij een grote leefgroep kan de individuele aandacht in het gedrang komen en is het moeilijker om structuur en regels te handhaven. Ook uit dit onderzoek blijkt dat onderzoek over de 'ideale leefgroepgrootte' niet bestaat.

[194] CES 2011, p.37, (zie noot 14).

[195] Grietens e.a. 2007, p.93 (zie noot 8). Het recente Vlaamse initiatief van Prioritair te behandelen hulpvragen – knelpuntdossiers- bij Integrale Jeugdhulp kunnen we in het geschetste kader plaatsen. Bij dit project wordt voor jongeren met zeer complexe problematieken extra middelen ingezet om zorg in te kopen, zodat meer samenwerkingsverbanden en zorgcombinaties ontstaan en zo in het belang van de jongere een meer effectief traject kan worden uitgewerkt.

[196] Boendermaker e.a. 2010, p.29 en 31 (zie noot 14).

over belangrijke gebeurtenissen enz.. De onderzoekers gaan hier slechts beknopt op in. In andere literatuurbronnen vonden we geen expliciete verwijzingen naar dit aspect.

4. Overzicht werkzame interventies

Zoals we in de inleiding van dit hoofdstuk aanstipten, hebben we niet alleen gekeken naar factoren die van invloed zijn op de effectiviteit van residentiële jeugdzorg. We zochten daarnaast naar informatie over effectieve interventies. Gezien de aard en omvang van dit rapport zijn we op zoek gegaan naar een overzichtelijke weergave en kwamen tot de conclusie dat de online Databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJI de meest relevante informatiebron was. In Vlaanderen is een vergelijkbaar overzichtelijk initiatief niet voor handen. Amerikaanse databanken staan, gelet op maatschappelijke en culturele omstandigheden, toch iets verder van de Vlaamse situatie af.[197]

De Databank Effectieve Jeugdinterventies bevat methodieken en programma's om problemen bij het opgroeien en opvoeden van kinderen en jongeren te voorkomen, te verzachten of te helpen. In deze databank kan gezocht worden per risico- of probleemgebied, op effectiviteit of op alfabetische volgorde.

De tabel hieronder geeft een overzicht van de effectieve interventies opgenomen in de databank van het NJI (d.d. 12 juli 2012). We geven de interventies weer die gericht zijn op en/of toepasbaar zijn voor de residentiële jeugdzorg. Niet alle interventies zijn specifiek gericht op residentiële jeugdzorg, maar zouden (met aanpassing) toch interessant kunnen zijn.[198] De databank wordt voortdurend aangevuld en geactualiseerd. Per interventie geven we de kern weer zoals omschreven op 12 juli 2012. Voor meer informatie over de betreffende interventies verwijzen we naar de Databank: *http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/03/055.html*

We delen de interventies in dit overzicht op in (cfr. Databank NJI) :

1. Bewezen effectieve interventies
2. Waarschijnlijk effectieve interventies
3. Theoretisch goed onderbouwde interventies

[197] Veel interventies die in Amerikaanse databanken als werkzaam zijn opgenomen worden in andere landen opnieuw onderzocht omdat culturele en contextuele verschillen de werkzaamheid in een andere setting kunnen beïnvloeden. Zie in dit kader ook A. Löfholm & Jergeby, 'Multisystemic Therapy (MST) with Swedish conduct-disordered youth: Treatment outcomes two years after intake' *Insideout. How interventions in child and family care work.* Eds. E.J. Knorth e.a.. Antwerpen-Apeldoorn: Uitgeverij Garant 2010, p.186.

[198] Een aantal interventies die enkel toepasbaar lijken binnen het onderwijs hebben we buiten beschouwing gelaten.

4.1 Bewezen effectieve interventies

Interventies	*Toelichting*
De dappere kat	Een *individuele cognitieve gedragstherapie* voor kinderen van 8 -18 jaar met een angststoornis. Doel is angststoornissen te verhelpen.
Incredible years	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 een van deze stoornissen te ontwikkelen*. In 18 wekelijkse sessies worden de ouders getraind in opvoedvaardigheden, waardoor de gedrags-problemen afnemen.
Pelsser Voeding & Gedrag dieet (PVG Dieet)	Het PVG eliminatiedieet heeft één hoofddoel: door het gebruik van het *dieet zijn de symptomen van kinderen met ADHD/ODD aanzienlijk verminderd*, dan wel verdwenen. Hierdoor zijn kinderen (vrijwel) klachtenvrij en kan medicatiegebruik worden voorkomen.
Video feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline	Een *gedragsinterventie voor ouders* met kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 3 jaar. Het programma wil gedragsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedings-vaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringstrategieën. Dit gebeurt in 6 huisbezoeken door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind.

Tabel 6

4.2 Waarschijnlijk effectieve interventies

Interventies	*Toelichting*
Actie Tegengif	Voorkomen van *roken.*
Alles Kidzzz Behavioral Parent Training Groningen (BPTG) voor kinderen met ADHD	De *individuele sociaal cognitieve training* Alles Kidzzz wil bij kinderen (9 tot 12 jaar) met *externaliserend probleemgedrag, gedrags-stoornissen helpen voorkomen*. Kinderen verbeteren hun sociale cognities, zelfbeeld en vermogen tot woederegulatie, en ontwikkelen alternatief prosociaal gedrag. De training bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van 45 minuten met het kind op school. Daarnaast houdt de preventiewerker gesprekken met

	ouders en leerkrachten.
Ouder-baby interventie	*Voorkomen psychosociale problemen bij baby's* van depressieve moeders.
PRIMA-methode: methode tegen pesten op school	Een *anti-pestprogramma* voor basisscholen. De scholen worden twee jaar begeleid bij het in- en uitvoeren van een integrale aanpak van pesten op schoolniveau (o.a. training van leerkrachten), groepsniveau (groepslessen) en individueel niveau (individuele begeleiding). Het doel is het verminderen en voorkomen van pestgedrag.
Programma Alternatieve Denkstrategieën	Een programma om de *sociaal-emotionele ontwikkeling te stimuleren* van kinderen van 4 tot 12 jaar in het regulier en speciaal basisonderwijs en scholen voor speciaal onderwijs binnen een Regionaal Expertise Centrum (REC).
Stemmingmakerij	Een *groepsgerichte, preventieve interventie*, in cursusvorm, bestemd voor jongeren tussen de 15 en 19 jaar die last hebben van een *hoog niveau van depressieve klachten*. Het doel is depressieve symptomen te verminderen en depressieve stoornissen op te heffen.

Tabel 7

4.3 Theoretisch goed onderbouwde interventies.

Interventie	*Toelichting*
Agressieregulatie op maat	Een *intramurale training* gericht op jongeren van 16-21 jaar met forse *agressieregulatie problematiek*. Doel is de zelfregulatie van deze jongeren te verbeteren om zo de kans op recidive te verkleinen. De interventie maakt gebruik van een cognitieve gedragsmatige aanpak met dramatherapeutische technieken. Nieuw gedrag wordt aangeleerd via rollenspelen, imitatie, modelling en positieve bekrachtiging.
Agressieregulatie op Maat Ambulant	De interventie maakt gebruik van een *cognitieve gedragsmatige aanpak met dramatherapeutische technieken en mindfulness, waarbij continu aandacht is voor het motiveren en het vergroten van het geloof in eigen kunnen* om zo de

	leerbaarheid te vergroten. Er wordt maatwerk geleverd door intensiviteit en inhoud van de interventie af te stemmen op de hulpvraag van de jongere.
Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek	Het bevorderen van *alcoholmatiging* om daarmee de negatieve effecten van alcoholgebruik op jonge leeftijd te verminderen. De interventie bestaat uit voorlichting, regels/regelgeving en handhaving en richt zich op plekken waar jongeren vaak komen en alcohol een rol speelt.
Als het misgaat ... bel ik jou	Een methode van *veiligheidsplanning en netwerkontwikkeling* voor kinderen van 0 tot 18 jaar die getuige zijn geweest van *huiselijk geweld*.
Armoede en gezondheid van kinderen	De *gezondheidsbedreiging van kinderen ten gevolge van armoede tegen te gaan*.
ART Aggression Replacement Training: groepstraining gericht op afname geweld bij jongeren	Een *groepstraining* die zich richt op drie factoren die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van agressie bij jongeren (van 12 tot 23 jaar). Die factoren zijn het gebrek aan *sociale vaardigheden*, tekorten in *boosheidbeheersing* en inadequaat *moreel redeneren*. ART hanteert een multimodale cognitief-gedragstherapeutische benadering.
Asja	Interventie gericht op het *voorkomen* van het in de prostitutie komen of hervallen van jonge meisjes via *loverboy-constructies*.
B-Fit	Gericht op het *voorkomen van overgewicht*
Bang zijn voor andere kinderen: sociale competentie training	De behandeling richt zich op het *aanleren van effectief sociaal gedrag, het verminderen van angst en verandering in denkwijze en denkinhouden.*
Barcode: Omgaan met alcohol en drugs in de horeca	Horecapersoneel een bijdrage laten leveren aan het voorkomen van *riskant gebruik van alcohol en drugs* door jonge uitgaanders en aan het beperken van eventuele negatieve gevolgen voor de gebruiker en diens omgeving.
Basic Trustmethode: kinderen met gedrags & hechtingsprobemen uit res zorg en hun opvoeders uit res zorg. Er wordt o.a. met videohometraining gewerkt.	Een kortdurende interventie voor *kinderen van 2-5 jaar met gedrags- en/of emotionele problemen en hun opvoeders*, waarbij tevens sprake is van problemen in de gehechtheidsrelatie.

Bedwing je dwang: cognitief gedrags-therapeutische behandeling voor het bedwingen van dwangrituelen bij jongeren	Een *individuele cognitief-gedragstherapeutische behandeling* voor kinderen en jongeren van ongeveer 8 tot ongeveer 18 jaar met een *dwangstoornis*. Bedwing je dwang is gericht op het stoppen van dwangrituelen en het veranderen van cognities door middel van blootstelling, responsepreventie en cognitieve therapie.
Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg	Een vorm van *ongevraagde zorg bij (ouders van) kinderen/jongeren van 0-19 jaar*. Deze wordt ingezet op grond van een gesignaleerde bedreiging van de gezondheid van de jongere, en waarbij doorgaans meer dan drie contacten nodig zijn om de ouders tot hulpverlening te motiveren. Het *doel is gedeelde zorg met de ouders te bereiken* (zij (h)erkennen dat er een probleem is voor de gezondheid van het kind) zonder dat gedwongen hulpverlening nodig is.
Ben ik in Beeld	Gericht op het *vergroten van de taalvaardigheid* van kinderen uit achterstandsgroepen die gebruik maken van een kinderdagverblijf.
Beter met Thuis	Een intensief programma voor gezinnen met complexe problematiek die zich uit in gedragsproblemen van de jongere (6 tot 15 jaar) en pedagogische onmacht van de ouders. Met een *combinatie van ambulante en residentiële hulp* wordt gedurende negen maanden geprobeerd de *problemen van de jongeren te verminderen, ouders en kind te ontlasten, de opvoedingscompetentie te vergroten, de communicatie te verbeteren en het sociale netwerk te benutten.*
Beter Omgaan met Pubers	Een *opvoedingscursus voor laagopgeleide ouders* van pubers in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. Doel is te *voorkomen dat problemen met de pubers escaleren en hulpverlening nodig is*.
Bewust actief leren (BAL): groepsinterventie, via ervaringsgerichte sport en speloefening	Een *groepsinterventie voor jongeren van 12 tot 18 jaar met uiteenlopende problemen in psychosociaal functioneren en sociale vaardig-heden*. BAL wil via ervaringsgerichte sport en speloefeningen het zelfbeeld, zelfvertrouwen en

	sociale competenties verbeteren.
Boekenpret	Een *leesbevorderingsprogramma* voor kinderen van 0-6 jaar. Het project streeft ernaar de leescultuur die kinderen omgeeft te bevorderen, waardoor uiteindelijk de taalontwikkeling en het leesgedrag van deze kinderen gestimuleerd wordt.
Brains 4 Use	Een *gedragsinterventie voor jongeren die zijn opgenomen in een justitiële jeugdinrichting* en heeft als doel het *verminderen van de kans op recidive door het terugdringen van drugs- en alcoholgebruik.* Daarnaast vermindert Brains 4 Use de kans op uitval uit school of werk als gevolg van middelengebruik en voorkomt het schadelijke gevolgen voor het sociaal-emotioneel welbevinden en de gezondheid van de jongeren.
Buitenprogramma Work-Wise: begeleiden jongeren voor, tijdens en na hun terugkeer uit een (justitiële)jeugdinrichting	Gericht op het *begeleiden van jongeren voor, tijdens en na hun terugkeer in de maatschappij vanuit een (justitiële) jeugdinrichting*. Het is een integraal onderdeel van het Work-Wise traject. Doel is het behouden van een passende opleiding, stage- of werkplek. Het programma richt zich ook op wonen, sociaal netwerk en vrijetijdsbesteding.
Cogmed RM	Een interventie waarbij door middel van training van het werkgeheugen *aandacht en concentratie verbeteren en hyperactiviteit en impulsiviteit verminderen.* Cogmed kan bij ADHD en bij andere (leer)stoornissen worden ingezet.
Competentietraining SO&T: groepstraining voor jongens & meisjes met sociale vaardigheidsproblemen	Een *groepstraining voor jongens en meisjes in de leeftijden van 6 tot 12 jaar met sociale vaardigheidsproblemen*. Het doel van de training is dat kinderen sociaal vaardiger worden, hun identiteit en zelfvertrouwen versterken en hun impulscontrole en zelfredzaamheid vergroten.
Cursus Evenwicht	Gericht op *kinderen tussen de 9 en 12 jaar met overgewicht of obesitas en (één van) hun ouders*.
De D(o)epressiecursus: cognitief gedrags-therapeutische groepsmatige behandeling voor adolescenten met depressieve symptomen	Een *cognitief-gedragstherapeutische, groeps-matige behandeling voor adolescenten tussen de 16 en 21 jaar met depressieve symptomen, een depressie in engere zin of een dysthyme stoornis*. D(o)epressie is gericht op het verwerven en

	versterken van vaardigheden om in het dagelijks leven beter te kunnen functioneren met zo min mogelijk depressieve klachten.
De Cannabisshow	Een *eenmalige interventie* gericht op het *verminderen van riskant blowgedrag* en het beperken van de schadelijke effecten van cannabisgebruik onder Amsterdamse jongeren (12-25 jaar) in het speciaal onderwijs.
De Gezonde Schoolkantine	Heeft als doel om leerlingen van het voortgezet onderwijs *gezonde(re) producten te laten kopen* in de schoolkantine.
Denken en voelen: gedragsmatige training voor jongeren uit (semi)residentiële voorzieningen	De training Denken en Voelen wil jongeren leren *situaties rationeler en realistischer te beoordelen zodat ze minder emotionele problemen hebben, zich effectiever gedragen en daardoor gelukkiger zijn.*
Directieve Thuisbehandeling (DT)	Een vorm *van Intensieve Pedagogische Thuishulp* met name geschikt voor gezinnen met jongeren tussen 12 en 18 jaar. Het programma richt zich enerzijds op het aanleren van *opvoedings- en onderhandelingsvaardigheden* bij de gezinsleden om het probleemgedrag van de jongere in te perken of op zijn minst hanteerbaar te maken. Tegelijkertijd richt de behandeling zich op het *verbeteren van de onderlinge communicatie* tussen de gezinsleden om het probleemoplossend vermogen te vergroten en te kunnen omgaan met het probleemgedrag.
Doe meer met Bas	Een *integraal centrumgericht programma* voor kinderen van 2,5-6 jaar dat in het kader van het voor- en vroegschoolse educatiebeleid wordt uitgevoerd. Het richt zich op de *brede ontwikkeling van kinderen met specifieke aandacht voor taal en rekenen* en is opgebouwd rondom acht thema's met spelactiviteiten voor vier tot zes weken. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van tutoring om kinderen die extra aandacht nodig hebben te ondersteunen. Het programma bevat een oudercomponent.
Drukke kinderen: ouders leren omgaan met druk gedrag van hun kinderen	Een *cursus voor ouders van kinderen van 4 tot 12 jaar die opvoedingsproblemen hebben door het*

	drukke gedrag van hun kind. Doel van de cursus is voorkomen van verergering van de problemen door de ouders inzicht te bieden in het drukke gedrag van hun kind en door hen vaardigheden te leren om ermee om te gaan.
Dutch Obesity Intervention in Teenagers (DOiT)	*Preventie van overgewic*ht door het aanzetten tot een blijvende positieve gedragsverandering gericht op gezonde voeding en voldoende bewegen.
EQUIP: groepstherapeutisch programma voor antisociale/delinquente jongeren gericht op aanleren sociale & cognitieve vaardigheden, moreel denken en verantwoordelijkheid	Een *groepstherapeutisch programma bestemd voor antisociale en/of delinquente jongeren van 12 tot 18 jaar*. Het programma is gericht op het doorbreken van het egocentrisme en op het aanleren van sociale en cognitieve vaardigheden, moreel denken en verantwoordelijkheid voor eigen handelen.
Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR): therapie voor jongeren die lijden aan trauma gerelateerde stoornissen	Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR) is een *behandelmethode* voor kinderen, jongeren en volwassenen die lijden aan *trauma gerelateerde stoornissen*, waaronder Acute Stress Stoornis of Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS).
Families First	*Intensieve crisishulp* aan gezinnen met als doel om het *gezin bij elkaar te houden en uithuisplaatsing van één of meer kinderen te voorkomen*.
Functionele Gezinstherapie Functional Family Therapy (FFT)	Functionele Gezinstherapie is bedoeld voor jongeren van 11 tot 18 jaar met gedragsproblemen (waaronder crimineel gedrag) en hun gezinnen. De therapie wil het *functioneren van de jongere en het gezin verbeteren en de kans op herhaling van crimineel gedrag verkleinen*
Gezin Centraal (GC)	*Gezin Centraal is een vraaggericht en gezinsgericht programma voor gezinnen met kinderen van 6 tot 14 jaar*. Van meet af aan is de hulp gericht op de oplossing van de problematiek door *zelfsturing of empowerment van het gezin,* waarbij een gezinsbegeleider met de cliënt de hulpvraag en einddoelen bepaalt en een daarop aansluitend hulpverleningsarrangement samenstelt. Dat kan bestaan uit een combinatie van ambulante, residentiële- en daghulpverlening.
Gezins-Cognitieve Gedragstherapie (Gezins-	*Gezins-Cognitieve Gedragstherapie is een*

CGT)	*behandeling voor angststoornissen van kinderen van 8 tot 18 jaar*. Het gezin van het kind wordt bij de behandeling betrokken. Ook worden eventuele angststoornissen van de ouders aangepakt.
Girls' Talk	*Bevordering van seksuele gezondheid van laag opgeleide adolescente meiden* (circa 14-18 jaar) met diverse etnische achtergronden. Girls' Talk is een intensieve semigestructureerde en seksespecifieke groepscounselmethodiek.
Gordon-cursus "Effectief omgaan met kinderen": preventieve oudercursus voor opvoeding kinderen	Een *preventieve oudercursus voor ouders* en opvoeders van kinderen tussen 1 en 18 jaar met als doel de benodigde, specifieke *communicatie-vaardigheden* voor de opvoeding van hun kind te verwerven.
Gripopjedip online: online groepscursus op depressieve klachten te verminderen	Een *preventieve online groepscursus in chatbox voor jongeren (16-25 jaar) met depressieve klachten.*
Groepsmediatietherapie voor ouders met kinderen met ADHD	Een *therapie voor ouders van kinderen tussen 4 en de 12 jaar met ADHD*. Het doel is om de ouders te helpen adequaat inhoud te geven aan hun ouderrol, waardoor zij de gedragsproblemen bij hun kinderen kunnen verminderen.
Haltafdoening alcohol	De interventie is gericht op het bevorderen van *alcoholmatiging* om daarmee de negatieve effecten van alcoholgebruik te verminderen.
Head Up: cognitief gedragstherapeutische groepscursus om depressieve klachten te verhelpen	Een *gestructureerde, cognitief-gedrags-therapeutische cursus in groepsverband voor jongeren van 13-17 jaar met depressieve klachten.* Het hoofddoel van Head Up is depressieve klachten bij jongeren te verhelpen of verminderen om daarmee depressie te voorkomen.
Home-Start	Een preventieprogramma. Ervaren *vrijwilligers* ondersteunen ouders met tenminste één kind van zes jaar of jonger in de thuissituatie om te *voorkomen dat alledaagse problemen uitgroeien tot ernstige en langdurige problemen*.
Homeparty	Een laagdrempelige interventie voor *moeilijk bereikbare ouders om hen te ondersteunen in de opvoeding,* met als doel bij te dragen aan het voorkomen of verminderen van middelengebruik,

	met name alcoholgebruik.
Horizonmethodiek: cognitief gedragsmatige groepsbehandeling voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt	Een *cognitief-gedragsmatige groepsbehandeling voor kinderen die seksueel misbruik* hebben meegemaakt binnen of buiten hun gezin met een parallelaanbod voor hun niet-misbruikende ouder(s).
Hulpmix.nl	Gericht op *niet-westerse migranten jongeren* van 12 tot 21 jaar met lichte *psychische en/of sociale problemen.*
Ik (r)ook niet	Beoogt het beginnen met *roken* door jongeren tegen te gaan door kinderen van groep 7 en 8 in het basisonderwijs voor te bereiden op de invloeden die op hen af zullen komen op het voortgezet onderwijs op het gebied van roken.
In Control!: gedragsinterventie ter voorkomen recidive door agressief gedrag onder controle te krijgen	Gericht op jongens van 12 tot en met 15 en 16 tot en met 21 jaar die *agressieve delicten* hebben gepleegd. De interventie wordt gegeven in de gymnastiekzaal en is gestoeld op agressieregulatie- en ontspanningstechnieken, sociale vaardigheidstraining en cognitieve gedragstherapie. *De training heeft tot doel het bereiken van een afname van recidive/het plegen van delicten.*
Instapje	Een *gezinsgericht stimuleringsprogramma*. Het heeft als doel de *onderwijskansen te vergroten* van kinderen (1-2 jaar) die in achterstands-situaties verkeren.
Intensieve Orthopedagogische Gezins-behandeling (IOG)	*Een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT), gericht op gezinnen met kinderen van elke leeftijd die meervoudige en ernstige problemen hebben en/of een langdurige hulpverlenings-geschiedenis*. Het doel is tweeledig: het kind kan in een veilig gezinsklimaat opgroeien en zich ontwikkelen en de gezinsleden hebben meer vaardigheden om gebruik te maken van hun sociale netwerk.
Intensieve Orthopedagogische Gezins-behandeling (IOG)- Erger Voorkomen	IOG-Erger Voorkomen wil jongeren (8-17 jaar) met beginnend delinquent of normoverschrijdend gedrag en met problematieken op een of meer leefgebieden *behoeden voor het ontwikkelen van een criminele loopbaan*. IOG-Erger Voorkomen

	versterkt hiervoor de opvoedingsvaardigheden bij ouders en de sociale en cognitieve vaardigheden van kinderen.
Jes! Het Zwolsche Brugproject	Een preventieve cursus voor kinderen van 8 tot 12 jaar en hun ouders, rondom de periode van *echtscheiding.*
Jeugdhulp Thuis	Een vorm van *intensieve pedagogische thuishulp* voor gezinnen met kinderen van 0 tot 18 jaar die *ernstige en complexe problemen hebben, waaronder opvoedingsproblemen*.
Jij bent belangrijk (JBB)	Jij bent belangrijk (voor de ontwikkeling van je kind) is een oudercursus voor *ouders van kinderen met het risico op een ontwikkelingsachterstand.*
JUMP-in	Gericht op een *toename van de totale dagelijkse lichamelijke activiteit* en van sportdeelname van kinderen van basisscholen in achterstandswijken
Kaleidoscoop	Een educatief programma gericht op het *vergroten van de onderwijskansen* van kinderen in achterstandssituaties.
Kanjertraining	Kanjertraining is bedoeld voor leerlingen van 4 tot 16 jaar die problemen hebben in de omgang met anderen en voor hun klasgenoten. Het doel is *sociaal vaardig gedrag stimuleren en sociale problemen zoals pesten, conflicten, uitsluiting en sociaal teruggetrokken gedrag voorkomen of verminderen.*
KIES - kinderen in echtscheidingssituaties	Een *spel- praatgroep voor kinderen van gescheiden ouders.*
KopOpOuders Online	Een *online cursus voor ouders en partners van ouders met psychische en/of verslavings-problemen met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar*. De cursus is gericht op het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van de kinderen door vergroting van de opvoedcompetentie van de ouders.
Kopstoring kinderen	*Een preventieve online cursus voor jongeren van 16-25 jaar waarvan één of beide ouders psychiatrische en/of verslavingsproblemen hebben.* De cursus wil voorkomen dat deze

	jongeren zelf psychische problemen ontwikkelen als gevolg van de situatie waarin zij opgroeien.
Kortdurende Video-Hometraining (K-VHT) in gezinnen met jonge kinderen	Een *gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar.* Het programma wil een gezonde (sociaal-emotionele) ontwikkeling van kinderen bevorderen en gedrags- en ontwikkelingsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken en de ouder-kind relatie te verbeteren.
Lang leve de liefde 3	Een lessencyclus gericht op het *bevorderen van de 'seksuele interactiecompetentie'* van meisjes en jongens, teneinde ze beter in staat te stellen hun seksuele contacten veilig, gelijkwaardig en plezierig vorm te geven.
Leefstijl	Het programma wil opbouwend gedrag en positieve sociale betrokkenheid stimuleren door het oefenen van *sociaal-emotionele vaardigheden.*
Lekker Fit!	Gericht op het stabiliseren van overgewicht en bewegingsarmoede te verminderen door het *bevorderen van gezonde voeding en beweging*.
Leren van delict: vermindering (gewelddadige) recidive door aanleren gedrags- en sociaal probleemoplossende vaardigheden	Een *cognitief-gedragsmatige training voor jongeren die een gewelddadig delict gepleegd hebben en daarvoor in een justitiële jeugdinrichting verblijven*. Het doel is vermindering op de kans van (gewelddadige) recidive. De jongere leert verhoogde risicofactoren en -situaties bij zichzelf herkennen, daarnaast richt de interventie zich op het aanleren van gedrags- en sociaal-probleemoplossende vaardigheden door middel van oefening.
Let's Talk	*In Let's Talk discussiëren jongeren (12-19 jaar), aan de hand van een dvd met 29 beeldfragmenten, over thema's als flirten/versieren, maagdelijkheid, seksuele intimidatie en wensen en grenzen*. Doel is dat de jongeren zich bewust worden van hun eigen opvattingen en attituden ten aanzien van seksualiteit, genderrollen en weerbaarheid en die

	van hun leeftijdsgenoten en dat zij foutieve of ongewenste attituden bijstellen
Levensvaardigheden: stimuleren sociale en emotionele vaardigheden leerlingen voortgezet onderwijs	Een lesprogramma voor leerlingen in het voortgezet onderwijs van 14 tot 17 jaar om hen te *ondersteunen bij het ontwikkelen en behouden van sociale en emotionele vaardigheden*.
Marietje Kessels Project	Gericht op het *vergroten van de fysieke en mentale weerbaarheid.*
Marokkaanse buurtvaders	Een methodiek gericht op het *vergroten van de veiligheid in de buurt*, waarin mannen (vaders) op straat surveilleren en jongeren aanspreken op hun gedrag.
Minder boos en opstandig	Een *behandelprogramma* voor *kinderen van 8 tot 12 jaar* met een *agressieve of opstandige gedragsstoornis, eventueel in combinatie met ADHD, en hun ouders.*
Moeders Informeren Moeders (MIM)	Een programma voor *voorlichting en opvoedingsondersteuning van moeders met een eerste kind tussen 0 en 18 maanden*. De bedoeling is het zelfvertrouwen, de zelfredzaamheid en het zelfzorgvermogen van de moeders te vergroten en hun sociale netwerk versterken.
Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)	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.
Multidimensionele Familietherapie (Multidimensional Family Therapy, MDFT)	Een *systeemtherapie aangevuld met bemoeizorg.* MDFT is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar die *overmatig drugs en/of alcohol gebruiken en daarnaast vaak gedrags- of psychische stoornissen vertonen*. Zij zijn op meerdere leefgebieden vastgelopen of dreigen daarop vast te lopen. MDFT richt zich niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en op de bredere sociale omgeving van de jongere. Het doel van MDFT is het realiseren van een verslavingsvrije leefstijl zonder delict- en ander probleemgedrag, en het verminderen van het

	risico op (strafrechtelijke) recidive.
Multisysteem Therapie (MST)	Een *intensieve, ambulante behandelingsmethode* gericht op jongeren met *ernstig antisociaal en delinquent gedrag,* die op het punt staan om uit huis geplaatst te worden. *MST richt zich op alle risicofactoren die samenhangen met dit probleemgedrag.* De interventies die binnen MST worden ingezet richten zich vooral op ouders en andere sleutelfiguren uit de omgeving van de jongere, maar meestal wordt ook gewerkt aan het vergroten van vaardigheden van de jongere zelf, het functioneren op school en de omgang met prosociale leeftijdgenoten.
Nieuwe Perspectieven	Een interventie voor *jongeren van ongeveer 12 (soms 10) tot 23 jaar die zijn vastgelopen of dreigen vast te lopen en maatschappelijke overlast veroorzaken*, hetgeen zich uit in (de neiging tot) delinquent gedrag.
Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer (NPT)	Gericht op hulp voor jongeren na vrijheidsbeneming. NPT werkt op vrijwillige of gedwongen basis met jongeren van 16 tot en met 23 jaar van wie het delict gedrag samenhangt met antisociale denkpatronen, gedragsproblemen en vaardigheidstekorten. *De terugkeer van de jongere uit een justitiële jeugdinrichting of uit een instelling voor gesloten jeugdzorg /jeugdzorgplus wordt intensief begeleid.* De interventiewerker zet *(cognitieve) gedragsinterventies* in de eigen *context van de jongere in*. De werkrelatie met de jongere is behalve intensief ook direct en doortastend. Het programma begint bij voorkeur al als de jongere nog vastzit, dit is echter niet noodzakelijk.
Nieuwe Perspectieven bij terugkeer LVB (NPT - LVB)	Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer voor jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking (NPT-LVB) *tracht recidive terug te dringen door gedurende 12 maanden de jongere en zijn netwerk intensief te begeleiden na een plaatsing omwille van delinquent gedrag.*
Op Koers	Een korte *groepsinterventie voor jongeren van 8 tot 18 jaar met een chronische ziekte*. De cursus beoogt de veerkracht van de jongeren te

	vergroten door hen betere coping vaardigheden aan te leren.
Op Tijd Voorbereid	Via een *e-learnprogramma, een aantal klassikale groepsopdrachten en een informatieavond en site voor ouders* wil het programma bereiken dat 70% van de leerlingen de intentie heeft het *alcoholgebruik* tenminste uit te stellen tot 16 jaar of nooit te gaan drinken en dat 75% van de leerlingen de intentie heeft nooit te gaan roken.
Open en Alert	Instellingen voor verslavingszorg en risicosettings werken met Open en Alert samen aan gezamenlijke uitvoering van interventies, kennisuitwisseling en *de ontwikkeling van alcohol- en drugsbeleid.* Het berust verder op deskundigheidsbevordering voor professionals die met risicojongeren werken. Tenslotte is er aandacht voor consultatie en efficiënte doorverwijzing van jongeren naar verslavingszorg.
Opstandige kinderen	Het *oudertrainingsprogramma Opstandige kinderen* wil ouders leren om competenter met het opstandige gedrag van hun kind om te gaan. Ouders leren in de training diverse principes voor het belonen en straffen van het gedrag van hun kind.
Opstap	Een *gezinsgericht stimuleringsprogramma*. Het heeft als doel de *onderwijskansen te vergroten* van kinderen (4 tot 6 jaar) die in achterstands-situaties verkeren.
Opstapje	Een *gezinsgericht stimuleringsprogramma*. Het heeft als doel de *onderwijskansen te vergroten* van kinderen (2 tot 4 jaar) die in achterstands-situaties verkeren.
Opvoeden & zo	*Oudercursus* gericht op het vergroten van de *opvoedingscompetentie van ouders* met een kind in de basisschoolleeftijd.
Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)	Een vorm van *Intensieve Pedagogische Thuishulp* voor gezinnen met opvoedingsproblemen. De *communicatie* tussen ouders en kind (van 0 tot 18 jaar) is ernstig verstoord, maar verder functioneren de gezinnen nog redelijk. OVG wil een uithuisplaatsing voorkomen of verkorten en

	de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind vergroten. Daarnaast leren de ouders *vaardigheden om de opvoeding beter aan te kunnen.*
OUDERS van tegendraadse jeugd; Opvoedworkshops Ouders Voorop!	Met de opvoedworkshops van Ouders van tegendraadse jeugd kunnen *ouders* van kinderen (8-16 jaar) met (verhoogd risico op) politiecontact vanwege licht strafbaar gedrag hun *opvoedings-vaardigheden verbeteren.*
OUDERS van tegendraadse jeugd; Oudercursus	De Oudercursus van OUDERS van tegendraadse jeugd wil *ouders* van kinderen (8-16 jaar) die door strafbaar gedrag in aanraking kunnen komen met politie en die spanning ondervinden in de *opvoedingspraktijk helpen hun opvoedings-vaardigheden te verbeteren.*
OUDERS van tegendraadse jeugd; Ouders van een jeugdgroep	*Ouders* krijgen in twee bijeenkomsten inzicht in de rol die hun kind (8 tot 16 jaar) speelt in een overlastgevende jeugdgroep en leren hoe zij het gedrag van hun kind in de groep kunnen bijsturen en in het vervolg handhaven.
OUDERS van tegendraadse jeugd; Oudertraining	De Oudertraining van OUDERS van tegendraadse jeugd wil ouders van kinderen (8-16 jaar) die met de politie in aanraking zijn gekomen vanwege strafbare feiten in circa 14 bijeenkomsten gedurende een uitgebreide training, helpen hun *opvoedingsvaardigheden te verbeteren*.
OUDERS van tegendraadse jeugd; Themabijeenkomsten	Ouders leren in twee Themabijeenkomsten hoe zij door middel van toezicht houden en disciplineren *kattenkwaad gedrag van hun kinderen (8-16 jaar) moeten sturen zodat dit niet ontaardt in overlastgevend of grensoverschrijdend gedrag.*
Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht	Het overbruggingsplan voorziet in een systematische aanpak voor JGZ-medewerkers om kinderen met *overgewicht vroegtijdig op te sporen, te adviseren en te begeleiden om verdere relatieve gewichtstoename en daarmee obesitas te voorkomen.*
Overstap	Een *preventief stimuleringsprogramma*, bedoeld om het *leesniveau* van 6- en 7-jarige kinderen in achterstandssituaties te verhogen.

Pak aan	Een *cognitief-gedragstherapeutische groeps-behandeling* voor kinderen van negen tot dertien jaar met de diagnose unipolaire *depressieve stoornis, dysthymie of met een depressieve stemming*. Het doel van Pak aan is depressieve klachten te verminderen.
Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)	Een geprotocolleerd behandelprogramma voor kinderen van 2-7 jaar met gedragsproblemen en hun ouders. Door het *vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders* beoogt de interventie de gedragsproblemen bij de kinderen en de stress bij de ouders te verminderen.
Parent Management Training Oregon (PMTO)	Een behandeling voor gezinnen met één of meer kinderen met *externaliserende gedragsproblemen, al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit.* Het doel van de behandeling is dat de kinderen beter gaan functioneren en hun gedragsproblemen verminderen doordat hun ouders meer effectieve opvoedingsstrategieën toepassen.
Peuter in Zicht!	*Cursus voor ouders* van peuters in *gewone opvoedingssituaties of met (dreigende) opvoedproblemen.*
Piramide	Gericht op *brede ontwikkelingsstimulering* van jonge kinderen met als doel dat zij met succes de basisschool kunnen volgen.
Plezier op school	Een zomercursus voor aanstaande brugklassers die op de basisschool gepest werden of andere problemen hadden in de omgang met leeftijd-genoten. *Beoogd wordt de sociale competentie van de kinderen te vergroten, zodat zij een goede start kunnen maken op het voortgezet onderwijs* en het risico op herhaling van deze omgangs-problemen verkleind wordt.
Portage	Een *thuisinterventieprogramma* met als doel de *ontwikkeling van een kind met een ontwikkelings-achterstand te stimuleren en/of gewenste gedragsveranderingen* teweeg te brengen.
Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG)	Een vorm van *Intensieve Pedagogische Thuishulp* (IPT) voor gezinnen met kinderen tussen 0 en 18 jaar. De ouders zijn vastgelopen in de opvoeding en de hulp heeft tot doel *hun opvoedkundige*

	competenties te versterken. De ouders zoeken hulp bij de opvoeding en hoe om te gaan met de handicap of het gedrag van hun kind.
Praten met kinderen	Een preventieprogramma, gericht op *ouders* van kinderen tussen 12 en 15 jaar met lichte *externaliserende gedragsproblemen die lichte opvoedingsproblemen ervaren.*
Praten op school, een kwestie van doen	Een *individuele ambulante behandeling van kinderen van 3 - 12 jaar met selectief mutisme* (consequent niet praten op school of in één of meer andere sociale situaties). Doel is durven praten op school.
PratenOnline	Doel is in een zo beperkt mogelijk aantal *chatsessies* (met steeds dezelfde hulpverlener) bij Nederlandstalige jongeren tussen de 12 en 23 jaar hun *depressieve problemen* af en hun gevoel van competentie toe te laten nemen.
Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP	Een *kortdurende interventie*, bestemd voor *gezinnen met een kind van 9 tot 14 jaar waarin een of beide ouders een psychiatrische stoornis heeft.* Doel is te voorkomen dat kinderen zelf problemen ontwikkelen. Dit wordt bereikt door het stimuleren van de communicatie binnen het gezin en het versterken van de veerkracht van de kinderen.
Pubers met ADHD Een ouder-trainingsprogramma	Een mediatietherapie voor ouders met kinderen in de puberteit met ADHD. In tien groeps-bijeenkomsten van twee uur krijgen de *ouders psycho-educatie en opvoedings- en communicatie-training met als doel het problematisch gedrag van hun kinderen te verminderen.*
RealFit	*Gericht op gewichtsstabilisatie of* –afname te bereiken bij jongeren tussen 13 en 18 jaar die een te hoge Body Mass Index hebben.
Reklame Rakkers; lespakket	Lespakket met als doel kinderen meer *weerbaar te maken tegen reclame-uitingen.*
Remweg	Een *cognitief gedragstherapeutisch programma* voor *impulsieve, drukke kinderen met aandachts-problemen (ADHD).* Het programma kan gebruikt worden als trainingsmethodiek om (professionele)

	opvoeders in acht bijeenkomsten te leren hoe zij kinderen 'stop-denk-doe-gedrag' kunnen bij-brengen. Het programma kan door professionele opvoeders ook zelfstandig gebruikt worden als behandelingsmethodiek.
ReSet	Een vorm van *intensieve thuisbegeleiding voor risicogezinnen en multiprobleemgezinnen* met kinderen in de leeftijd van 0-19 jaar. ReSet is erop gericht ouders in staat te stellen de opvoeding van hun kinderen weer zelfstandig ter hand te nemen en te voorkomen dat gezinnen een beroep moeten doen op de jeugdzorg of andere vormen van geïndiceerde hulp.
Residentieel Gedragstherapeutisch Behandelingsprogramma (RGB)	Het RGB is bestemd voor jongeren van 13 tot 17 jaar met *ernstig antisociaal gedrag die in een residentiële setting verblijven.* Hoofddoel 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. Het programma heeft daarnaast ook tot doel om hulpverleners een gemeenschappelijk kader te bieden voor de behandeling van antisociaal gedrag van jongeren.
Rookvrij opgroeien (Roken? Niet waar de kleine bij is!)	Gericht op het *verminderen van het percentage kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar dat wordt blootgesteld aan tabaksrook in de thuissituatie*.
Rots en Water (R&W)	Een programma voor jongeren van 9- tot 18 jaar, dat hen leert zich enerzijds te *verdedigen tegen verschillende vormen van geweld en anderzijds oog en gevoel te krijgen voor eigen grens-overschrijdend gedrag.* Door allerlei fysieke, mentale en sociale activiteiten worden de jongeren ervan bewustgemaakt dat zij steeds weer een keuze kunnen maken tussen een harde "rotsopstelling" of een zachte "wateropstelling" dan wel een mengeling daarvan.
Scoren voor Gezondheid	Gericht op bewust maken van en aanzetten tot een *gezonde leefstijl.*
Signalering en PReventieve INTerventie bij antisociaal gedrag (SPRINT)	Met SPRINT wordt de ontwikkeling van antisociaal gedrag van basisschoolleerlingen in groep 4 t/m 8 op school vroegtijdig gesignaleerd en via een

	ouder- en kindtraining doorbroken. *SPRINT bewerkstelligt dit door het bevorderen van vaardigheden voor competent gedrag van het kind en van de opvoed- en monitoringvaardigheden van ouders.*
Smoke Alert	Advies-op-maat voor alle jongeren tussen de 14 en 18 jaar. *Het wil voorkomen dat niet-rokende jongeren beginnen met roken én biedt hulp aan rokende jongeren om te stoppen met roken.*
Sociale vaardigheden op maat	De *Sociale Vaardigheidstraining (SoVa) op Maat is voor jongeren van 15-21 jaar die in een residentiële setting verblijven en kan ambulant worden voortgezet.* De training sluit met maatwerk aan op de specifieke problematiek/recidiverisico van de jongere en kent drie hoofdvarianten, gericht op respectievelijk sociale vaardigheden, conflict-hantering en assertiviteit.
Sporen	Een integrale pedagogische aanpak gericht op *brede ontwikkelingsstimulering* van kinderen van 0-7 jaar en op actieve participatie van hun ouders aan het educatieproces.
Stap voor Stap	Een methodisch stappenplan voor licht pedagogische hulp om *ouders met kinderen tussen de 0 en 4 jaar door middel van een probleem-oplossend gesprek te begeleiden bij opvoedings-vragen.* De methode is bedoeld voor beroeps-groepen die in hun dagelijks werk met deze ouders te maken hebben. Het doel is om de problematiek van de ouders helder te krijgen.
STEPS	Een *cognitieve gedragstherapeutische groeps-behandeling,* die wordt toegepast bij meisjes van 13 t/m 18 jaar met een *posttraumatische stressstoornis als gevolg van eenmalig seksueel geweld, zoals een aanranding of verkrachting.*
Stevig Ouderschap (OKé - Ouder- en Kindzorg extra)	*Preventieve huisbezoeken* bestemd voor gezinnen met een verhoogd risico op opvoedings-problematiek.
STOP4-7	Een interventie voor vier- tot zevenjarige kinderen met ernstige gedragsproblemen, in het bijzonder antisociaal gedrag. *De STOP4-7-interventie biedt een geïntegreerde benadering van de betreffende*

	kinderen, hun ouders en hun leerkrachten.
Titan	Een *resocialisatiebehandeling* voor jongeren tussen de 16 en 27 jaar die problemen ervaren met het vinden en of behouden van werk of opleiding. Het programma is gericht op toeleiding naar werk, opleiding of een andere zinvolle vorm van dagbesteding.
Titan Plus	Een *resocialisatiebehandeling* voor jongeren tussen de 16 en 27 jaar met een lichte verstandelijke beperking die problemen ervaren met het vinden en/of behouden van werk of opleiding. Het programma is gericht op toeleiding naar werk, opleiding of een andere zinvolle vorm van dagbesteding.
Tools4U	Een *training cognitieve en sociale vaardigheden* met als doel is om de kans op *delict herhaling te verminderen.*
Triple P	Positief Pedagogisch Programma, een van origine Australisch programma voor *opvoedings-ondersteuning aan* ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Het is een laagdrempelig en integraal programma met als doel de *preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap.*
Twaalfmin-procedure Haaglanden (STOP / Prejop)	De interventie is bedoeld voor *jongeren jonger dan twaalf jaar die voor een strafbaar feit met de politie in aanraking komen*, maar die gezien hun leeftijd niet vervolgd kunnen worden. Doel is het voorkomen van herhaling van het gedrag.
Vaardigheden Voor Ouders (VVO)	De interventie Vaardigheden Voor Ouders (VVO) wil *ouders met een kind (12 – 18 jaar) dat vanwege gedragsproblematiek is opgenomen in een residentiële setting ondersteunen bij het ver-sterken van hun opvoedingsvaardigheden*, zodat de kinderen uiteindelijk meer prosociaal en minder disruptief gedrag gaan vertonen.
Veiligheidsinformatiekaarten	Gericht op *veiligheidsbewust gedrag* met jonge kinderen.
De Versterking	Een vorm van *Intensieve Pedagogische Thuishulp*

	voor gezinnen met problemen op meerdere fronten. Het programma wil de competenties van de gezinsleden vergroten zodat ze beter functioneren op de relevante ontwikkelingstaken en de veiligheid van het kind gewaarborgd is.
VertrekTraining	VertrekTraining wil de *kans op thuisloosheid van jongeren vanaf 13 jaar na vertrek uit een opvangcentrum of internaat verminderen en al bestaande thuisloosheid bestrijden.* In een individuele training van tien weken leren de jongeren zelfstandig te wonen en een sociaal netwerk op te bouwen.
VETisnietVET	Online advies-op-maat website gericht op het *verbeteren van het voedings-, beweeg- en sedentair gedrag bij jongeren.*
VoorleesExpress	Gericht op stimuleren van *taal- en leesontwikkeling.*
Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG)	Een vorm van *gedwongen hulpverlening aan multiprobleem-gezinnen.* Het doel is een veilige opvoedingssituatie te creëren en hulpverlening in een vrijwillig kader (weer) mogelijk te maken door intensieve thuishulp door een gezinscoach, die het gezin gaandeweg leert zelf zijn leven op orde te krijgen.
Voorzorg	Een *preventieve interventie, gericht op hoogrisico-moeders,* waarmee kindermishandeling of –verwaarlozing voorkomen moet worden.
VRIENDEN	Een *individuele of groepsinterventie voor jongeren van 7 tot en met 16 jaar die last hebben van angststoornissen en depressieve klachten.* Het programma leert in tien bijeenkomsten vaardigheden en technieken aan om de angst of depressie aan te pakken. Voor de ouders zijn er vier bijeenkomsten. VRIENDEN kan ook als preventieprogramma worden gebruikt, bij-voorbeeld op school.
Washington State Aggression Replacement Training (WSART)	De Washington State Aggression Replacement Training (WSART) is *een taakstraf, die bedoeld is voor jongeren van 12 tot 18 jaar die één of meer delicten gepleegd hebben waarin agressie een rol speelt.* De intensieve groepstraining is gericht op

	het leren van sociale vaardigheden en cognitieve controle bij gevoelens van boosheid en het wijzigen van cognitieve vervormingen ('denk-fouten') en morele regels. De WSART wordt ook intramuraal uitgevoerd.
Weet & Beweeg	Gericht op de bestrijding van *overgewicht en obesitas*
Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding (WIG)	*Intensieve ambulante hulpverlening in de thuissituatie* aan gezinnen met minstens één kind onder de 12 jaar, dat verhoogd risico loopt om delinquent gedrag te ontwikkelen. Bij deze hulpverleningsmethode worden buurtnetwerken geactiveerd. De ouders krijgen weer grip op de opvoedingssituatie en het gezin wordt weer zoveel mogelijk geïntegreerd in de buurt.
YouRAction	Gericht op *gezond bewegen*
Zippy's Vrienden	Gericht op het *voorkomen van angststoornissen en depressieve stoornissen* bij kinderen. Kinderen leren copingstrategieën aan, waardoor hun sociaal-emotionele vaardigheden verbeteren. Dit gebeurt door middel van een klassikale methode, gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes.

Tabel 8

HOOFDSTUK 2 Onderzoek residentiële voorzieningen Vlaanderen

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de interviews die werden afgenomen bij 24 residentiële voorzieningen in Vlaanderen. We bespreken eerst de onderzoeksopzet om vervolgens de antwoorden te bespreken per onderdeel (basiszorg, interventies, personeel, organisatie, behoeftenonderzoek). In het derde deel bespreken we tenslotte de bevindingen van de twee focusgroepen.

A. Onderzoeksopzet

In deze paragraaf lichten we toe welke voorzieningen op basis van welke criteria deelnamen aan de interviews. We gaan in op de opbouw van de interviews, de wijze van afname en verwerking.

1. Doelgroep interviews

Dit onderzoek richt zich op residentiële voorzieningen uit de bijzondere jeugdzorg. De bijzondere jeugdzorg in Vlaanderen richt zich op kinderen en jongeren in de leeftijd van 0 tot 18 jaar en hun gezinnen.[199] Op basis van een verwijzing door het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg (CBJ) of via de Jeugdrechtbank kunnen zij begeleid worden door een voorziening uit de bijzondere jeugdzorg. Binnen de bijzondere jeugdzorg kunnen negen verschillende werkvormen worden onderscheiden, met elk hun eigen specifieke erkenningsvoorwaarden en hulpverleningsvormen.[200] Dit onderzoek richt zich meer specifiek op begeleidingstehuizen categorie 1 en 1bis en op MFC voorzieningen. De begeleidingstehuizen worden in de erkenningsvoorwaarden als volgt omschreven:

- *Begeleidingstehuizen categorie 1 begeleiden tijdelijk uitsluitend minderjarigen in residentieel verband*
- *Begeleidingstehuizen categorie 1bis begeleiden tijdelijk minderjarigen vanaf 12 jaar en hebben een opnameplicht voor minderjarigen die in een OOOC verbleven. In alle andere gevallen is er geen opnameplicht.*

Binnen de begeleidingstehuizen categorie 1 en 1bis kan een onderscheid worden gemaakt tussen reguliere begeleidingstehuizen, begeleidingstehuizen die instaan voor categoriale opvang van niet begeleide minderjarigen en begeleidingstehuizen met een MFC- en/of CANO-erkenning. MFC's zijn multifunctionele centra die verschillende vormen van hulpverlening (dagbegeleiding, residentiële opvang, individuele- en contextbegeleiding) bundelen. Binnen dit aanbod kan flexibel worden geschakeld, al naar gelang de hulpvraag (en wijzigingen binnen de hulpvraag) van de jongere en/of de context. CANO-voorzieningen vertrekken bij de vraag en het engagement van de jongere en/of hun context. CANO-voorzieningen werken met adolescenten met een complexe problematiek en hulpvraag waarbij men probeert de breuken in het netwerk van de jongere te herstellen en nieuwe uitsluiting en breuken te voorkomen.[201]

[199] Onder bepaalde voorwaarden kunnen de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg verdere hulp verlenen aan jongeren tot de leeftijd van 20 of 21 jaar.
[200] Voor meer informatie over de bijzondere jeugdzorg verwijzen we naar de website van Steunpunt Jeugdhulp: http://www.steunpuntjeugdhulp.be/?action=onderdeel&onderdeel=236&titel=Private+voorzieningen en het Agentschap Jongerenwelzijn: http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/.
[201] Voor meer informatie over CANO Vlaanderen ga naar http://www.canovlaanderen.be/.

In dit onderzoek werden de begeleidingstehuizen die instaan voor de categoriale opvang van niet-begeleide minderjarigen jongeren vanwege hun specifieke karakter buiten beschouwing gelaten.

2. Selectie voorzieningen

Er zijn in Vlaanderen 99 erkende begeleidingstehuizen. Voor deelname aan de interviews maakten we een doelgerichte selectie van 24 voorzieningen, waarmee we bijna een kwart van het totaal aantal voorzieningen bereikten. Als we hier ook de voorzieningen meerekenen die meewerkten aan de focusgroepen zijn er 37 voorzieningen bij het onderzoek betrokken geweest, wat neerkomt op ruim een derde van het totaal aantal erkende begeleidingstehuizen.

Voor de kwaliteit van dit kwalitatieve onderzoek is het absolute aantal van de gekozen voorzieningen echter niet beslissend. De kwaliteit van kwalitatief onderzoek wordt onder andere bepaald door de aard van de gekozen vertegenwoordigers (de functie die hij of zij binnen de organisatie vervult) en het betrekken van relevante aspecten die de kans vergroot dat het onderwerp van dit onderzoek vanuit alle relevante kanten is bekeken.[202] We hielden bij de selectie van voorzieningen daarom rekening met een goede spreiding over de verschillende regio's, voldoende differentiatie qua leeftijdscategorie, geslacht, (totaal)grootte van de voorziening en andere kenmerken zoals voorzieningen categorie 1 en 1bis, CANO en MFC (zie tabel 9). We merken hierbij op dat de interviews zich richtten op 'sleutelfiguren' uit de organisatie; iemand met voldoende kennis en bevoegdheid om namens de voorziening over voorgelegde thema's te kunnen spreken (directie- of stafleden). Tot slot beïnvloeden de opbouw van het interview en de vraagstelling de representativiteit van de uitkomsten. Hier staan we in de volgende paragraaf bij stil.

De geselecteerde voorzieningen ontvingen per mail een uitnodiging met daarin een toelichting over het onderzoek en de interviews. Opvallend is de grote bereidheid tot medewerking aan het interview. Slecht één voorziening bleek niet te willen meewerken. Voor deze voorziening werd op basis van de selectiecriteria een vervangende voorziening gezocht. In onderstaande tabel staan de geanonimiseerde kenmerken van de deelnemende voorzieningen.

[202] P.L.B.J. Lucassen, T.C. Oldelartman*, Kwalitatief onderzoek: praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2007, p.20.

Leeftijd	Aantal (n=24)
0-18	10
3-18	3
12-18	7
14-18	4
Geslacht	**Aantal**
J & M	16
J	3
M	5
Grootte	**Aantal**
< 15	5
15 - 30	8
30 - 50	4
50 - 100	5
> 100	2
Spreiding	**Aantal**
Brussel HG	1
Antwerpen	5
Limburg	5
Oost-Vlaanderen	4
Vlaams-Brabant	4
West-Vlaanderen	5
Categorie 1Bis	**Aantal**
	16
MFC/CANO	**Aantal**
MFC	3
MFC & CANO	2
CANO	3

Tabel 9

3. Opbouw interview

Op basis van de (inter)nationale literatuur en overzichtsstudies destilleerden we werkzame factoren en kwaliteitscriteria voor de residentiële jeugdzorg. Deze werkzame factoren en kwaliteitscriteria vormen de basis voor de interviewvragen. Daarnaast zochten we naar manieren om deze vragen in te delen. Grote inspiratiebron werd het document 'Wat werkt in de residentiële jeugdzorg? - werkbladen'. Het NJI ontwikkelde deze werkbladen op basis van onderzoek van Boendermaker e.a. uit 2010 naar werkzame factoren in de residentiële jeugdzorg. Deze werkbladen kunnen door voorzieningen gebruikt worden om te onderzoeken in hoeverre de werkzame factoren een rol spelen binnen de organisatie om zo na te gaan in hoeverre er evidence based gewerkt wordt.[203]

In de werkbladen wordt uitgegaan van een indeling van werkzame factoren op vier niveaus. Wij hielden deze indeling bij de opzet van de interviewleidraad ook aan en vulden deze aan met een vijfde onderdeel bestaande uit het behoeftenonderzoek. De vragen van de interviews zijn hiermee opgedeeld in de volgende vijf niveaus:

1. *Basiszorg: verzorging, opvoeding, fysieke omgeving*
2. *Interventies*
3. *Personeel*
4. *Organisatie*
5. *Behoeftenonderzoek*

[203] K. Van Rooijen-Mutsaers e.a., *Wat werkt in de residentiële jeugdzorg? Werkbladen*. Utrecht: NJI 2011, p.1.

De onderwerpen en te stellen vragen werden vooraf bepaald. De vragen zijn zo open mogelijk geformuleerd met de bedoeling een beeld te krijgen hoe voorzieningen concreet te werk gaan. Daarnaast is bij de meeste vragen uit de onderdelen 1, 3 en 4 gevraagd om een score te geven op een schaal van 0-5 (0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk). Door deze becijfering kan worden getoetst of de in de literatuur onderscheiden werkzame factoren en kwaliteitscriteria (waar de vragen op zijn gericht) ook in Vlaamse residentiële voorzieningen van belang worden geacht. We kozen er tenslotte voor om flexibel te kunnen afwijken van de formulering en volgorde van opgestelde vragen om op deze manier zoveel mogelijk informatie en reacties vanuit voorzieningen naar boven te kunnen krijgen. De interviews zijn hiermee semi-gestructureerd van aard.

De volledige interviewleidraad is terug te vinden in Bijlage 1.

4. Verwerking

Gezien het vrij beperkte tijdsbestek waarin de interviews gehouden moesten worden is er voor gekozen de interviews af te nemen via Skype, een online belprogramma.[204] Ter voorbereiding ontvingen de deelnemers de vragen uit het interview met de instructie om deze vragen, waar mogelijk samen met collega's, voor te bereiden. De duur van de gesprekken werd op voorhand geschat op 1,5 á 2 uur. Dit bleek in de praktijk bij veel gesprekken te krap, daarom is er vaak nog een vervolgafspraak gemaakt waarmee de interviews meer tijd in beslag namen dan op voorhand was geschat.

De gesprekken zijn opgenomen om vervolgens getranscribeerd en gecodeerd te worden. De codering van de interviews bleek een voortdurend proces van lezen, herlezen, organiseren en reflecteren. Een zoektocht naar inhoudelijk relevante thema's, structuren, patronen en concepten in de antwoorden.[205] We hebben gekozen voor het proces van 'open codering' waarbij we de stappen die Migchelbrink in zijn boek 'praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn' onderscheidt, hebben gevolgd. De interviews zijn in groepjes van 3-4 gecodeerd en ingedeeld in thema's, resulterend in een overkoepelende themalijst.[206] Er werd na codering van een groep interviews bekeken of de thema's aangevuld, herzien, herordend of samengevoegd moesten worden.[207]

[204] Eén gesprek vond bij wijze van experiment in een groepsgesprek, face to face plaats. Via skype verliepen de gesprekken echter gestructureerder en konden er makkelijker aantekeningen worden gemaakt, waardoor de voorkeur naar deze manier van werken uitging.
[205] Zie F. Migchelbrink, *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn.* Amsterdam: Uitgeverij SWP 2009, p.115.
[206] Migchelbrink 2009, p.115 (zie noot 205).
[207] Dit proces wordt ook wel als een hermeneutische, interpretatieve benadering omschreven.

B. Resultaten interviews

Voorafgaand aan de bespreking van de resultaten geven we nog enkele algemene opmerkingen over de weergave van de resultaten.

Gezien het semi-gestructureerde karakter van de interviews en de open vragen die we stelden zijn de antwoorden vaak divers en uiteenlopend. Voor een goed algemeen overzicht geven we de antwoorden daarom weer in tabellen. In deze tabellen staat per antwoordcategorie aangegeven door hoeveel voorzieningen op dit onderwerp is ingegaan. Om de overzichtelijkheid van de tabellen te bevorderen, hebben we waar relevant de antwoordcategorieën opgesplitst in praktijkgerichte en beleidsgerichte antwoorden. We benadrukken dat de getallen in de tabellen geen representatief of algemeen beeld geven, gezien het kwalitatieve karakter van dit onderzoek. Het vernoemen van een categorie door een voorziening geeft enkel een beperkte indicatie van het belang ervan voor de voorziening, daarnaast kan het mogelijk zijn dat voorzieningen bepaalde categorieën uit zichzelf niet hebben vernoemd die wel degelijk een rol spelen. Nader onderzoek zou hier meer uitsluitsel over moeten geven.

De interviews leveren zeer uitgebreide informatie op. Per antwoordcategorie kunnen door voorzieningen uiteraard verschillende nuances en accenten zijn gelegd. Daarnaast is het mogelijk dat er binnen een aantal antwoordcategorieën zowel bevestigende als ontkennende antwoorden zijn ingedeeld. Om de antwoorden en nuanceverschillen te verduidelijken, bespreken we bij iedere tabel de antwoordcategorieën die door de meeste (of door opvallend weinig) voorzieningen zijn genoemd en illustreren deze met citaten. Als er duidelijke tegenstellingen of opvallende nuanceverschillen zijn, wordt dit in de beschrijving mee opgenomen.

Bij iedere vraag is tenslotte getoetst hoe belangrijk voorzieningen het werkzame aspect vinden dat in de vraag centraal staat, door hen een cijfer te laten geven op een schaal van 0-5 (0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk). We kunnen hier alvast vermelden dat er geen noemenswaardig verschil zit in deze scores (voor alle vragen, behalve één, was de mediaan 5) en dat de residentiële voorzieningen alle aangehaalde domeinen even belangrijk lijken te vinden.

1. Basiszorg: verzorging, opvoeding, fysieke omgeving

<u>Vraag 1: is er aandacht voor de normale ontwikkeling van de jongere?</u>

Onder normale ontwikkeling verstaan we dat de jongere niet belemmerd wordt in een gezonde, evenwichtige uitgroei tot volwassenheid.[208] Uit de literatuur blijkt meer specifiek dat de normale ontwikkeling van een jongere zich richt op aspecten als gezondheid, onderwijs, werk, sociaal netwerk en vrijetijdsbesteding. Deze aspecten worden door voorzieningen bij beantwoording van deze en de volgende vraag als belangrijke onderdelen van normaliteit benoemd en toegelicht.

Alle voorzieningen geven aan dat het *behoud van context* (ouders, familie, vrienden) en *netwerkontwikkeling* een centrale rol spelen in deze normale ontwikkeling. Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat het betrekken en/of werken met de ouders/context een essentiële specifiek werkzame factor is voor de residentiële jeugdzorg.

[208] Wij merken op dat 'normaal' uiteraard een normatief begrip is. We bedoelen hier het aanbieden van een zo normaal mogelijk dagelijks leven met aandacht voor de bijzondere situatie van het 'geplaatst zijn'. Zie in dit kader Van Yperen e.a.2010, p.7 (zie noot 13).

Het behouden en betrekken van de context in het leven van de jongere komt volgens voorzieningen onder andere tot uiting door in gesprek te gaan met de ouders en hen zoveel mogelijk in het leven van de jongere te betrekken. Opvallend is dat een paar kleinere voorzieningen eerder gezinsvervangend georiënteerd zijn. Deze voorzieningen zien de leefgroepwerking als een kans om in een normale situatie op te groeien.

"Sowieso heeft de residentiële hulpverlening altijd een bevreemdend effect naar de oorspronkelijke opvoedingssituatie waaruit de jongere komt. We proberen toch altijd te zien welke elementen uit het contextgebeuren we kunnen integreren in het kader hier."

"We streven naar kwaliteit van leven. Dat jongeren hier gewoon kunnen zijn. Want een aantal jongeren hebben nauwelijks nog een context. Zij binden zich hier en gaan hier ook groot worden. Die gezinsvervangende situatie willen we houden naar de toekomst toe."

De jongeren worden gestimuleerd om te gaan met vrienden (van buiten de voorziening) en waar nodig ook hun *sociale netwerk* verder uit te breiden. Dit wordt met name gestimuleerd door jongeren in vrije uren met vrienden te laten afspreken, uitgaan en deel te laten nemen aan verjaardagsfeestjes en andere activiteiten zoals vakantiekampen. Hobby's (deelname aan verenigingsleven, jeugdbeweging, sportclubs) buiten de voorziening worden als instrument gebruikt om het sociale netwerk van de jongere te vergroten.

Er worden in dit kader ook een aantal *knelpunten* genoemd. Zo blijkt het vanwege praktische en budgettaire redenen niet altijd evident om jongeren te laten deelnemen aan bepaalde activiteiten. Daarnaast houden niet alle jongeren zich, vanwege hun problematiek, staande in het reguliere vrijetijdsaanbod.

"We hebben ook kinderen die op overnachting gaan. Vriendjes die op bezoek komen, sport, jeugdbeweging, vakantiekampen, overnachtingskampen, onthaalgezinnen enz."

"Voor de rest denk ik dat jongeren uitgaan, dat is perfect bespreekbaar. Dat is op maat. Dat is altijd onderhandelen en zoeken en dan zitten ze in het normale."

"Moeilijk om jongeren te laten deelnemen aan regulier vrijetijdssysteem omwille van budget en omdat ze het moeilijk volhouden."

"Knelpunt is vervoer, het is niet altijd mogelijk om te halen en te brengen."

Naast een zinvolle vrijetijdsbesteding dienen de jongeren, net als in een 'traditioneel' gezin, naar *school te gaan en/of te werken*. Ook hier komt het belang van de context weer naar voren. Ouders worden zoveel mogelijk bij de daginvulling van hun kind betrokken. Voor een aantal voorzieningen geldt als belangrijkste knelpunt dat het niet altijd evident is om een goede daginvulling te realiseren gezien de achtergrond en problematiek van de jongeren.

"Alle jongeren hier hebben een dagbesteding; school, werk of een project. Als ze geschorst zijn van school zoeken we zelf naar een passend project. We hebben verschillende samenwerkingsverbanden in het kader van dagbesteding."

"Er is een sterke motivatie om de jongere te ondersteunen om naar school te gaan. Dit is één van de hefbomen om uit een negatieve spiraal te raken."

Is er aandacht voor de normale ontwikkeling van de jongere?	Aantal voorzieningen (n=24)
PRAKTIJK	
Context / behoud van context / sociaal netwerk / netwerkopbouw	24
(Gestructureerde) vrijetijdsbesteding	23
Daginvulling / dagbesteding	19
Multimedia / sociale media / online toepassingen hulpverlenend handelen	18
Gsm / tv	10
Vakantie / kampen	9
Uitgaan	6
Budget	5
Belonen	4
Differentiatie in ontwikkeling / op maat	4
Individuele Begeleiding (IB)	4
Vakantie- en weekendwerk	4
Gezinsvervangend	3
Kamermoment / studie-uur	3
Eigen kamer	2
Rust en privacy (zie vraag 5)	2
Steungezinnen	2
Formuleren van doelstellingen	1
BELEID	
Vrijwilligers in de voorziening	2
Zowel mannelijk als vrouwelijk rolmodel	1
Flexibele norm	1

Tabel 10

<u>Vraag 2: is er aandacht voor de (fysieke) gezondheid van de jongere? Zo ja: hoe? Bijvoorbeeld middelengebruik, gezondheidszorg, gezonde voeding, beweging, seks…</u>

De gezondheid van de jongere wordt in de literatuur als een bijna evident onderdeel gezien van de normale ontwikkeling van de jongere en inhoudelijk verder niet concreet toegelicht. Uit de interviews blijkt dat gezondheid een aspect is waaraan voorzieningen veel aandacht besteden en op diverse manieren een invulling aan geven. De resultaten uit de interviews bieden een interessante toelichting op hoe er in de residentiële praktijk met de gezondheid van de jongeren wordt omgegaan.

Gezonde voeding en koken is een hot item en neemt een prominente plaats in wanneer het gaat over gezondheid. Bijna alle voorzieningen zijn hier mee bezig. Een gezond voedingspatroon met gezonde tussendoortjes wordt door veel voorzieningen nagestreefd, mede om zwaarlijvigheid te voorkomen. Vaak wordt rekening gehouden met de voorkeuren van de jongeren en mogen jongeren meedenken over het menu (participatie). Dit moet echter wel hoofdzakelijk gezond zijn. Met de jongeren die in kamertraining of Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW) zitten, wordt regelmatig samen boodschappen gedaan en gekookt om bewustzijn over gezonde voeding bij te brengen. Voorzieningen geven tot slot aan dat gezonde voeding een belangrijk (beleids)thema is en regelmatig via vergaderingen, werkgroepen en studiedagen onder de aandacht wordt gebracht.

Naast gezonde voeding stimuleren voorzieningen *sport en beweging*. Sommige voorzieningen gaan hier vrij ver in en creëren een (al dan niet verplicht) vast sportmoment. Andere voorzieningen gaan minder ver, maar benadrukken wel het belang van het deelnemen aan een sport. Veel voorzieningen stimuleren de jongeren om deel te nemen aan een sport buiten de voorziening, wat ook samenhangt met het ontwikkelen van een sociaal netwerk buiten de voorziening. Het motiveren van jongeren blijkt niet altijd evident en wordt in dit kader als knelpunt naar voren gebracht.

"We stimuleren door samen boodschappen te doen met de jongeren in kamertraining en een gezamenlijke kookavond voor jongeren die in BZW zitten."

"Er zijn richtlijnen over gevarieerde en gezonde voeding We hebben ook een werkgroep gehad rond voedselhygiëne. Iedere leefgroep stelt het menu op met inspraak van de jongeren."

"We hebben geen specifiek bewegingsprogramma. Geen vaststaande sportmomenten. Sport wordt wel gestimuleerd."

Veel voorzieningen voelen een grote verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de jongeren en besteden hier structureel aandacht aan in de (individuele) begeleiding van de jongeren. *Samenwerking met externe (al dan niet medische) hulpverlening* wordt in dit kader door veel voorzieningen als een belangrijk aspect naar voren gebracht. We merken in dit kader op dat samenwerking in de literatuur als een kwaliteitscriterium voor residentiële jeugdzorg wordt omschreven. Het is in het belang van de jongere om een beroep te doen op de expertise van andere organisaties, hulpverlening staat immers zelden 'op zichzelf'.

Vooral op het vlak van seksualiteit en drugs, twee thema's die voorzieningen van groot belang vinden voor de gezondheid van de jongeren, wordt voor voorlichting en vorming van zowel jongeren, als hulpverleners vaak samengewerkt met externe organisaties als Sensoa, het Jongeren Advies Centrum (JAC) en het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK). Daarnaast hebben veel voorzieningen een vaste huisarts, die de jongere bijvoorbeeld onderzoekt bij intake in een voorziening.[209] Naast huisartsen geven voorzieningen aan dat jongeren naar (medisch) specialisten kunnen gaan zoals een tandarts of een psychiater. Een beroep op psychiatrische hulp blijkt niet altijd evident. Als *knelpunten* voor de psychiatrie worden wachtlijsten en budgettaire redenen naar voren gebracht.

"We hanteren de regel dat dit niet onze kinderen zijn en hebben daarom een zeer grote verantwoordelijkheid. We nemen geen risico's. De huisarts komt misschien frequenter langs."

"Onze voorziening heeft een eigen huisarts, maar we stimuleren dat de jongeren naar de eigen huisarts gaat."

"We hebben ook voor alle begeleiders opleiding vanuit SENSOA, o.a. met het vlaggensysteem."

De aandacht voor thema's als gezonde voeding, seksualiteit en drugs/medicatie vertaalt zich niet steeds in een *gezondheidsbeleid*. Slecht 9 van de 24 voorzieningen geven expliciet aan hierrond een beleid te hebben. De meeste voorzieningen werken met ad hoc projecten of werkgroepen. Ons vermoeden dat grote voorzieningen (capaciteit >50) hierin 'beter' zouden doen, blijkt niet te kloppen. Een duidelijk uitgewerkt gezondheidsbeleid als onderdeel van een brede visie wordt in de literatuur als een algemeen werkzame factor omschreven. Het al dan niet aanwezig zijn van beleid is van invloed op de wijze van hulpverlening en de manier waarop bij jongeren veranderingen teweeg worden gebracht. Op basis van de interviews lijkt dit voor vrij veel residentiële voorzieningen een aandachtspunt te zijn.

[209] Een vaste huisarts wil overigens niet zeggen dat jongeren verplicht zijn hier naar toe te gaan, vaak worden zij gestimuleerd hun eigen huisarts te kiezen.

Is er aandacht voor de (fysieke) gezondheid van de jongere?	Aantal voorzieningen (n=24)
PRAKTIJK	
Gezonde voeding / koken	23
Seksualiteit / seksuele voorlichting	21
Huisdokter / specialisten / tandarts / paramedici	15
Sport/ beweging	14
Externe hulpverlening (exclusief dokters, medici,…) / partners (samenwerkingen) / verenigingen	13
Drugs(beleid)	13
Inspraak en participatie	7
Psychische gezondheid	7
Medicatie	6
Roken	5
Hygiëne	5
Context(begeleiding)	3
Belang van gezondheid	3
Zwaarlijvigheid	2
BELEID	
Proces / beleid	4
Bijzondere kosten / enveloppe systeem	2
Verpleegster intern	1

Tabel 11

<u>Vraag 3: is er aandacht voor de individuele noden en identiteitsontwikkeling van de jongere? Zo ja: hoe? Hoe creëer je met andere woorden ruimte om individueel bezig te zijn met de jongere, naast het groepsgebeuren (naast de jongere als lid van de leefgroep).</u>

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er bij individuele aandacht voor de jongere gedacht kan worden aan aandacht voor de jongere als individu, in plaats van als groepslid. Dit kan door goed te luisteren naar de jongere, blijk van betrokkenheid en kans tot inspraak.

Hoewel goed luisteren niet specifiek door voorzieningen is benoemd, lijkt dit aspect in Vlaamse voorzieningen door de individuele begeleider op te worden genomen. Alle voorzieningen doen aan *individuele begeleiding*, bij de meeste in de vorm van een aparte individuele begeleider (IB). De grote meerderheid van de voorzieningen kiest voor het systeem waar IB en contextbegeleider twee verschillende personen zijn die met elkaar samenwerken. Individuele aandacht geven is echter niet alleen een taak van de individuele begeleider. Er wordt regelmatig aangehaald dat individueel werken een taak is van alle begeleiders en niet beperkt mag blijven tot 'de IB-momentjes'.

"De basis van het werk is het individuele werk. De leefgroep is nu eenmaal de setting waarbinnen de gasten opgroeien. Maar dat is niet het hoofddoel van het werk."

Uit de interviews blijkt dat *het betrekken van de jongere/context* bij de opmaak van het *handelingsplan* een tweede belangrijke invulling is van geïndividualiseerd werken. In het handelingsplan worden door de hulpverlener en de jongere gezamenlijk doelstellingen opgesteld, afgestemd op de vraag en situatie van de jongere. Ook uit het literatuuronderzoek blijkt dat dit een belangrijk aspect is van individueel werken, participatie van de jongeren wordt hiermee gestimuleerd.

"Elke jongere heeft een individueel handelingsplan met persoonlijke doelstellingen en een individuele begeleider (IB) die hem opvolgt en coacht. Eén keer per week zijn er IB- gesprekken, daar komen de individuele noden aan bod."

Vier voorzieningen benoemen ook de *kleine leefgroep* (van 4 tot 8 jongeren) als hulpmiddel om meer geïndividualiseerd te werken. Bij vraag 5 gaan we hier verder op in.[210]

Het in de literatuur aangehaalde belang van goed luisteren, betrokkenheid en participatie wordt door een tiental voorzieningen ook ingevuld door *gedifferentieerd en vraaggericht* te werken. Daarnaast wordt *participatie en inspraak* door acht voorzieningen naar voren gebracht.

Als *knelpunt* komt tenslotte naar voren dat het niet altijd eenvoudig is om steeds de nodige tijd vrij te maken voor individuele begeleiding van de jongere. Daarnaast merken voorzieningen op dat zij, gezien de ernst van de problematiek (vaak psychiatrisch), niet altijd kunnen bieden wat de jongere nodig heeft.

"De kinderen die nood hebben aan een gesprek, dat raakt soms op de achtergrond. Vooral in de avond gaat er veel tijd naar de zorg voor peutertjes en kleutertjes".

Is er aandacht voor de individuele noden en identiteitsontwikkeling van de jongere?	**Aantal voorzieningen (n=24)**
PRAKTIJK	
Individueel werken / IB	24
Contextgericht	11
Doelstellingen / handelingsplan	10
Differentiatie in aanpak / vraaggericht werken	10
Participatie / inspraak / keuze van hulpverlener / keuzevrijheid	8
Kleine leefgroep	4
Opvolging school	3
Kamermoment	3
Vertrouwensband	2
Fasesysteem/ kleurengordel	2
Bewonersvergadering	1
Multiculturaliteit	1
BELEID	
Vrijwilligers	1
Flexibele norm	1
Psycholoog	1

Tabel 12

<u>Vraag 4: hoe werken jullie aan een goede relatie tussen hulpverlener en cliënt? Hoe creëer je een goede relatie, wat is hierbij belangrijk?</u>

De antwoorden op deze vragen lopen vrij uiteen en blijven vrij algemeen. Het moet *'klikken'*, dat lijkt de toverformule. In de eerste plaats door een open en authentieke begeleidershouding aan te nemen, echtheid en betrouwbaarheid uit te stralen en rekening te houden met wat de jongere

[210] Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat kleinere groepen de voorkeur hebben aangezien in grote leefgroepen de individuele aandacht in het gedrang kan komen en het moelijker is om structuur en regels te handhaven.

(aan)kan en wil. Bij veel jongeren in de residentiële jeugdzorg ontbreekt een basis van veiligheid en vertrouwen, waardoor hechting moeilijk is. Veiligheid en vertrouwen worden zowel in de literatuur als door voorzieningen als belangrijke randvoorwaarden gezien voor een goede relatie tussen hulpverlener en cliënt. Dit geldt niet alleen voor de jongeren, maar ook voor de begeleiders

Het opbouwen van een hechtingsrelatie is een essentiële werkzame factor, maar in de praktijk niet altijd eenvoudig om te bewerkstelligen. Veel voorzieningen stellen vast dat de hiervoor genoemde aspecten belangrijk zijn, maar het blijkt niet evident er de vinger op te leggen hoe ze dit concreet doen. *Selectie, ondersteuning en vorming van de begeleiders* wordt in dit kader naar voren gebracht. Hulpverleners dienen niet alleen over het juiste diploma te beschikken, maar ook een juiste houding te hebben. Hun persoonlijkheid is belangrijk. Daarnaast is het van belang om het personeel te ondersteunen bij aspecten waar verbetering mogelijk is.

Tot slot is *participatief werken* volgens de voorzieningen een voorwaarde voor een goede hulpverleningsrelatie. Dit uit zich onder meer in het feit dat de jongere kan 'kiezen' welke IB hij of zij krijgt (Decreet Rechtspositie Minderjarigen (DRPM)).

"Het contact en vertrouwen is heel belangrijk. Het is vandaar uit dat wij heel veel tijd en ruimte nemen voor coaching en ondersteuning."

"We vinden het belangrijk dat iemand niet alleen de juiste opleiding heeft, maar ook de juiste basisattitude en houding om in een reële relatie te stappen en zeer echt en authentiek kan vertalen."

Hoe werken jullie aan een goede relatie tussen hulpverlener en cliënt? Hoe creëer je een goede relatie, wat is hierbij belangrijk?	**Aantal voorzieningen (n=16)[211]**
PRAKTIJK	
Betrouwbaarheid / vertrouwen / woord houden	8
Authentiek / echtheid	6
Participatief werken	5
Tempo van de cliënt	5
Basishouding hulpverlener	3
Actief luisteren	3
Engagement en inzet	3
Samen activiteiten doen	2
Belang hulpverleningsrelatie / werkzaamheid	2
Gezinsvervangend werken	1
Afstand / nabijheid	1
Vrijwillig versus gedwongen hulpverlening	1
Tevredenheidsmeting	1
BELEID	
Personeelsbeleid / Vorming Training en Opleiding (VTO)	4
Kleinschaligheid	1

Tabel 13

[211] Deze vraag is, na evaluatie van de eerste interviews toegevoegd aan de interviews waardoor niet alle voorzieningen deze vraag hebben kunnen beantwoorden.

Vraag 5: is er aandacht voor de privacy van de jongere? Zo ja: hoe? Ter verduidelijking: bijv. een eigen kamer, kleine leefgroepen, persoonlijke ruimtes, omgeving waar de jongere zich thuis voelt…

Privacy wordt in de eerste plaats ingevuld door het hebben van een *'eigen kamer'* (23 van de 24 voorziening geven aan dit al gerealiseerd te hebben of hiernaar te streven). Vaak heeft de jongere ook een eigen sleutel en gebeuren de kamercontroles uitsluitend in het bijzijn van de jongere. In het literatuuronderzoek worden voldoende ruimte en het hebben van een eigen kamer als kwaliteitscriteria voor residentiële jeugdzorg omschreven.

Daarnaast wordt *leefgroepgrootte* gezien als belangrijke factor bij het creëren van rust en privacy. Uit de literatuur komen aanwijzingen naar voren dat het werken in kleine units als een kwaliteitscriterium wordt omschreven. Omwille van infrastructuur en beperkte middelen is het echter niet altijd mogelijk om in kleine groepen te werken. Een aantal voorzieningen geven aan dat dit ook uit hun tevredenheidsmetingen als knelpunt naar voren komt. Noodgedwongen zoeken deze voorzieningen vaak naar creatieve oplossingen om aparte ruimtes te creëren en de groepen zo op te splitsen.

"De time-out ruimte (om ze tot rust te laten komen), is ook de bezoekersruimte. Dit leidt tot hilarische situaties waarbij er moet worden uitgeweken naar de keuken."

Uit verschillende antwoorden leiden we af dat 5 à 7 jongeren een ideale leefgroep zou zijn.[212] In een aantal voorzieningen biedt kamertraining en BZW een oplossing voor te grote leefgroepen. De flexibele norm wordt opvallend weinig genoemd.

"We hebben kleine leefgroepen. Dit wil zeggen maximaal 10, maar vaak 6 of 7 jongeren die effectief aanwezig zijn."

Onder *leefklimaat en rust* worden zowel zaken als inrichting, sfeer in de groep en houding van de begeleiders genoemd. Soms zijn er ook afspraken rond bijvoorbeeld een verplicht kameruurtje. Uit ons literatuuronderzoek komen aanwijzingen naar voren dat de fysieke leefomgeving en inrichting van invloed zijn op de sfeer in de groep, het gedrag en de normale ontwikkeling van de jongeren

"De rust en privacy zijn ingebed in de zorg voor het leefklimaat. Dagstructuur, situatie en regelhantering. Rust uitstralen door de begeleiders."

[212] Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat de grootte van een leefgroep van invloed is op de uitkomsten van de residentiële hulpverlening, maar dat het huidige beschikbare onderzoek nog geen uitsluitsel biedt over wat een geschikte leefgroepgrootte is.

Is er aandacht voor de privacy van de jongere? Zo ja: hoe?	Aantal voorzieningen (n=24)
PRAKTIJK	
Eigen kamer / kamercontroles	24
Leefklimaat	11
Rust	9
Kamersleutel / deursluitsysteem	7
DRPM: Recht op gezinsleven / recht op privacy / dossier	4
Time-out ruimte	2
Individuele trajecten	2
Tevredenheidsmeting	2
BELEID	
Bezetting / leefgroepgrootte	18
Infrastructuur (verschillende ruimtes, knelpunten)	12

Tabel 14

Vraag 6: is er aandacht voor een veilige leefomgeving? Zo ja: hoe? Bijv. het tegengaan van pesten, onderling verbaal en fysiek geweld.

Voor het creëren en handhaven van een veilige leefomgeving wordt in de eerste plaats gedacht aan *groepsgesprekken*, deels preventief, deels om klachten aan te pakken. Dit wordt aangevuld met projecten of specifieke methodieken (zoals een sfeerthermometer, koele kikker, Rots en Water). Uit het literatuuronderzoek blijkt dat jongeren binnen de groep probleemgedrag zoals pesten, intimideren en bedreigen snel van elkaar over kunnen nemen (deviantietraining). Dit hoeft echter niet het geval te zijn, met name wanneer wordt ingezet op probleemoplossende vaardigheden. In Vlaamse voorzieningen lijkt er vaak sprake te zijn van een goede combinatie. Enerzijds worden de risico's van deviantietraining met groepsgesprekken en specifieke methodieken (zoals de sfeerthermometer) opgevangen. Anderzijds wordt positief gedrag gestimuleerd door specifieke trainingen als Rots en Water.

Naast het reageren op ongewenst (regelovertredend/agressief) gedrag door middel van (alternatieve) sancties en time-out is het *herstelgericht werken* vrij sterk uitgebouwd. Ook hier valt overeenkomst met de literatuur op. Hoewel duidelijke regels nodig zijn, blijkt uit onderzoek dat er een goede balans tussen flexibiliteit en controle dient te zijn. In Vlaamse voorzieningen lijkt deze balans aanwezig doordat niet alleen ingezet wordt op sanctionering, maar ook op alternatieve sancties, time-out en herstel.

Het belang van herstel wordt door elf voorzieningen genoemd. Met welke specifieke herstelgerichte interventies er gewerkt wordt komt uit deze vraag niet naar voren en volgt ook niet uit de beschrijving van interventies uit onderdeel twee van het interview. De interpretatie en uitwerking van herstel door voorzieningen kan hiermee sterk uiteen lopen.

"Dit (groepsgesprekken) is een deel van mediërend werken; verhaal kwijt kunnen (afkoelen), argumenteren en er ook iets mee kunnen doen. Groepsgesprekken zijn niet puur gericht op gedragsregulatie, maar wel op veiligheid."

"Ook werken we met een 'sfeerthermometer' waar jongeren wekelijks kunnen aangeven hoe ze de sfeer ervaren binnen de leefgroep."

"Soms wordt samengewerkt met LIGAND met oog op een herstelgesprek. Vooraf is er een assessment met alle begeleiders en de jongeren."

Wat beleid betreft wordt *opleiding van het personeel* benadrukt. Ook uit de literatuur blijkt dat dit een belangrijk element is voor het creëren van een veilig pedagogisch klimaat en professionaliteit van de voorziening. Hierbij kan gedacht worden aan vormingen over het voorkomen van- en omgaan met agressie (bijvoorbeeld door Icoba). Meer specifiek geven sommige voorzieningen aan dat medewerkers een opleiding Life Space Crisis Intervention (LSCI) of herstelgericht werken hebben gevolgd.

"Er zijn ook vormingen georganiseerd voor het team over omgang met agressie en conflicten. We nodigen dan een lesgever uit. Dit gaat over het vermijden van agressie. Deze vormingen zijn permanent."

We merken ter afsluiting op dat slechts negen voorzieningen bij deze vraag zijn ingegaan op de aanwezigheid van een *agressiebeleid*, *procedures of regels*. Hoewel het niet zo hoeft te zijn dat voorzieningen die dit niet hebben genoemd geen beleid of procedure hebben, is het toch opvallend dat dit niet vaker aan bod is gekomen. Zoals eerder aangehaald in dit hoofdstuk weten we dat dit van invloed kan zijn op de resultaten van de hulpverlening.

Is er aandacht voor een veilige leefomgeving? Zo ja: hoe?	**Aantal voorzieningen (n=24)**
PRAKTIJK	
Groepsgesprekken	15
Sanctioneren / alternatieve sancties / time-out	14
Bemiddeling / herstelgericht	11
Agressiebeleid / regels en grenzen	10
Pesten	10
Preventief	8
Groepsgerichte methodieken	6
Afspraken bij intake / huisreglement	5
Communicatie / duidelijkheid / consequentie	4
Interventies / therapie / individuele (erkende) methodieken	4
Participatie	3
DRPM	1
Permanentie	1
BELEID	
Procedures	9
Opleiding personeel	8
Zorg en veiligheid voor het personeel / agressie t.a.v. personeel	7
Infrastructuur / technische aanpassingen veiligheid	6
Registratie agressie	5
Preventieadviseur	2
Brandveiligheid	2
Politie	1

Tabel 15

2. Interventies

Het tweede deel van het interview handelde over de gehanteerde interventies in de residentiële voorzieningen. Als leidraad werd de volgende beschrijving meegegeven:

Een interventie is een aanpak die:

- gericht is op de *vermindering, de compensatie, of het draaglijk maken van een risico of een probleem in de ontwikkeling van een jongere* dat een *gezonde, evenwichtige uitgroei tot volwassenheid (mogelijk) belemmert;*
- bestemd is voor een doelgroep die wordt gekenmerkt door de *aanwezigheid van een of meerdere van deze risico's of problemen;*
- geleid wordt door een weldoordachte, doelgerichte en systematische werkwijze *(een methode);*
- *gericht* is op de *jongere* zelf, de leefgroep of zijn context.
- *afgebakend* is in tijd, met een nader omschreven tijdsduur en frequentie.

Per interventie werden de volgende vragen gesteld:

1. *Doelgroep*
2. *Doelstelling*
3. *Beschrijving (Wat doen jullie precies? Ik wil het voor me kunnen zien.)*
4. *Context en frequentie van de interventie*
5. *Is er sprake van een heldere opbouw/fasering van de interventie?*

<u>Onderbouwing van de interventie:</u>

6. *Waarom is er binnen de voorziening voor gekozen om met deze interventie te werken?*
7. *Is er een theoretische onderbouwing van deze interventie?*
   →JA:
   8. *Geef een korte beschrijving (eventueel verwijzen naar een website, document enz.).*
   9. *Hoe vertaalt de theorie zich in de methode? (uitleg aan de hand van voorbeelden?)*
10. *Wat zijn jullie ervaringen met de interventie? Waaruit leiden jullie uit eigen ervaring af dat de interventie zinvol is en/of werkt?*
11. *Wordt er gewerkt volgens een bepaalde richtlijn, protocol of handboek? Zo ja: wordt dit gemonitored/gecontroleerd?*
12. *Weten jullie of de interventie wetenschappelijk is geëvalueerd?*

Het bleek voor de meeste voorzieningen geen eenvoudige klus om tot een helder overzicht te komen, laat staan een volledig. Er worden tal van interventies toegepast en beschreven, maar de afbakening is niet altijd even duidelijk. De beschreven interventies gaan van 'kleine' (spel)methodieken zoals de gevoelsthermometer en het ik-boek over genogram, groepsgesprek tot LSCI, Signs of Safety, netwerkberaad, … Volgend citaat geeft goed de moeilijkheden aan die gepaard gaan met het oplijsten van interventies:

"Ik had in het begin schrik rond die interventies, die zijn moeilijk te definiëren. Ik heb het gevoel dat ik voornamelijk methodieken heb meegegeven, maar dat is voor mij persoonlijk anders dan een interventie. Dat wordt wel omkaderd door een methodiek. Maar het is waarschijnlijk ook onmogelijk om op specifieke interventies in te gaan."

Het onderscheid tussen techniek, interventie, methodiek en methode is inderdaad niet eenvoudig. Het voornaamste verschil zit hem in de abstractiegraad. Bij de resultaten van dit onderdeel vinden we zowel methodieken (bijv. institutionele pedagogiek), interventies (bijv. contextbegeleiding) en

technieken (bijv. werken met duplopoppen). In het kader van dit onderzoek leek het ons echter niet relevant deze opdeling aan te houden.

Het aantal aangehaalde interventies gaat van 4 tot 15 per voorziening (gemiddeld 8,8 per voorziening). Grote voorzieningen (capaciteit >50) vermelden niet meer interventies (gemiddeld 8,7). De onderzoeksopzet liet in haar beperkte omvang niet toe om elke aangehaalde interventie even gedetailleerd te bevragen. De toegemeten duur en gelimiteerde inzet van de onderzoeker liet hier enkel een verkennende vraagstelling toe. Een grondiger en systematisch bevragen van elke interventie op zich zou evenzoveel onderzoek kosten.

Tabel 16 biedt een overzicht van de 48 genoemde interventies die verder werden bevraagd (alfabetisch gerangschikt). In de tweede kolom wordt weergegeven hoeveel van de 24 geïnterviewde voorzieningen een bepaalde interventie hebben vernoemd.

'Interventies' als verslaggeving, intake, opmaak handelingsplan, casusbespreking en tevredenheids-metingen werden niet opgenomen. Ons inziens voldoen zij onvoldoende aan bovenstaande beschrijving, in die zin dat zij slechts onrechtstreeks bijdragen aan "de *vermindering, de compensatie, of het draaglijk maken van een risico of een probleem in de ontwikkeling van een jongere*". Zoals uit het literatuuronderzoek bleek, zijn het echter wel belangrijke werkzame factoren of kwaliteitscriteria en verdienen zij zeker de nodige aandacht.

Ook bepaalde methodieken zoals het ik-boek, de gevoelsthermometer of werken met tekeningen of metaforen werden niet apart opgenomen in dit overzicht. Meestal worden dergelijke 'methodiekjes' (kort) omschreven binnen de individuele begeleiding en worden ze in allerlei combinaties toegepast. Niet elke voorziening heeft deze interventies expliciet benoemd, terwijl we er wel van kunnen uitgaan dat meer voorzieningen met deze interventies werken. Deze (spel)methodieken zijn gedeeltelijk terug te vinden onder 'werken rond gevoelens'.

Ook bij andere interventies die wel zijn opgenomen, bijvoorbeeld 'educatieve projecten', kunnen we opmerken dat er waarschijnlijk een onderschatting is van het aantal voorzieningen dat deze toepast. Dit kunnen we gedeeltelijk afleiden uit de genoemde doelstellingen (zie tabel 17). We herhalen daarom nogmaals uitdrukkelijk dat we met dit onderzoek *geen exhaustieve lijst van toegepaste interventies* hebben verkregen. Gezien het open karakter van de vraagstelling kunnen we op basis van dit onderzoek niet stellen dat wanneer een voorziening een interventie niet heeft genoemd, dit in de praktijk niet wordt toegepast. Hiervoor is uitgebreider onderzoek noodzakelijk. De 'Quickscan jeugdzorgaanbod met potentie' is een instrument dat hiervoor gebruikt zou kunnen worden, al moeten we hier ook direct bij opmerken dat dit instrument duidelijk is opgebouwd volgens de effectladder van Van Yperen en Veerman en de Erkenningscommisie Interventies uit Nederland. [213]

Tabel 16 biedt een zicht op die werkdomeinen of werkzame factoren waarop residentiële voorzieningen in Vlaanderen vooral inzetten en welke interventies of programma's momenteel enthousiast worden opgepikt. Het mag duidelijk zijn dat de Vlaamse voorzieningen multimodaal en multimethodisch werken, zoals we dat beschreven in het literatuuronderzoek. We bespreken kort de meest genoemde interventies. De cijfers zijn, gezien het kwalitatieve karakter van dit onderzoek, eerder illustrerend van aard.

[213] De Quickscan is een hulpmiddel bij de voortdurende ontwikkeling van interventies tot de eerste en de tweede trap van de effectladder. Het instrument is in eerste instantie bedoeld voor organisaties die aan de slag willen met beschrijven en onderbouwen, maar niet goed weten met welke interventies in hun aanbod ze het beste kunnen starten. http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=122499.

INTERVENTIES	Aantal voorzieningen (n = 24)
Agressietraining / omgaan met kwaadheid (bokstraining, 'boze ruimte')	3
Beloningssysteem / token systeem	10
Cirkulaire vragen	1
Commitment Therapy	1
Contextbegeleiding	9
Creatieve groepstherapie	1
Duplopoppen	7
Educatieve projecten (seks, drugs, …) / thematische vorming	3
EKC / (familie)netwerkberaad / SaS	7
Equip (binnen sova training)	3
Ervaringsleren	5
Familieopstelling	3
Fasensysteem	6
Filosoferen met Axenroos (filaxen)	1
Genogram / ecogram / sociogram	13
Geweldloos verzet (Haim Omer)	4
Gezinsgesprekken / gezinsbegeleiding	15
Groepsgesprek / groepsraad / bewonersvergadering / jongerenparlement	20
Herstelgericht werken	5
Hypotherapie	1
Institutionele pedagogie	1
Kid OK kit	1
Kid skills / Mission possible	1
Kinderboerderij	1
Korte Oplossingsgerichte Therapie	1
LSCI	3
Mentaliserend bevorderende therapie	1
Narratieve gesprekstechnieken	1
Netwerktafels (Deboute) / netwerkcirkel / rondetafel	7
Onthaalouders	1
Oplossingsgerichte methodieken (bv. mirakelvraag)	1
Oudercomité / oudergroepen	2
Oudertraining	1
Pat methode	1
Pro actieve cirkels	1
Projecten dagbesteding (fietsateliers, …)	2
Rots en water	3
Signs of Safety	4
SoVa training (leefsleutels, …)	12
Studio (polli polli)	1
Therapie (gesprekken met psycholoog) / outreaching	13
Tijdslijnen / levenslijn	8
Time Out	9
Triple P	1
Video Home Training	2
Werken rond gevoelens (diverse methodieken)	7
Zelfvertrouwen stimuleren	1
Zelfstandigheidstraining / vaardigheidstraining	6

Tabel 16

De meest genoemde interventie is het *groepsgesprek of de bewonersvergadering*. 20 van de 24 voorzieningen noemen deze expliciet, maar we kunnen er van uitgaan dat deze interventie in alle voorzieningen wordt toegepast aangezien dit een 'verplichting' is vanuit het Decreet Rechtspositie van de Minderjarige. Er zijn wel grote verschillen in frequentie (van 1 keer om de 3 maanden tot wekelijks) en aanpak (ter illustratie de verschillende benamingen). De voornaamste doelstelling is het garanderen van inspraak en participatie, maar groepsgesprekken worden ook gebruikt om de jongeren te informeren, om te werken aan de groepsdynamiek of het leefklimaat, of om tevredenheidsmetingen te organiseren.

Uit het literatuuronderzoek bleek reeds dat participatie een belangrijk kwaliteitscriterium is dat invloed heeft op onder andere de motivatie van de cliënt. We willen hierbij wel benadrukken dat verschillende participatieaspecten aan bod moeten komen: *het ontdekken en onthullen van iemands mogelijkheden, delen van macht en besluitvorming, luisteren en met respect reageren*.

De grote nadruk die door de voorzieningen gelegd wordt op het werken met de context, zien we gereflecteerd in de interventies *contextbegeleiding* (9) en g*ezinsbegeleiding* (15). Deze twee interventies zijn niet helemaal hetzelfde: gezinsbegeleiding is meestal beperkt tot de ouders, context-begeleiding gaat ruimer. We moeten hier wel bij opmerken dat niet elke voorziening ditzelfde onderscheid maakt. Ook de manier waarop deze begeleidingen in de praktijk worden ingevuld, kan nogal verschillen. Dit zowel in frequentie als in aanpak (wie doet deze begeleiding, wat zijn de achterliggende doelstellingen).

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat het betrekken van ouders (en netwerk) een belangrijke voorspeller is van succesvolle hulpverlening. Minimaal dient het dan te gaan om *het schenken van aandacht aan het gezin van herkomst en de relatie tussen jongeren en hun ouders.* Ook het werken met *oudertrainingen* (in combinatie met jongerentraining) wordt genoemd. Oudertraining wordt slechts door één voorziening als aparte interventie genoemd.

Iets meer dan de helft van de voorzieningen (13) werkt samen met een therapeut, een kinderpsychiater of een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ) voor *individuele therapie of outreaching*. Het belang van dit soort samenwerkingen wordt meermaals door voorzieningen benadrukt (ook als het gaat om trainingen of educatieve projecten). Dit beeld komt ook uit de literatuur naar voren. Zo omschrijven Boendermaker e.a. therapie als een specifiek werkzame factor voor residentiële hulpverlening. Daarnaast wijzen Grietens e.a. op het belang van samenwerking aangezien de ernst- en moeilijkheidsgraad van problematieken een steeds grotere kennis en specialisatie vergen.[214]

Een zelfde aantal voorzieningen (13) werkt standaard met een genogram en/of een sociogram of ecogram. Meestal wordt dit opgesteld in de eerste maand van de begeleiding. De ouders worden niet altijd betrokken. Ook het werken met tijdslijnen (8) gebeurt op een gelijkaardige manier. Deze technieken refereren niet direct naar een algemeen of specifiek werkzame factor, maar kunnen gezien worden als een onderdeel van het contextgericht werken.

Tot slot vermelden we nog de Sociale Vaardigheidstrainingen (12), bijvoorbeeld aan de hand van Leefsleutels of de Axenroos. Meestal wordt deze training voorbehouden voor de +12 jarigen of voor een anderszins bepaalde specifieke doelgroep. Daarnaast hebben we ook Equip (3) en Rots en Water (3) apart vermeld, twee theoretisch goed onderbouwde programma's uit Nederland.

[214] Boendermaker e.a. 2010, p.35 (zie noot 14), Grietens e.a. 2007, p.89 (zie noot 8).

Deze laatste interventies vallen duidelijk onder de werkzame factor *(cognitief) gedragsmatige aanpak*. Ook interventies als beloningssytemen (10 keer genoemd), agressietraining (3) en zelfstandigheids/vaardigheidstraining (6) vallen hier onder. In het literatuuronderzoek lazen we al dat met deze aanpak goede resultaten worden gehaald, zeker in combinatie met interventies als gezinsbehandeling en nazorg.

Doelgroepomschrijving is een belangrijk onderdeel binnen het model van de effectladder van Van Yperen en Veerman. Dit vanuit de achterliggende gedachte dat "de bedoelde interventie onder de juiste condities de gewenste uitkomst oplevert *bij de beoogde doelgroep.*"[215] Volgens het CES zijn effectieve interventies gericht op een *zorgvuldig afgebakende doelgroep en dient een focus op een zo breed mogelijke doelgroep vermeden te worden*.[216] We merken in dit onderzoek dat de doelgroep niet altijd even precies wordt omschreven. Er wordt wel een onderscheid gemaakt tussen interventies voor individuele begeleiding, leefgroep, of ouders/context en bij verschillende interventies worden ook bepaalde leeftijdscategorieën genoemd. Het ontbreekt hierbij soms aan een omschrijving van de doelgroep in termen van problematieken, risico's of noden. Therapie, Eigen Kracht Conferenties (EKC), netwerktafels, time-out en bepaalde vormen van training (agressie, zelfstandigheid, sociale vaardigheden) kennen meestal wel een duidelijke afbakening van de doelgroep. Al is er één voorziening die therapie organiseert voor al haar cliënten. Bepaalde interventies (bijv. duplopoppen) worden in sommige voorzieningen standaard toegepast. Dit staat enigszins in contrast met de nadruk die gelegd wordt op het geïndividualiseerd gebruik van methodieken of interventies en het werken op maat van de cliënt (werkzame factor).

We verwijzen hier ook naar de opmerking van Grietens e.a. die aanhalen dat de waaier aan methodieken en interventies aan de ene kant een illustratie is van hulpverlening op maat, maar anderzijds een uiting kan zijn van het constante zoeken van hulpverleners naar de juiste indicatiestelling als basis voor deze zorg op maat.[217]

We komen hier ook op het spanningsveld dat er bestaat tussen onderzoek en beleid en praktijk. Niet alle voorzieningen zullen het eens zijn met de bovenstaande aanbeveling van het CES. Sommige voorzieningen stellen juist dat het engagement naar een brede doelgroep de kracht is van de jeugdzorg in Vlaanderen. Investeren in een brede doelgroep wil echter niet zeggen dat elke interventie ook toepasbaar is voor elke jongere.

De vraag naar de achterliggende **doelstellingen** leverde, na voorzichtige clustering, 86 doelstellingen op. De meeste interventies dienen meerdere doelstellingen. Onderstaande tabel geeft de meest genoemde doelstellingen weer. In de tweede kolom wordt aangegeven hoeveel keer deze doelstelling werd genoemd. De voornaamste interventies per doelstelling staan in de derde kolom.

[215] Van Yperen & Veerman 2008, p.57 (zie noot 3).
[216] CES, p.32 (zie noot 14). Zie ook Hoofdstuk 1 Werkzame factoren en kwaliteitscriteria - op maat.
[217] Grietens e.a. 2007, p.91 (zie noot 8). Zie ook Hoofdstuk 1 Werkzame factoren en kwaliteitscriteria - op maat.

DOELSTELLINGEN	#	Interventies
Sociale vaardigheden	24	SoVa training, Equip, Rots en Water, groepsgesprek
Inspraak en participatie	22	Groepsgesprek, gezinsbegeleiding, oudergroepen
Infomoment / informeren	13	Groepsgesprek, gezinsbegeleiding, oudergroepen, educatieve projecten
Doelstellingen formuleren en realiseren / fasering hulpverlening	10	Gezinsbegeleiding, contextbegeleiding
In kaart brengen van de context/netwerk, inzicht context/netwerk	10	Gezinsbegeleiding, duplo, genogram, tijdslijn, contextbegeleiding, netwerk
Leefklimaat / correct met elkaar omgaan	10	Groepsgesprek
Rust en veiligheid / nieuwe start / situatie doorbreken (time-out)	9	Time out
Individuele problematieken/behandeling, therapie	8	Therapie
Gedragsregulerend werken / gedragsverandering	7	Beloningssystemen, fasensystemen
Gevoelens kenbaar maken	6	Diverse methodieken IB, therapie
Herstel, crisisinterventie	6	LSCI, herstelgericht werken
Integrale, emancipatorische begeleiding	6	Contextbegeleiding, gezinsbegeleiding, EKC, netwerktafels
Stimuleren zelfvertrouwen	6	Agressietraining, therapie
Voorbereiding terugkeer naar huis	6	Vaardigheidstrainingen, gezinsbegeleiding
Begeleiding weer op gang krijgen / herstel vastlopende zorg (crisis)	5	EKC of netwerkberaad, netwerktafel
Ervaringsleren/ omgaan met consequenties gedrag	5	Ervaringsleren
Vergroten pedagogische / ouderlijke vaardigheden, positief opvoeden	5	Gezinsbegeleiding, oudertraining, Triple P
Zelfstandigheid bevorderen / praktische vaardigheden	5	trainingen

Tabel 17

Het is moeilijk om op basis van deze tabel conclusies te trekken over de doelstellingen waarop de residentiële hulpverlening in Vlaanderen vooral wil inzetten. Het is duidelijk dat er heel wat wordt geïnvesteerd in het groepsklimaat, in inspraak en in sociale vaardigheden van de jongeren, maar is dat een gevolg van de verplichting een groepsgesprek te organiseren, of staat dit werkelijk bovenaan het lijstje van te realiseren doelstellingen? Via de afsluitende vraag naar de 'successen' of sterktes[218] kregen we wel een iets duidelijker beeld op de werkdomeinen. Op de eerste plaats wordt het betrekken van de context genoemd, daarnaast het individueel werken en de zorg op maat. Ook samenwerking en sfeer en klimaat in de leefgroep worden meerdere keren genoemd.

Voorzieningen vertrekken vooral vanuit een bepaalde visie op hulpverlening en gaan van daaruit op zoek naar bepaalde interventies. Dit gebeurt veel minder volgens het 'model': specifieke doelgroep → te realiseren doelstellingen → interventie, zoals in het model van Van Yperen wordt vooropgesteld.

Belangrijk is ook op te merken dat bepaalde interventies ook als doel hebben om rechtstreeks of onrechtstreeks bij te dragen aan het op elkaar afstemmen van de *aanpak van de begeleiders* (bijvoorbeeld bij tokensysteem, netwerktafels, …). Dit weerspiegelt volgens ons de nood die bestaat aan ondersteuning en supervisie en sluit aan bij de werkzame factor professionaliteit (zie hoofdstuk 1).[219]

[218] *"Als je aan een extern persoon (bijv. iemand die de sector niet kent) zou moeten uitleggen wat ervoor zorgt dat hulpverlening in uw residentiële voorziening goed loopt wat zou je dan zeker vermelden?"*

[219] Later in dit hoofdstuk gaan we hier verder op in (3. Personeel).

De meeste interventies worden duidelijk **beschreven**. Voorzieningen kunnen goed omschrijven wat ze doen, met welke frequentie en op welke manier de interventie is opgebouwd (indien van toepassing). Soms is de beschrijving minder duidelijk omdat er verschillen zijn tussen de verschillende leefgroepen of omdat de interventie door externen wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld bij therapie).

Deze duidelijke omschrijving is echter niet steeds het gevolg van de aanwezigheid van duidelijke **richtlijnen, regels of een protocol**. Ook de **monitoring** van de interventies blijft vaak beperkt tot een bespreking op de teamvergadering of de neerslag in een verslag. De enige 'meting' die expliciet wordt benoemd is de tevredenheidsmeting. Uiteraard zijn er wel een aantal voorzieningen die investeren in nota's, richtlijnen (bijvoorbeeld via het kwaliteitshandboek) of opleiding voor specifieke interventies. Ook bij 'ingekochte' methodieken zoals Kid Skills, LSCI, EKC en dergelijke zijn er duidelijke richtlijnen.

De afwezigheid van richtlijnen en monitoring bij bepaalde interventies roept vragen op naar de 'programma-integriteit'. In hoofdstuk 1 gaven we reeds aan dat uit de literatuur blijkt dat deze vaak te wensen over laat.[220] Dit lijkt in dit onderzoek bevestigd te worden. We twijfelen er niet aan dat hulpverleners naar best inzicht en vermogen omgaan met de verschillende interventies, maar stellen ons tegelijkertijd de vraag of de 'intuïtieve aanpak' de effectiviteit van de interventie niet vermindert. We verwezen in hoofdstuk 1 naar onderzoek van Harder e.a. waaruit blijkt dat opvoeders doorheen *trial and error* een persoonlijke voorkeursstijl ontwikkelen, maar dat bepaalde situaties er om vragen deze voorkeursstijl opzij te schuiven.[221] Niet alles kan geprotocolleerd worden, maar het lijkt ons aangeraden om voor bepaalde interventies (meer) te investeren in 'programmahandleidingen' die de hulpverleners meer inzicht moeten geven in de *werkzame elementen* van de interventie en hoe ze in te zetten. Daarnaast onderstrepen we ook het belang van een goede implementatie en van monitoring via cliëntenfeedback en uitkomstmetingen.

De vragen naar **theoretische onderbouwing en wetenschappelijke evaluatie** bleken voor het merendeel van de bevraagde voorzieningen erg moeilijk te beantwoorden. Slechts bij 21 van de 45 interventies (47%) kon men aangeven dat er een theoretische onderbouwing is. Bij de vraag naar wetenschappelijke evaluatie waren dat er maar 5 (en een twijfelgeval). Onderstaande tabel geeft aan hoeveel keer er positief werd geantwoord op de vraag naar onderbouwing of evaluatie.

We mogen ons zeker niet blind staren op deze cijfers. Eerst en vooral moeten we hier vermelden dat deze vragen niet bij elke interventie zijn gesteld omdat tijdens het interview soms duidelijk werd dat hier geen informatie voor handen was. We wijzen er ook op dat de gegevens uit dit onderzoek niets zeggen over de daadwerkelijke onderbouwing of evaluatie van de interventies en slecht weergeven wat voorzieningen hierover menen te weten. Soms geeft men aan dat iets wetenschappelijk is geëvalueerd (duplopoppen, fasensysteem, …) terwijl hier geen bewijs van te vinden is in de literatuur. Anderzijds komt een interventie als Rots en Water dan weer niet voor in deze lijst, terwijl het wel is opgenomen in de databank effectieve interventies van het NJI (als zijnde theoretisch onderbouwd).

[220] Zie Hoofdstuk 1 Werkzame factoren en kwaliteitscriteria – integriteit en monitoring.
[221] Harder e.a. 2006, p.61 e.v. (zie noot 14).

	Theoretisch onderbouwd volgens bevraagde voorzieningen	Wetenschappelijk geëvalueerd volgens bevraagde voorzieningen
Duplopoppen	2 (Nagy)	1
EKC	2	
Equip *	2	
Ervaringsleren	1	
Fasensysteem	1 (Competentiemodel)	1
Genogram	2	
Geweldloos Verzet	3 (Haim Omer)	
Gezinsbegeleiding / contextbegeleiding	12 (Systeemdenken, Nagy, Minuchin, Watzlawick, oplossingsgericht werken, …)	
Herstelgericht werken	2	
Institutionele pedagogiek	1 (Oury)	
Kidskills	1 (Solutions Focused Brief therapy)	
Leefsleutels	1	
LSCI	2	1
Mentaliserend bevorderende technieken	1 (Bateman & Fonagi)	
Narratieve gesprekstechnieken	1 (White)	1
Netwerktafels / Netwerkcirkels	2	1
Pat methode	1 (Patterson)	
SoS	2 (Oplossingsgericht werken)	1 (Niet in Vlaanderen)
Therapie	1	
Time Out	1	
Triple P*	1	

Tabel 18

** Theoretisch onderbouwd, databank effectieve interventies NJI*

Sterke nieuwkomers, naast oudgedienden als Nagy en Watzlawick, zijn Haim Omer (geweldloos verzet/nieuwe autoriteit) en het oplossingsgericht werken in programma's als Signs of Safety en Solution Focused Brief Therapy. Ook het gedachtengoed van de CANO-voorzieningen blijft voor velen een inspiratie en onderbouwing bij het contextgericht werken.

De belangrijkste conclusie bij dit onderdeel is echter dat de meeste hulpverleners het niet belangrijk vinden of de gehanteerde interventie theoretisch onderbouwd is. Het al dan niet werkzaam zijn wordt afgeleid uit de resultaten uit de praktijk. Een treffend citaat om dit te illustreren:

"Of ze theoretisch onderbouwd zijn of uit ervaring, is voor ons even waardevol" of "Als het werkt, dan werkt het".

Inspiratie en 'onderbouwing' wordt veelal gezocht via studiedagen, andere werkvormen (pleegzorg, CANO, …) en bij collega's:

"We halen de mosterd vooral bij die mensen die er mee bezig zijn (via vormingen, universiteit, enz.) maar houden ons zelf niet specifiek bezig met theoretische onderbouwingen".

"De druk is groot om extern dingen in huis te gaan halen (dat is duur!). Terwijl er ook gehandeld wordt naar gewoon boerenverstand. Daar zit dan geen theoretische onderbouwing achter, maar het werkt wel."

En zo zijn er nog tal van citaten te vinden.

Tijdsgebrek (gebrek aan personele middelen) en de voortdurende instroom van nieuwe modellen lijken een belangrijke reden te zijn voor deze houding. Daarbij komt dat het niet eenvoudig is om een duidelijk beeld te krijgen van bewezen effectieve interventies of programma's. Een exemplarisch voorbeeld: LSCI is niet erkend voor de databank van het NJI (te beperkte theoretische onderbouwing en te brede doelgroep), al wordt dat door velen wel zo gezien. Er is ook wel wetenschappelijk onderzoek verricht, maar dat is eerder beperkt. De keuze om al dan niet met een bepaalde interventie aan de slag te gaan, gebeurt zelden op basis van wetenschappelijke literatuur. Voorzieningen gaan in de eerste plaats op zoek naar interventies en programma's die aansluiten bij hun visie op hulpverlening (zie de uitkomsten van het behoeftenonderzoek en de focusgroepen op p.107 en p.117). De aangehaalde theoretische onderbouwingen zijn veeleer praktijktheorieën die een globaal kader geven dan dat ze uitleggen waarom een bepaalde aanpak werkt (bepaalde doelen bereikt) bij een specifieke doelgroep.

De vraag is hoe we verder moeten inzetten op deze theoretische, wetenschappelijke onderbouwing van interventies. Een interessante insteek komt van Van Yperen e.a.. Zij stellen dat veel interventies 'verpakkingen' zijn van algemeen en specifiek werkzame factoren die van betekenis zijn voor de verschillende niveaus van hulpverlening (orthopedagogische basiszorg, effectieve zorg en behandeling, personeel en organisatie). Interventies introduceren namelijk werkzame factoren op al deze niveaus. Illustrerend is de beschrijving van Signs of Safety op de website van het NJI:

"*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* (samenvatting onderbouwing)*".*

Deze beschrijving of onderbouwing sluit beter aan bij wat er leeft bij de hulpverleners, en wat ons 'gewoon boerenverstand' zegt dat we moeten doen. Als we willen komen tot een theoretische onderbouwing van de ingezette interventies, lijkt het ons interessant te streven naar een soortgelijke omschrijving. Het screeningsinstrument dat ontwikkeld werd in functie van het onderzoek in Rotterdam kan hierbij een belangrijk hulpmiddel zijn. [222]

3. Personeel

Vraag 1: op welke manier zorg je dat de visie van de voorziening verspreid en actueel blijft binnen het team?

Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat een duidelijke visie een belangrijke algemeen werkzame factor is. Wanneer deze visie ook duidelijk wordt omschreven en gedeeld binnen de organisatie, heeft dit een positieve invloed op het moraal van de begeleiders en zelfs op de motivatie en het gedrag van de jongeren.[223] Uit het behoeftenonderzoek, het laatste onderdeel van de interviews dat hierna beschreven wordt, blijkt dat veel Vlaamse voorzieningen veel waarde hechten aan de visie van de voorziening. Bij de beantwoording van deze vraag gaat de aandacht uit naar hoe

[222] Zie De Lange & Chênevert 2011, p.21 e.v. (zie noot 14).
[223] Zie Hoofdstuk 1 Werkzame factoren en kwaliteitscriteria – visie.

voorzieningen concreet invulling geven aan actualisatie en verspreiding van de visie onder het personeel.

Teamvergaderingen en teamdagen worden het meest ingezet om de visie van de voorziening te verspreiden en actueel te houden. In dit kader worden ook *(afdeling overschrijdende) werkgroepen* rondom inhoudelijke thema's en casussen naar voren gebracht. Veelal doen hier medewerkers van diverse niveaus aan mee. Deze vormen van overleg dragen ook bij aan de stabiliteit binnen team en organisatie, een aspect dat ook uit het literatuuronderzoek naar voren komt.

"Personeelsvergaderingen waar we de visie uitdragen."

"We hebben ook veel werkgroepen bijvoorbeeld rondom decreet rechtspositie: aftoetsing met visie."

Ook het *VTO- en personeelsbeleid* blijkt belangrijk voor het actualiseren van de visie. Zo worden studiedagen rondom thema's die voorzieningen belangrijk vinden gestimuleerd en worden er (interne) werkgroepen georganiseerd.

"We hebben een zeer actief VTO-beleid, dat is afgestemd op algemene visie, vanuit CANO-denken en de voorziening. Dialogeren is zeer belangrijk, en participatie."

We merken tenslotte op dat een tweetal voorzieningen aangeven dat het als kleine organisatie makkelijker is om de visie actueel te houden omdat de communicatie binnen de voorziening snel en makkelijk verloopt.

"We willen iedereen met de neus in dezelfde richting zetten. Dat gaat makkelijk omdat we zo klein zijn."

Op welke manier zorg je dat de visie van de voorziening verspreid en actueel blijft binnen het team?	**Aantal voorzieningen (n=24)**
(Team)overlegmomenten / vergaderingen / teamdag	15
VTO / personeelsbeleid	11
Werkgroepen	8
Kwaliteitshandboek	7
Coaching personeel	7
Visietekst	5
Toegankelijkheid	4
Intervisie	3
Huiskrant / onthaalmap	3
Kleine organisatie	2
Supervisie	2
Modelling	2
Kennisverspreiding extern	1
In-service	1
Kwaliteitscoördinator	1
Functioneringsgesprekken	1
Interne audit	1
Waarderend onderzoek	1
Informeel	1

Tabel 19

Vraag 2: wordt er supervisie of intervisie georganiseerd? Zo ja: hoe?

Intervisie is een leermethode waarbij een groep professionals met een overeenkomstig beroep (een groep gelijken) werkvraagstukken met elkaar bespreekt en elkaar helpt het functioneren te verbeteren. Onder supervisie verstaan we het onder (externe) begeleiding leren door reflectie op eigen werkervaringen en vraagstukken. Hierdoor verwerft men inzicht in het eigen handelen en kan dit op een duurzame manier worden verbeterd.[224] Intervisie en supervisie vallen onder de werkzame factor 'professionaliteit', naast o.a. opleiding en training, en zijn een vorm van ondersteuning die horen bij 'goede werkomstandigheden'.

Ruim 20 voorzieningen geven aan supervisie te organiseren, wat ook voor intervisie het geval is. We merken hierbij op dat een aantal invullingen die voorzieningen gaven feitelijk niet onder supervisie of intervisie vallen waardoor de vragen soms niet volledig zijn beantwoord en bovenstaande tabel een enigszins vertekend beeld geeft.[225]

Voorzieningen geven op *verschillende manieren invulling aan intervisie en supervisie*. Zo kan er sprake zijn van intervisie gericht op specifieke methodieken of casussen. Het valt ons op dat professionaliteit en eigen handelen niet specifiek als afzonderlijke onderwerpen worden genoemd. Uit het literatuuronderzoek leren we nochtans dat het zicht krijgen op de eigen stijl (en die indien nodig achterwege laten) een belangrijk aandachtspunt moet zijn. We merken hierbij wel direct op dat het niet expliciet benoemen van onderwerpen niet wil zeggen dat voorzieningen dit niet doen.

"We hebben een aantal afdelingsoverschrijdende intervisie groepen, waarin casussen bekeken worden op een methodische manier."

"Daarnaast zijn er ook intervisiemomenten waaraan wij deelnemen met andere vzw's. We zijn aangesloten bij intervisiegroepen Trainingscentrum voor Kamerbewoning (TCK) en 'categorie 1bis'."

Veel voorzieningen geven tenslotte aan op *alle niveaus binnen de organisatie* supervisie/intervisie te organiseren (begeleiders en leidinggevenden) en dat dit zowel intern als extern kan plaatsvinden.

"Omdat we structurele supervisie hebben op alle niveaus. Op het niveau van leefgroepen, staf, directie. Allemaal andere supervisoren."

[224] Zie L. Rietveld & K. Van Rooijen – Mutsaers, *Wat werkt bij supervisie, intervisie en coaching?* Utrecht: NJI 2011, p.3 e.v..

[225] Zo gaf één voorziening als antwoord dat medewerkers interne vorming konden kiezen en een teambuildingsdag werd aangeboden. Het is goed mogelijk dat ondanks deze onvolledige antwoorden deze voorzieningen wel aan supervisie/intervisie doen.

Wordt er supervisie of intervisie georganiseerd? Zo ja: hoe?	Aantal voorzieningen (n=24)
BEVESTIGEND ANTWOORD	
Supervisie	*22*
Intervisie	*21*
METHODE	
Externe supervisie/intervisie	13
Teamvergaderingen / gerichte teamdagen	7
Vorming / bijscholing / VTO	7
Intervisie/supervisie voor leidinggevenden	6
Functioneringsgesprekken / Evaluatiegesprekken	3
ONDERWERPEN SUPERVISIE/INTERVISIE	
Casussen	10
Methodieken	4
TCK	3
Beleidsmatige aspecten	1
Cat.1bis	1
Hechtingsproblemen	1

Tabel 20

Vraag 3: wordt het personeel ondersteund na incidenten? Zo ja: hoe?

Uit de antwoorden blijkt dat ondersteuning op *verschillende manieren* wordt vormgegeven. Een permanentiesysteem wordt als belangrijk aspect naar voren gebracht. Ons vermoeden dat dit eerder zou gelden voor grote voorzieningen (capaciteit >50) blijkt niet te kloppen. Naast vier grote voorzieningen zijn er twee middelgrote voorzieningen (capaciteit 30-50) en vier kleine voorzieningen (capaciteit <30) die een permanentiesysteem hebben.

"Wij hebben een permanentiesysteem. Ze mogen mij altijd bellen, dat was vroeger niet zo. Ik ben altijd bereikbaar en anders kan de gezinsbegeleider gebeld worden."

Naast een permanentiesysteem worden externe ondersteuning, ondersteuning door een vertrouwenspersoon of collega's genoemd en worden in dit kader (de)briefingsmomenten en (nood)teamvergaderingen ingelast.

"Een incident wordt doorgepraat vlak na het incident. Ofwel door collega's ofwel door de hoofdbegeleider. Dit wordt ook altijd op teamvergadering besproken."

"De medewerker wordt opgevangen, daarnaast wordt er met een externe persoon gekeken wat we moeten ondernemen."

Bij de beantwoording van de vraag gaat slechts de helft van de voorzieningen in op de aanwezigheid van *beleid of een procedure* over de omgang met incidenten. Dit beeld kwam bij de bevraging van het veilige leefklimaat eerder in het interview ook al naar voren. Hoewel het niet zo hoeft te zijn dat voorzieningen die dit niet hebben genoemd geen beleid of procedure hebben, is het toch opvallend dat dit niet vaker aan bod is gekomen.

"Er is een procedure afgesproken voor wanneer er een incident is, stuk gaat over ondersteuning van het personeel. Hier is een verantwoordelijke teambegeleider. Er moet drie keer de mogelijkheid zijn om gesprek te voeren. Binnen zeven dagen."

Wordt het personeel ondersteund na incidenten? Zo ja: hoe?	Aantal voorzieningen (n=24)
Procedure / protocol omtrent agressie / beleid	12
Permanentie	11
Externe ondersteuning / hulp	6
Vertrouwenspersoon / peter- meterschap	4
(De)briefing	4
(Nood)teamvergadering	4
Registratie (agressie, klachten, …)	4
Bijzondere functies / stafmedewerkers	3
Collegialiteit	3
Ontlasting	3
Gezond verstand	2
Draagkracht	2
Brochures / schriftelijke neerslag afspraken	2
Politie-interventie	1
Infrastructuur m.b.t. veiligheid	1
Zelfverdediging	1

Tabel 21

4. Organisatie

Het vierde deel van het interview peilde naar enkele organisatorische aspecten van de hulpverlening die elders nog onvoldoende belicht waren.

<u>Vraag 1 visie: wat zijn de sterktes en zwaktes van de organisatie? Hoe profileren jullie je tussen de andere residentiële voorzieningen?</u>

Deze eerste -overkoepelende- vraag wil een beeld schetsen van de sterktes en zwaktes die voorzieningen zelf aangeven. De resultaten zijn een mooie afspiegeling van enkele werkzame factoren die we in het literatuuronderzoek konden onderkennen voor het onderdeel 'personeel en organisatie'. We merken op voorhand op dat bij schaalgrootte, personeel en personeelsbeleid de sterktes en zwaktes door elkaar worden genoemd.

Wat visie betreft lijken het *contextgericht werken, de aanklampende (blijven kansen geven) en krachtgerichte benadering* de kernelementen te zijn bij heel wat voorzieningen. We merkten dit ook doorheen de andere vragen van het interview.

Op organisatorisch vlak liggen de sterktes en zwaktes in de eerste plaats bij het *personeel en het personeelsbeleid*. Belangrijkste knelpunten zijn de personeelswissels en de te beperkte middelen voor ondersteuning. Deze ondersteuning is onder meer nodig omdat er heel wat flexibiliteit en inzet wordt gevraagd van de begeleiders. Daar tegenover staat dat heel wat voorzieningen de betrokkenheid en het engagement van het personeel eren en participatie en autonomie van de begeleiders wil bevorderen, o.a. door een niet al te hiërarchische structuur, samenwerking tussen verschillende teams en door ondersteuning/coaching. Hierbij geeft men aan dat dit soms een tijdrovende bezigheid is waar niet altijd voldoende middelen voor zijn. Zowel stabiliteit als autonomie werden in het literatuuronderzoek al benoemd als kwaliteitscriteria.

Ook wat *schaalgrootte* betreft zien we twee kanten, vooral dan voor de kleinere voorzieningen. Zij geven aan dat ze flexibel zijn en een vlotte communicatie hebben doordat er weinig tussenniveaus zijn, maar dat er anderzijds een hogere werkbelasting is en soms niet voldoende expertise in huis waardoor ze aangewezen zijn op externen. Grotere voorzieningen noemen vooral hun uitgebreid aanbod als sterkte.

"We zijn klein, er is hierdoor een hoge werkbelasting. Soms is het moeilijk om onszelf als zijnde 'kleine vis' staande te houden."

"Sterktes; we zijn een grote organisatie. We hebben veel leefgroepen, een groot aanbod, we kunnen over de leefgroepen heen dingen doen. Elkaar ook ondersteunen, een jongere kan ook op time-out in een andere leefgroep."

Nog enkele andere sterktes die tenslotte worden genoemd zijn de *(inter)sectorale samenwerking* en het *MFC-model* (mogelijkheid om te schakelen).

Visie: wat zijn de sterktes en zwaktes van de organisatie? Hoe profileren jullie je tussen de andere residentiële voorzieningen?	**Aantal voorzieningen (n=24)**
PERSONEEL	
Personeel en personeelsbeleid	13
Participatie / zorg medewerkers	8
ORGANISATIE	
Schaalgrootte	8
(Intersectoraal) samenwerken	3
Informatieoverdracht	2
Goede infrastructuur/faciliteiten	1
Structurele vernieuwing	1
Goed overleg verwijzers	1
VISIE	
Contextgericht/gezinsgericht	7
Aanklampend werken	6
Doelgroep moeilijke jongeren	5
Krachtgericht/positief werken	4
MFC-model	4
Consensusmodel	3
Thuisgevoel	3
Sterke structuur	1
Gedifferentieerde werking	1

Tabel 22

<u>Vraag 2: opnamebeleid: wat zijn de kernelementen uit jullie opnamebeleid? (Een brede doelgroep, of een meer afgebakende doelgroep, uitsluitingscriteria…)</u>

Van de 18 voorzieningen waar we gedetailleerde informatie van verkregen via het interview, hebben er 11 duidelijke opnamecriteria. Zware psychische problemen, verslavingsproblematiek, mentale of fysieke handicap en zware agressie zijn de meest genoemde tegenindicaties voor opname van een jongere. Zeven voorzieningen vermeldden uitdrukkelijk dat ze geen (of zo weinig mogelijk)

uitsluitingscriteria formuleren, in de eerste plaats zijn dit de CANO-voorzieningen. Eén voorziening geeft aan dat hun opnamecriteria niet meer actueel zijn en dat het een constante zoektocht is waar de grens ligt (wanneer is er sprake van een niet handelbare verslavingsproblematiek of mentale achterstand?). Dit is een opmerking die meerdere keren terugkomt. Een andere voorziening geeft aan geen opnamebeleid te hebben en dat het de verwijzer is die de doelgroep bepaalt.

De *doelgroepomschrijving* blijft in het algemeen eerder vaag. Naast de eventuele uitsluitingscriteria, en de doelgroepomschrijving naar leeftijd en soms geslacht, wordt er *weinig gedifferentieerd*. De groepssamenstelling lijkt het belangrijkste criterium (de nieuwe jongere moet passen binnen de leefgroep), naast de mogelijkheid om met de context aan de slag te gaan.

"Niet dat er per se uitsluitingscriteria zijn, maar bepaalde jongeren passen er niet. Karakter van de groep is dus soms bepalend."

Opnamebeleid: wat zijn de kernelementen uit jullie opnamebeleid?	**Aantal voorzieningen (n=22)**
UITSLUITINGSCRITERIA	20
Problematieken doelgroep	8
Leeftijd/geslacht	7
Zwaarte / draagkracht van de leefgroep	6
Mentale handicap	6
Verslavingsproblematiek	5
ANDERE ELEMENTEN OPNAMEBELEID	
Verwijzer	5
Opnameplicht	4
CANO	4
Intake procedure	2
Centrale wachtlijst	2

Tabel 23

<u>Vraag 3: is er samenwerking met andere/externe organisaties? Zo ja: hoe? Met welk (soort) organisaties?</u>

Onderstaande tabel geeft weer waar de meeste samenwerkingsverbanden zich situeren. De algemene conclusie is dat alle voorzieningen *meerdere samenwerkingsverbanden* hebben opgezet en hier soms zwaar in investeren. Samenwerking en kennisdeling met andere organisaties wordt in de literatuur ook als kwaliteitscriterium omschreven. Slechts 1 voorziening geeft aan dat dit geen prioriteit heeft en dat ze dit liever informeel uitbouwen.

De samenwerkingsverbanden zijn *niet steeds structureel*. Als het gaat om samenwerkingen op casusniveau, wordt meestal gekeken naar wat van belang is in het traject van de jongere. Daarnaast zijn er een aantal structurele samenwerkingen die zich eerder situeren op het niveau van de werkvorm of het beleid.

Niet geheel verrassend staat bovenaan de sector van de *geestelijke gezondheidszorg*. Bij de opsomming van interventies was reeds duidelijk dat er heel wat samenwerking is met externe therapeuten of kinderpsychiaters. Ook samenwerkingsverbanden als Stent en Link worden genoemd.

Op de tweede plaats vinden we vooral samenwerkingsverbanden met organisaties die zorgen voor *alternatieve dagbesteding, time-out of ontheming* (Kruiskenshoeve, Rizsas, La Strada, …).

Wat betreft de samenwerking met scholen en Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB's) kunnen we er van uit gaan dat deze in werkelijkheid bij meer voorzieningen bestaat. Dit blijkt onder meer uit de antwoorden op vraag 1 van het interview ('normale ontwikkeling').

Meer structureel overleg vinden we in het regionaal welzijnsoverleg (GROB, LPJ, …), werkgroepen van de werkgeverskoepels (voornamelijk Vlaams Welzijnsverbond) of intervisie/trainingsgroepen voor bijvoorbeeld Triple P of Signs of Safety.

"…veel ruimer dan onze gesubsidieerde opdracht, we kijken zo naar onze cliënten, maar ook naar onze organisatie"

Is er samenwerking met andere/externe organisaties? Zo ja, hoe? Met welk (soort) organisaties?	**Aantal voorzieningen (n=23)**
Kinderpsychiatrie, ggz, therapeuten/stent	13
Dagbesteding/ontheming/kampen/vrije tijd	11
Onderwijs/CLB/leerrecht	10
Regionale welzijnsoverleggroepen	7
Andere voorzieningen (niet specifiek)	7
Time-out	5
Drughulpverlening	5
Gemeenschapsinstellingen	5
Werkgroepen koepels	4
JAC/CAW/straathoekwerk	4
OCMW	4
Intervisie/trainingsgroepen specifieke methodieken	4
VK	3
Huisarts, medici/paramedici	3
Tewerkstelling	3
Huisvesting	3
Onderzoeken, universiteiten/hogescholen	2
Lokaal cliëntoverleg	2
Sponsorgroepen	2
Politie	2
Buurtwerk, gemeentelijk beleid	2
ICT	2
Ouderparticipatie	2
Zorgboeren	1
CANO	1
MFC	1
Steunpunt Jeugdhulp	1
Crisisnetwerk Integrale Jeugdhulp	1

Tabel 24

Vraag 4: houden jullie jezelf op de hoogte van wetenschappelijke ontwikkelingen die relevant zijn voor de manier van werken? Zo ja: hoe?

De meeste voorzieningen houden zich op de hoogte via *vormingen en opleidingen (VTO).* De keuze binnen het enorme aanbod wordt op de eerste plaats bepaald door wat zich voordoet in de praktijk en door de visie volgens welke de voorziening werkt. Grootste *knelpunt* lijkt het overaanbod in combinatie met de beperkt beschikbare tijd.

"Er gebeurt heel veel, soms worden we wel wat overspoeld."

De *media* blijken een handige manier om 'mee te zijn'. Het gaat dan zowel om tijdschriften als Alert, Agora, Weliswaar… als de nieuwsbrieven en websites van NJI en Steunpunt Jeugdhulp.

Onder *'persoonsgebonden'* verstaan we dat persoonlijke interesses en kennis ook een belangrijke invloed kunnen hebben op het introduceren van wetenschappelijke kennis in de voorziening. Ook het volgen van therapie-opleidingen kan hier bijgenomen worden. In het literatuuroverzicht lazen we al dat een zogenaamde 'kampioen' (iemand die enthousiast is over een bepaalde interventie en zijn of haar kennis hierover kan delen binnen de organisatie) de effectiviteit van de hulpverlening ten goede kan komen (zie Werkzame factoren – professionaliteit).

Als laatste noemen we nog de samenwerking met *universiteiten/ hogescholen* (via onderzoek of academische werkplaatsen) en de begeleiding van *studenten* (stagebegeleiding of als lector van eindwerken). In het volgende deel gaan we dieper in op de behoefte aan wetenschappelijke onderbouwing van praktijken.

Houden jullie jezelf op de hoogte van wetenschappelijke ontwikkelingen die relevant zijn voor de manier van werken? Zo ja, hoe?	**Aantal voorzieningen (n=24)**
VTO	17
Persoonsgebonden	9
Via de pers, tijdschriften, nieuwsbrieven, websites	9
Kennisverspreiding intern	9
Vanuit praktijk/visie	7
Samenwerking met universiteiten/hogescholen	6
Onderwijs / stagiaires	5
Via andere voorzieningen	4
Via werkgeverskoepels	4
Contextgericht/systeemtheoretische opleiding	3
Eigen ontwikkelcentrum	2
CANO-overleg	1

Tabel 25

5. Behoeftenonderzoek

Vraag 1: hebben jullie behoefte aan informatie over het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken?

Een groot deel van de voorzieningen geeft expliciet aan dat er *behoefte is aan informatie over het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken*. Voorwaarde is wel dat er een duidelijke

meerwaarde voor de praktijk moet zijn. Deze meerwaarde is er voor de meeste voorzieningen wanneer de informatie aansluit bij de visie van de voorziening.

We merken hier op dat deze behoefte zich niet noodzakelijk vertaalt in een proactieve houding. Bij de vorige vraag zagen we dat dit thema niet prioritair is voor de meeste voorzieningen. Verderop zullen we ook aangeven dat er een verschil wordt gemaakt tussen 'interesse' en 'behoefte'.

"Dat kan een visie ondersteunen of versterken. En dat neemt een aantal hinderlijke aannames weg."

Als *knelpunt* wordt aangegeven dat de beschikbare tijd vaak beperkt is. De informatie dient daarom zo *praktijkgericht en toegankelijk* mogelijk gepresenteerd te worden. Dit kan door de informatie puntsgewijs, kort en bondig weer te geven, bijvoorbeeld met een beperkte toelichting en de mogelijkheid tot verder lezen.

"Wij kunnen het niet allemaal gebruiken. Filteren is niet altijd makkelijk. Een behapbare manier van het kunnen meekrijgen, dat zou wel interessant zijn."

Het is niet alleen belangrijk dat de informatie toegankelijk is, de informatie moet voorzieningen ook op de meest geschikte manier kunnen *bereiken*. De voorkeur gaat uit naar online informatie, bijvoorbeeld in een online databank, mailings en E-zines. Het E-Zine en de informatieverspreiding door Steunpunt Jeugdhulp wordt regelmatig als voorbeeld aangehaald. Daarnaast worden studiedagen en vormingen (op het niveau van de voorzieningen) naar voren gebracht.

"Toegang hebben tot bijvoorbeeld een methodiekenbank? Ervaringsdatabank? (cfr. Nederland)."

"Bijvoorbeeld het E-zine van Steunpunt Jeugdhulp. Het is een beperkte uitleg en als we meer willen weten zoeken we het op."

Voorzieningen zien voor de *overheid* een belangrijke taak weggelegd op het vlak van facilitering en stimulering van het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken. De overheid kan steun geven en een bepaald kader scheppen waarbinnen voorzieningen zelf hun eigen keuzes maken. Voorzieningen benadrukken dat zij het belangrijk vinden om uiteindelijk zelf te kunnen bepalen of een bepaalde methodiek aansluit bij hun visie.

"Probleem is dat we overstelpt worden. Het zou handig zijn als de overheid gerichter laat zien wat de moeite waard is."

Er komen tenslotte een aantal kritische geluiden naar voren. Wanneer het gaat om verwachtingen ten aanzien van de overheid wordt bijvoorbeeld naar voren gebracht dat de overheid over maatschappelijke (beleids)keuzes duidelijk (onderbouwd) en tijdig dient te communiceren.

"De overheid moet op tijd laten horen waar ze mee bezig zijn. Waar ze hun wijsheid vandaan halen. Het maakt ons niet uit, mails van de overheid bekijken we zeker. Ze kunnen ook absoluut gerichter laten weten waar ze mee bezig zijn en initiatief nemen."

"Ik zou het een goede zaak vinden als er vanuit de overheid kritisch naar gekeken wordt en niet allerlei projecten tegelijk lanceren."

"De overheid kan ervoor zorgen dat de evolutie van certificering van methodieken (wat de kostprijs verhoogt) aan banden wordt gelegd."

Hebben jullie behoefte aan informatie over het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken?	Aantal voorzieningen (n= 24)
BEVESTIGING/ONTKENNING[226]	
Ja, mits meerwaarde voor praktijk	15
Nee, geen specifieke behoefte	4
WIJZE	
Geschikte informatiekanalen (mail, databank, studiedagen…)	17
Rol van de overheid	16
Toegankelijk, kort en bondig	10
Onderzoeksresultaten en samenwerking onderzoeksinstellingen	7
VTO-beleid	3

Tabel 26

Vraag 2: hebben jullie behoefte aan uitwisseling van kennis en ervaringen, good practices, en (wetenschappelijk onderbouwde) methodieken? Zo ja: hoe? Welke randvoorwaarden moeten hiervoor vervuld zijn, ofwel; wat hebben jullie hiervoor nodig en wat kan de overheid hierin doen?

Veel voorzieningen hebben *behoefte aan informatie-uitwisseling* en erkennen het belang van het delen van informatie en ervaring tussen voorzieningen. Sommige voorzieningen leggen hierbij de nadruk op uitwisseling op organisatieniveau. De meeste voorzieningen richten zich echter op organisatie-overschrijdende informatie-uitwisseling. Een aantal voorzieningen richt zich daarnaast op informatie uitwisseling op beleidsniveau, terwijl anderen de nood aan uitwisseling op het niveau van begeleiders naar voren brengen.

"Zeker, dat geeft mogelijk ook een antwoord op vragen. Als je ervaringen kan meenemen van mensen die dingen al hebben uitgeprobeerd hoeft niet iedereen in alle stromingen mee te stappen. Het bakent af wat relevant is."

Voorzieningen geven aan dat er momenteel al vrij veel *uitwisseling bestaat*. Het kan hierbij gaan om uitwisseling in het kader van Integrale Jeugdhulp, reflectiegroepen (het registratiesysteem Binc, MFC), interne/externe supervisie, ondersteuning en samenwerking met steunpunten/ vormingscentra/ hogescholen (ook stagiaires) en studiedagen.

"Dat proberen we ook te doen met supervisie en intervisie door naar andere instellingen te gaan, andere ideeën op doen. Hoe je bepaalde zaken kunt aanpakken of hoe de werkdruk omlaag kan."

"Dus overal waar we zelf op grenzen stoten, proberen we samenwerkingen op te zetten om samen met andere voorzieningen methodieken te ontwikkelen en samen te zoeken."

"Samenwerking met KHLim : uitwisseling tussen docenten hogescholen en medewerkers voorzieningen."

Tijd wordt als belangrijkste *randvoorwaarde/knelpunt* naar voren gebracht. Informatie-uitwisseling en deelname aan uitwisselingsmomenten kosten immers veel tijd. Daarnaast moet hier vervolgens intern ook concreet iets mee gedaan worden. Voorzieningen geven aan dat het niet evident is om hier de juiste balans in te vinden.

[226] Niet alle voorzieningen hebben deze vraag met een duidelijk 'ja' of 'nee' beantwoord. Enkel expliciet bevestigende of ontkennende antwoorden hebben we onder deze categorie geplaatst. Dit geldt ook voor de volgende tabellen in deze paragraaf.

"Randvoorwaarden zijn tijd; tijd voor vormingen en uitwisseling binnen de totaliteit van ons personeel. Ik denk dat er goesting is (voor uitwisseling)."

Als mogelijke oplossing wordt een *goed georganiseerde databank* door voorzieningen naar voren gebracht. Daarnaast kunnen *regionaal* opgezette uitwisselingsinitiatieven interessant zijn met het oog op tijdsbesparing. Naast deze mogelijkheden is er ook behoefte aan extra financiële middelen.

"Er is een veelheid van nieuwe dingen, het is niet altijd evident om te kiezen. Het zou interessant zijn als er een orgaan een bepaalde selectie maakt, het filtert. Dan kunnen wij sneller in een trein springen en hoeven we niet zelf te selecteren."

We merken tenslotte op dat voorzieningen als randvoorwaarde aangeven dat zij *zelf actief* dienen in te zetten op visie-ontwikkeling.

"Ik verwacht een actieve rol van de voorzieningen zelf."

Hebben jullie behoefte aan uitwisseling van kennis & ervaringen, good practices, en (wetenschappelijk onderbouwde) methodieken? Zo ja: hoe? Welke randvoorwaarden moeten hiervoor vervuld zijn, ofwel; wat hebben jullie hiervoor nodig en wat kan de overheid hierin doen?	**Aantal voorzieningen (n=24)**
Behoefte aan uitwisseling	16
RANDVOORWAARDEN	
Tijdsdruk / gebrek aan uren	13
Rol van de voorziening	5
WIJZE	
Bestaande initiatieven	11
Gefilterde informatie / databank	9
IJH	4

Tabel 27

<u>Vraag 3: hebben jullie behoefte en interesse in betrokkenheid bij het wetenschappelijk onderbouwen van methodes die in de praktijk worden toegepast, maar niet (wetenschappelijk) zijn onderbouwd?</u>

Hoewel veel voorzieningen aangeven interesse te hebben in betrokkenheid bij wetenschappelijk onderzoek, reageerde men toch enigszins terughoudend op deze vraag. Positieve reacties werden vrijwel enkel genoemd in combinatie met randvoorwaarden en knelpunten (*ja maar/mits...).*

Als *meerwaarde* wordt genoemd dat er meer zicht op theoretische onderbouwing zal ontstaan. Een aantal voorzieningen geven aan dat deze kennis soms wel aanwezig is, maar vaak vrij algemeen. Onderbouwing en verantwoording van de manier van werken wordt door deze voorzieningen als belangrijk ervaren naar de toekomst toe.

"Het meeste is wel op de één of andere manier onderbouwd. Het is lastig want we hebben het allemaal wel ergens gelezen en passen we het toe, alleen weten we niet meer van waar het komt."

"Ik denk dat het heel belangrijk is omdat we anders in de toekomst misschien dingen over het hoofd gaan zien."

Net als bij de vorige vraag worden *tijd* en voldoende *personeel* als belangrijkste *randvoorwaarden* gezien. Daarnaast hebben een aantal voorzieningen een pragmatische houding. Onderbouwing van

methodes is geen doorslaggevende factor. *Meerwaarde voor de jongeren* en *aansluiting bij de visie* worden in dit kader als voorwaarden genoemd.

"We hebben natuurlijk wel interesse, behoefte niet per se. Wat pragmatisch voor ons. Als het werkt, dan werkt het. Tijdsgebrek en personele middelen spelen daar ook een rol in."

Een overkoepelend initiatief en/of de mogelijkheid om een beroep te kunnen doen op externe onderzoekers/stagiaires wordt door een aantal voorzieningen als (drempelverlagende) mogelijkheid gezien voor wetenschappelijke onderbouwing van bestaande initiatieven.

"Het zou wel haalbaar kunnen zijn als er een overkoepelende groep is die zich hier mee bezig houdt. Een externe die dit dan binnen de voorziening onderzoekt."

Hebben jullie behoefte en interesse in betrokkenheid bij het wetenschappelijk onderbouwen van methodes die in de praktijk worden toegepast maar niet (wetenschappelijk) zijn onderbouwd?	**Aantal voorzieningen (n=24)**
BEVESTIGING/ONTKENNING	
Ja, maar/mits…(randvoorwaarden en knelpunten)	17
Ja, vanwege meerwaarde	2
Nee	2
Bestaand initiatief / bestaande kennis	3
WIJZE	
Overkoepeling / externe medewerkers	9
Practice based onderzoek	2
Zelf onderzoek doen	1

Tabel 28

<u>Vraag 4: stel: jullie zouden meer geld en middelen tot je beschikking hebben, waar zouden jullie dat prioritair aan besteden?</u>

Een aantal voorzieningen zou extra geld inzetten op *innovatie en projecten*. Ook (structurele, overkoepelende) *samenwerking en kennisdeling* met de psychiatrie wordt naar voren gebracht. Daarnaast gaat de aandacht van een tweetal voorzieningen uit naar *wetenschappelijke onderbouwing en onderzoek.*

"Ruimte naar tijd, maar ook in de mensen hun hoofd om meer te experimenteren, en innovatief te werken."

"Dat we één keer per maand een kinderpsychiater zouden kunnen uitnodigen op onze teamvergadering."

"Meer verankeren van methodieken die vanuit de praktijk groeien en meer uitwisseling."

Hoewel er bereidheid is tot het inzetten op innovatie, kennisdeling en wetenschappelijk onderzoek zijn er meer urgente noden. *Personeelsbeleid* is voor de meeste voorzieningen van prioritair belang. Dit geldt enerzijds voor de verhoging van de personeelsbezetting voor de *core-business*. Op deze manier hopen voorzieningen bijvoorbeeld meer ruimte te creëren voor intensievere hulpverlening, betere afstemming op het individu (waaronder ook praktische zaken, bijv. meer tijd voor personeel om jongeren naar eigen hobby's te brengen) en het garanderen van stabielere personeelsomstandigheden. Anderzijds richt men zich op het creëren van ruimte en omkadering: ondersteuning, coaching, training, intervisie, supervisie. Enkelen haalden aan dat dit belangrijk is om erkenning te geven aan medewerkers onder de vorm van opleiding en doorgroeimogelijkheden.

"Extra personeel voor verplaatsingen, hobby's en ruimte creëren voor meer individuele begeleiding."

"Mogelijkheid om medewerkers verder te specialiseren: opleiden, waardering en erkenning van medewerkers."

Van alle voorzieningen die ingaan op personeelsbeleid is er één voorziening met een interessante afwijkende visie:

"We hebben genoeg. Dat (meer middelen) doodt onze creativiteit."

De aandacht gaat tot slot ook uit naar aspecten die onder *leefomgeving en infrastructuur* geschaard kunnen worden. Een aantal voorzieningen noemt de huidige infrastructuur als een knelpunt en zou extra geld besteden aan verbouwingen. In het verlengde hiervan wordt het werken met kleinere leefgroepen naar voren gebracht. Tenslotte benoemt één voorziening de behoefte aan betaalbare huisvesting voor jongeren die de stap naar BZW maken. Onderstaand citaat vat een aantal belangrijke elementen samen:

"Kleinere leefgroepen maken met hetzelfde personeel. Meer ruimte om andere dingen te doen en het beter te doen. Meer tijd voor individuele gasten, meer context, groepsgebeuren is dan beter hanteerbaar."

Stel: jullie zouden meer geld & middelen tot je beschikking hebben, waar zouden jullie dat prioritair aan besteden?	**Aantal voorzieningen (n=24)**
Human Resources / personeelsbeleid	15
Uitbouw dagbesteding/ trainingen	9
VTO-beleid	6
Innovatie / projecten	5
Verbouwingen / renovatie	4
Opvang en ondersteuning gezinnen / context	4
Samenwerking en kennisdeling met psychiatrie	3
Kleinere leefgroepen	3
Wetenschappelijke onderbouwing / onderzoek	2
Betaalbare huisvesting BZW	1
Preventie	1

Tabel 29

<u>Vraag 5: op welke manier/in welke vorm kunnen de uitkomsten uit dit onderzoek het beste worden teruggekoppeld?</u>

De meeste deelnemers verwachten een helder (bondig) rapport, liefst met enkele concrete suggesties. Veel voorzieningen suggereren ook om een presentatie/studiedag te organiseren zodat de uitkomsten van het onderzoek mondeling toegelicht kunnen worden en *benchmarking* mogelijk te maken. Daarnaast is er behoefte aan duidelijkheid over wat er met het onderzoek gaat gebeuren en welke stappen er naar aanleiding van het onderzoek gezet worden.

"Ik vind een minimaal rapport, ik zou daar graag het gehele resultaat van zien. Eventueel via een informatie communicatiemoment."

"Ook een plan van verdere ontwikkeling en aanpak. Wat gaat hier nu verder mee gebeuren? Dit onderzoek creëert verwachtingen."

Ter afsluiting van het interview is met veel deelnemers het gesprek geëvalueerd. Er kwamen veel positieve reacties op de opzet van het interview en de ruimte die deelnemers kregen om hun visie te verwoorden. De duur van het interview bleek een negatief aspect, in die zin dat voorzieningen aangaven dat zij nog veel langer over hun manier van werken in gesprek kunnen gaan.

Interessant gevolg van deelname aan het interview is dat veel deelnemers aangaven dat de voorbereiding van het gesprek iets losmaakte binnen de voorziening. Het interview bleek een *positieve aanzet tot reflectie*. Veel deelnemers gaven aan hier ook na het interview nog verder mee aan de slag te gaan.

"Ik vind dit een hele comfortabele manier van onderzoek. Op deze manier kunnen bijdragen aan onderzoek. Het gaat over waar wij mee bezig zijn. Het maakt bij ons ook iets wakker."

"Wat wij belangrijk vinden: het heeft ons verplicht om na te denken. Veel is zo vanzelfsprekend, maar moeilijk te verwoorden. Vaak werken we door ervaring en good practices."

C. Focusgroepen

Op 19 en 21 juni 2012 werden twee focusgroepen georganiseerd met voorzieningen die niet aan de interviews hadden deelgenomen. Doelstelling van deze bijeenkomsten was terugkoppeling, reflectie en dialoog over de eerste resultaten uit het behoeftenonderzoek, afgenomen tijdens de interviews. Door voorzieningen uit te nodigen die niet aan de interviews hadden deelgenomen, werd daarnaast het bereik van het onderzoek verbreed.

De selectie van de deelnemers vond plaats op basis van dezelfde criteria die we voor de interviews hanteerden. We nodigden per focusgroep twaalf voorzieningen uit waarbij rekening werd gehouden met regionale spreiding, doelgroep, (totaal)capaciteit en het aanbod van de voorziening. Aan de eerste bijeenkomst namen zes deelnemers mee, van vijf voorzieningen. Aan de tweede bijeenkomst namen acht deelnemers uit evenveel voorzieningen deel, waarmee in totaal dertien voorzieningen bij de focusgroepen zijn betrokken.

In onderstaande tabel staan de geanonimiseerde kenmerken van de deelnemende voorzieningen:

Leeftijd	**Aantal (n=13)**
0-18	9
3-18	2
12-18	0
14-18	1
15-18	1
Geslacht	**Aantal**
J & M	12
J	0
M	1
Grootte	**Aantal**
< 15	3
15 - 30	3
30 - 50	2
50 – 100	4
> 100	1
Spreiding	**Aantal**
Brussel HG	0
Antwerpen	2
Limburg	2
Oost-Vlaanderen	3
Vlaams-Brabant	3
West-Vlaanderen	3
Categorie 1Bis	**Aantal**
	6
MFC/CANO	**Aantal**
	4

Tabel 30

Op basis van de eerste analyse van de antwoorden uit de interviews formuleerde Steunpunt Jeugdhulp vijf stellingen om zo af te toetsen of de voorlopige bevindingen uit de interviews herkenbaar waren. Daarnaast konden bepaalde antwoorden uit de interviews verder verduidelijkt, of afgetoetst worden, bijvoorbeeld de rol en verwachtingen ten aanzien van de overheid.

Ter voorbereiding ontvingen de deelnemers een document met een korte toelichting over het onderzoek en het theoretisch kader van waaruit het onderzoek vertrok. In deze toelichting werden de ontwikkelingen op het vlak van *evidence based* werken toegelicht, waarbij onder andere het model van Pijnenbrug aan bod kwam.

In dit hoofdstuk geven we in de samenvatting een beschouwing van de gesprekken die hebben plaatsgevonden. De verslagen van de focusgroepen zijn terug te vinden in Bijlage 2.

Samenvatting focusgroepen

Bij aanvang van de focusgroepen werd gevraagd of de deelnemers bekend waren met de geschetste ontwikkelingen rondom *evidence based* werken (terug te vinden in de referentiekaders van dit rapport). De informatie bleek bij de meeste voorzieningen niet ingeburgerd. Het model van Pijnenburg werd met interesse ontvangen. Het feit dat het onderzoek niet puur gefocust is op de toepassing van interventies, maar breder kijkt naar aspecten die op micro-, meso- en macroniveau de hulpverlening beïnvloeden, vonden de deelnemers van groot belang.

Het viel Steunpunt Jeugdhulp op dat de voorzieningen aangaven dat ze het thema effectiviteit interessant vonden en dat de deelnemers het op prijs stellen dat het behoeftenonderzoek is ingesteld. Dit bleek ook uit de snelle inschrijving van de aanwezige deelnemers. Tegelijkertijd lijkt effectiviteit een thema te zijn waar de voorzieningen vrij weinig (althans niet structureel) mee bezig zijn, waardoor het voor de deelnemers soms moeilijk was om een visie rondom de stellingen te formuleren.

<u>Stellingen</u>

De eerste en tweede stelling liggen in elkaars verlengde. De antwoorden die tijdens de focusgroepen gegeven werden, liepen hier ook door elkaar, daarom bespreken we de antwoorden op deze twee stellingen samen. De stellingen luiden als volgt:

'Stelling 1: de overheid moet een duidelijkere visie hebben over wetenschappelijk onderbouwd werken'

en

'Stelling 2: wanneer het vaststaat dat een bepaalde methodiek werkzaam is, is het belangrijk dat deze gestimuleerd wordt door de overheid'

Tijdens de interviews en de focusgroepen is onderzocht wat de rol van de overheid kan zijn bij informatie-uitwisseling, kennisdeling en wetenschappelijk onderbouwd werken. De antwoorden uit de interviews en focusgroepen komen overeen. Zo komt uit de interviews en de focusgroepen naar voren dat er sprake moet zijn van een *wisselwerking tussen overheid en voorzieningen*. Enerzijds zien voorzieningen een faciliterende, stimulerende rol voor de overheid weggelegd. De overheid kan een kader scheppen en de toegankelijkheid van belangrijke informatie waarborgen. Anderzijds wordt ook gesteld dat voorzieningen zich actief dienen op te stellen en bijvoorbeeld mee dienen te werken aan de beschrijving en onderbouwing van de manier van werken.

Er wordt gepleit voor een brede wetenschappelijke blik van de overheid. Het moet duidelijk zijn vanuit welke visie de overheid naar bepaalde (wetenschappelijke) ontwikkelingen kijkt en vanuit welk perspectief bepaalde initiatieven worden gestimuleerd. Voorzieningen geven aan soms bang te zijn bepaalde keuzes te maken omdat men 'de boot niet wil missen' en bijvoorbeeld net een andere

richting inslaat dan de overheid voor ogen heeft. Hoewel voorzieningen hiermee aangeven een bepaald kader van de overheid te verwachten, wordt tegelijkertijd benadrukt dat er niet te hard aangestuurd dient te worden. Voorzieningen hechten grote waarde aan hun autonomie en diversiteit en variatie in het aanbod en benadrukken dat zij het belangrijk vinden om zelf informatie te selecteren die aansluit bij hun eigen visie.

'Stelling 3: voorzieningen hebben vooral nood aan praktische instrumenten en tools voor de dagelijkse praktijk'[227]

De reacties uit de focusgroepen waren vooral positief. Vrije beschikbaarheid van informatie en keuzevrijheid van voorzieningen om te kunnen kijken welke instrumenten aansluiten bij hun visie komen als belangrijke aspecten naar voren, we vatten de antwoorden als volgt samen:

- Als de tools vrij beschikbaar zijn, heeft dit volgens een aantal voorzieningen zeker een meerwaarde. Dit biedt *extra ondersteuning om te kijken waar de voorziening staat, wat er goed gaat en wat er beter kan*. Eén deelnemer zag weinig meerwaarde in praktische tools en instrumenten omdat het kwaliteitshandboek volgens deze deelnemer voldoende houvast biedt.
- Net als bij vraag één en twee geven voorzieningen hier ook aan dat er een *wisselwerking* dient te zijn. De overheid dient materiaal beschikbaar te stellen en voorzieningen dienen te werken aan de opbouw van eigen wetenschappelijkheid zodat er goede praktijkuitwisseling plaats kan vinden.
- Er is interesse in praktische tools die een *rechtstreeks resultaat* tot gevolg hebben.

'Stelling 4: databanken zijn de ideale vorm om methodieken en good practices te verspreiden'

Uit de interviews blijkt dat een groot deel van de voorzieningen behoefte heeft aan informatie over het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken. Deze informatie dient praktijkgericht en toegankelijk gepresenteerd te worden. Een goed georganiseerde databank wordt als geschikt middel naar voren gebracht om informatie en *good practices* over wetenschappelijk onderbouwde methodieken te verspreiden en uit te wisselen. In de focusgroepen wordt dit beeld bevestigd en nader onderbouwd met een aantal voordelen die verbonden zijn aan een databank. We vatten de antwoorden als volgt samen:

- Er kan zelf gekeken worden welke initiatieven relevant zijn voor de voorziening en *aansluiten op de visie van de voorziening.*
- *Gedeelde herkenning* doordat een databank toont waar andere voorzieningen mee bezig zijn.
- Voorzieningen worden met het oog op informatie-uitwisseling *zelf ook aangesproken* om eigen initiatieven te beschrijven en te onderbouwen wat men doet en waarom men dit zo doet. Op deze manier kan opgebouwde kennis worden gedeeld met andere voorzieningen die een antwoord zoeken voor een gelijkaardig probleem.

[227] Steunpunt Jeugdhulp introduceerde deze vraag met een voorbeeld van de werkbladen die het NJI ontwikkelde. Met deze werkbladen kunnen voorzieningen zelf onderzoeken in hoeverre er binnen de voorziening op basis van werkzame factoren gewerkt wordt. Zie: http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=126320.

Wat betreft de praktische invulling van databanken wordt het volgende opgemerkt:

- Voorzieningen zijn momenteel al op zoek naar databanken en geven aan dat er een wildgroei aan databanken lijkt te ontstaan. Er is *nood aan één herkenbare website die organisaties kan ondersteunen*. Het is belangrijk dat deze website *actueel en goed onderhouden* blijft.
- Het is interessant wanneer er bij iedere interventie of artikel een *contactpersoon* staat vermeld die aangesproken kan worden. Daarnaast kan een forum waar ideeën, vragen en documenten gedeeld kunnen worden een meerwaarde bieden.

'Stelling 5: er is bereidheid om in te zetten op onderzoek naar toegepaste praktijken, maar er zijn andere meer dringender noden'

Wetenschappelijke onderbouwing biedt volgens een aantal voorzieningen uit de interviews en focusgroepen een *meerwaarde,* in die zin dat het een beter inzicht geeft in de achterliggende theorie en de aanwezige werkzame factoren. Er worden ook *knelpunten* naar voren gebracht. In de eerste plaats is er weinig geld en ruimte om onderzoek te (laten) doen. In de tweede plaats kan onderzoek in een voorziening moeilijk zijn en aanpassing vragen. Onderzoek kan weerstand oproepen, vooral in crisissituaties. Het uitgangspunt is dat het belang van de jongere prevaleert.

Voorzieningen formuleerden een aantal randvoorwaarden voor (deelname aan) onderzoek. We vatten deze voorwaarden als volgt samen:

- Er wordt nu vaak vanuit praktijkervaring gewerkt zonder een duidelijk zicht op wetenschappelijke onderbouwing. Onderzoek kan zinvol zijn. Voorzieningen moeten ondersteund worden om te kijken wat wel of niet werkt vanuit de praktijk: *participatief onderzoek* is wenselijk.
- Er zijn veel initiatieven met een tijdelijk karakter. Onderzoekers zijn gepromoveerd en je hoort er niks meer over. *Longitudinaal, duurzaam onderzoek* lijkt noodzakelijk om te kunnen kijken waar een meerwaarde wordt geboden en waar tekort geschoten wordt.
- De overheid dient *hogescholen en universiteiten te stimuleren* om onderzoek in de bijzondere jeugdzorg (en dan in het bijzonder in de leefgroepwerking) te doen.
- Er moet nauw *aangesloten worden bij de praktijk en de kernvragen* ('essentie van de zorg') die bij voorzieningen spelen. Huidig onderzoek gaat vaak voorbij aan de realiteit. Bereidheid om mee te doen hangt samen met wat het oplevert.
- De volgende inhoudelijke onderzoeksthema's worden opgeworpen:
  - *Oorzaken voor probleemgedrag en hechtingsproblemen* zodat we het gedrag van jongeren beter kunnen begrijpen. Hoe herstel je bijvoorbeeld de relatie tussen kinderen en ouders die jarenlange problemen hebben?
  - *Relatie hulpverlener-cliënt*: hoe werk je als hulpverlener aan die relatie en aan de eigen persoon. Waarom kan de ene hulpverlener zich wel staande houden en de andere niet?
  - Wat zijn *werkzame en beschermende factoren in de context* van een jongere? Wat maakt dat sommige jongeren achteraf hun plan kunnen trekken en anderen niet?
  - Wat is de invloed op jongeren van de *steeds strengere regelgeving* waaraan hulpverlening moet voldoen? Te denken valt aan de extra tijd die aan administratie moet worden besteed, of welzijnsreglementering die de 'normale' gang van zaken eerder belemmert dan stimuleert. Wat is de beleving van de jongeren bij deze stijgende druk op de voorzieningen? Ondervinden zij hiervan een invloed?

- Er is behoefte aan *onderzoek naar MFC's*. Wat zijn werkzame factoren binnen MFC's? Is MFC beter dan het klassieke model? Welke van deze factoren kunnen relevant zijn voor andere voorzieningen?

'*Ter afsluiting: hoe kunnen de resultaten uit onderzoek het beste worden teruggekoppeld?*'

Net als uit de interviews naar voren komt, gaat de voorkeur uit naar een kort en bondig overzicht en een planning van wat er naar aanleiding van dit rapport gaat gebeuren.

HOOFDSTUK 3 Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk vangt aan met een beschrijving van de onderzoeksopzet en beperkingen. Vervolgens gaan we over tot de beantwoording van de onderzoeksvragen. We sluiten af met aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek.

A. Inleiding

Wat werkt in de residentiële jeugdzorg? Deze vraag staat centraal in dit onderzoek. In het eerste deel van dit onderzoek onderscheidden we op basis van (inter)nationaal literatuuronderzoek algemeen en specifiek werkzame factoren die van invloed zijn op de uitkomsten van residentiële jeugdzorg. Daarnaast gaven we een overzicht van werkzame interventies die zijn opgenomen in de Databank van het NJI. In het tweede deel onderzochten we aan de hand van interviews met 24 voorzieningen en twee focusgroepen hoe in Vlaamse residentiële voorzieningen wordt gewerkt en vergeleken dit met de uitkomsten uit het literatuuronderzoek.

B. Beperkingen onderzoek

Het betreft hier een kwalitatief, verkennend onderzoek waarmee we een eerste zicht wilden krijgen op hoe de residentiële voorzieningen in Vlaanderen werken, wat zij omschrijven als sterktes en knelpunten. Ruim een derde van de erkende begeleidingstehuizen zijn bij het onderzoek betrokken geweest. Voor de kwaliteit van het onderzoek hielden we rekening met aspecten als spreiding over verschillende regio's, differentiatie qua leeftijdscategorie, geslacht, grootte van de voorziening en andere kenmerken zoals voorzieningen categorie 1, 1bis, CANO en MFC. Voor de generalisering van de interviews en focusgroepen is enige voorzichtigheid op zijn plaats. Door het open karakter van de vraagstelling hebben we met dit onderzoek geen uitputtend overzicht gekregen van toegepaste interventies en/of werkzame factoren. Hiervoor is uitgebreider vervolgonderzoek noodzakelijk.

C. Beantwoording onderzoeksvragen

1. *Welke werkzame factoren, methodieken en goede praktijken zijn eigen aan de residentiële werkvormen?*

In het literatuuronderzoek in dit rapport gaven we een uitgebreide lijst van algemeen en specifieke werkzame factoren die onderscheiden worden in de internationale literatuur. We deelden deze werkzame factoren op in drie domeinen:

- orthopedagogische basiszorg,
- effectieve zorg en behandeling,
- personeel en organisatie.

Uit het onderzoek blijkt dat Vlaamse residentiële voorzieningen bijzonder veel belang hechten aan het bieden van ***goede basiszorg*****.** Factoren als de relatie hulpverlener-cliënt, normale ontwikkeling, individuele aandacht, veiligheid, gezondheid, rust en privacy zijn voor alle voorzieningen van primordiaal belang en aanwezig doorheen heel de begeleiding. Door de bijzondere situatie van 'het geplaatst zijn' komt het belang van deze basiszorg natuurlijk extra naar voren. De meeste van bovengenoemde factoren zijn niet specifiek voor de residentiële hulpverlening en gelden dus ook

voor andere vormen van jeugdhulpverlening, maar krijgen als het ware een bijzondere plaats binnen de residentiële hulpverlening.

Uit de literatuur blijkt dat de groepsbegeleiders een zeer specifieke en complexe taak hebben. Het is een hele kunst om een goede relatie op te bouwen met jongeren die snel geraakt zijn, agressief reageren en vaak de regels overtreden. Veilig gehechte begeleiders zijn hier beter in dan andere maar uit onderzoek blijkt dat het tot stand brengen van een responsieve relatie waarbij je je gedrag kan afstemmen op het gedrag en de noden van de jongeren, een vaardigheid is die aangeleerd kan worden.

Een tweede belangrijk aspect is het bieden van een veilig en positief leefklimaat. Hoewel uit de literatuur blijkt dat jongeren in een residentiële setting probleemgedrag zoals pesten, intimideren en bedreigen van elkaar overnemen, hoeft dit niet altijd zo te zijn. Jongeren die een vaardigheidstraining volgen nemen het deviante gedrag veel minder van elkaar over. In Vlaamse voorzieningen worden spanningen in de groep vaak ter sprake gebracht tijdens groepsgesprekken en worden jongeren getraind in sociale vaardigheden waardoor het risico op het overnemen van deviant gedrag beperkt wordt.

Tenslotte is er ook nood aan een goed agressiebeleid om een positief klimaat tot stand te brengen. Duidelijke regels, goed getraind personeel en supervisie zijn hierbij belangrijke aspecten.

Op het niveau van de ***effectieve zorg en behandeling*** staat vooral het betrekken van- en het werken met de context en het netwerk voorop. Hier worden tal van interventies vernoemd (gezinsbegeleiding, contextbegeleiding, Triple P, Signs of Safety, netwerktafels, enz).. Dit contextgericht werken is duidelijk een sterkte van het residentieel werken in Vlaanderen, al merken we wel grote verschillen in de concrete uitbouw van deze contextgerichte benadering. Zo is er in sommige voorzieningen sprake van een structurele inzet op de context, de CANO-visie is in dit kader illustrerend. Bij andere voorzieningen blijft 'contextgericht werken' beperkt tot het opmaken van genogrammen en telefonisch contact met de ouders en/of de context. Goede contextbegeleiding gaat echter verder dan louter aandacht schenken aan het gezin van herkomst en de relatie tussen jongeren en hun ouders. Het betrekken van ouders in de behandeling van de jongere en het uitbouwen van oudertrainingen lijken belangrijke aspecten. Programma's als Functional Family Therapy, Triple P en Stop4-7 uit de Databank Effectieve Interventies van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) kunnen hier als voorbeeld dienen.

Aansluitend hierbij vernoemen we ook het multimodaal en multimethodisch werken. Residentiële jeugdhulp in Vlaanderen richt zich duidelijk op verschillende functioneringsdomeinen zoals dagbesteding, context/netwerk en het individuele functioneren. Daarvoor worden verschillende soorten interventies ingezet. Gemiddeld noemden de geïnterviewde voorzieningen meer dan acht interventies.[228] Volgens Grietens e.a. is deze waaier aan interventies enerzijds een illustratie van werken op maat, anderzijds lijkt dit een uiting van het constant zoeken naar de juiste indicatiestelling (als voorwaarde voor het werken op maat). Verschillende voorzieningen geven aan dat individuele begeleiding niet voldoende uitgebouwd kan worden omwille van werkdruk en beperkte personele middelen. Daarnaast geven voorzieningen aan dat zij, gezien de zware problematiek van de jongeren, niet altijd kunnen bieden wat zij nodig hebben.

[228] Daarnaast werd ook een veelheid aan technieken benoemd die niet altijd uitgebreid werden bevraagd en ook niet exhaustief werden opgenomen in de overzichtstabel. Zie tabel 16 op p.94.

Ook participatief werken is prominent aanwezig, mede door de invloed van het Decreet Rechtspositie van de Minderjarige in de jeugdhulp. Er zijn soms grote verschillen tussen de voorzieningen en we willen hier benadrukken dat verschillende participatieaspecten aan bod moeten komen: *het ontdekken en onthullen van iemands mogelijkheden, delen van macht en besluitvorming, luisteren en met respect reageren.*

Cognitief gedragsmatige interventies worden in de literatuur als een specifiek werkzame factor voor de residentiële jeugdzorg omschreven. Hoewel deze manier niet enkel 'eigen' is aan deze werkvorm, wordt er vanwege de toegenomen zwaardere problematiek van de doelgroep veel aandacht aan besteed, zowel in de literatuur als in de praktijk. Tokensystemen en de eerder aangehaalde (sociale) vaardigheidstrainingen zijn hier goede praktijken. Rots en Water en Equip zijn bovendien theoretisch goed onderbouwde interventies volgens de databank van het NJI.

Het voornaamste aandachtspunt op dit niveau is dat er nog meer ingezet kan worden op theoretische onderbouwing, programma-integriteit (aan de hand van richtlijnen) en monitoring van de gehanteerde interventie. We geven later enkele concrete aanbevelingen.

Op het niveau van ***personeel en organisatie*** vermelden we tenslotte op de eerste plaats het grote belang dat voorzieningen hechten aan een uitgewerkte visie die de basis vormt voor de geboden hulpverlening. Ook in de literatuur wordt dit genoemd als algemeen werkzame factor. Een duidelijke visie is een ondersteuning voor de begeleiders en heeft zelfs een positieve invloed op de kijk van de jongeren.

Een tweede belangrijk aspect is de professionaliteit van de begeleiders. Hieronder verstaan we een geheel van kennis en vaardigheden waarover een begeleider moet beschikken. Een begeleider moet in staat zijn een responsieve relatie te ontwikkelen met de jongeren en moet tegelijk ook structuur en houvast kunnen bieden aan de groep. Uit de literatuur blijkt ook dat begeleiders vaak terugvallen op hun intuïtie en dat ze doorheen trial and error een persoonlijke voorkeurstijl ontwikkelen. Het is belangrijk dat de begeleiders deze persoonlijke stijl kunnen verlaten wanneer dit nodig is. Hiervoor zijn monitoring en training noodzakelijk.

Daarnaast wordt door de meeste voorzieningen flink geïnvesteerd in samenwerking, in de eerste plaats met de GGZ. Voorzieningen zetten zowel in op samenwerking op casusniveau als op kennisdeling met andere voorzieningen en andere sectoren. Er is behoefte aan verdere uitbouw van structurele samenwerking met de psychiatrie en ambulante GGZ. Link en Stent zijn enkele goede praktijken. Belangrijk knelpunt blijft de wachtlijst voor opname in een psychiatrische setting. Daarnaast beschikken een aantal voorzieningen over onvoldoende financiële middelen voor therapie. Veel aandacht wordt ook besteed aan de ondersteuning van begeleiders. Het werken in leefgroepen met doorgaans een aantal 'moeilijkere cliënten' en de flexibiliteit die verwacht wordt van de begeleiders, zorgt soms voor een groter personeelsverloop. Dit brengt de stabiliteit binnen de voorziening in gevaar. Een goede selectie, training en ondersteuning in de vorm van intervisie en supervisie moeten hier antwoord bieden.

Allicht de meest specifieke factor voor de residentiële hulpverlening is de leefgroepgrootte. Bijna alle voorzieningen geven aan te streven naar kleine leefgroepen (maximaal acht jongeren) en realiseren dat voornamelijk door het aanbod van TCK en BZW. De flexibele norm werd hier weinig aangehaald als 'oplossing'. Het onderzoek naar de ideale leefgroepgrootte is schaars, maar lijkt dit streven van de voorzieningen te ondersteunen.

2. *Wat kunnen we verstaan onder 'werkzaam'?*

In dit onderzoeksrapport werden twee begrippenkaders aangehaald om het begrip 'werkzaam' beter te begrijpen. Enerzijds is er de definitie van Grietens e.a. waar sprake is van effect of werkzaamheid wanneer er *na de geboden hulpverlening iets is veranderd en wanneer deze verandering aan de geboden hulpverlening toegeschreven kan worden.* Anderzijds hebben we de effectladder van Van Yperen en Veerman waar vier kwalificatieniveaus voor *interventies* worden onderscheiden. In dit model is ook *doelrealisatie* een onderdeel van werkzaamheid.

Grietens e.a. spreken van effect of werkzaamheid als er na de geboden hulpverlening iets is veranderd en als deze verandering aan de geboden hulpverlening toegeschreven kan worden. Met andere woorden: de toegepaste hulpverlening maakt een verschil. We spreken van effectiviteit of doeltreffendheid als naast deze werkzaamheid ook de vooropgestelde doelen van de interventie zijn gerealiseerd.

Een ander invulling wordt gegeven in de effectladder van Van Yperen en Veerman. De effectladder is een onderzoeksinstrument voor het bepalen van de effectiviteit van interventies. In dit model worden vier niveaus van effectiviteit omschreven. Op een minimumniveau van *'potentiële interventies'* worden de kernelementen van een interventie beschreven (doel, doelgroep, aanpak en randvoorwaarden). Bij het tweede *'veelbelovende niveau'* wordt de interventie met behulp van wetenschappelijke inzichten theoretisch onderbouwd. Vanaf het derde *'doeltreffende niveau'* wordt er empirische bewijskracht aangevoerd voor de effectiviteit van een interventie. Op het vierde niveau van *'werkzame interventies'* worden de empirisch vastgestelde uitkomsten causaal gerelateerd aan de interventie en wordt er causaal bewijs geleverd dat deze interventie (en niets anders) tot de gewenste uitkomsten heeft geleid. In dit model is doelrealisatie dus een onderdeel van werkzaamheid. Let wel, het gaat hier om een kwalificatieniveau voor interventies.

In dit onderzoek richten we ons op het geheel van werkzame factoren op het niveau van orthopedagogisch basisklimaat, effectieve zorg en behandeling (interventies en therapeutisch klimaat), personeel en organisatie. De invalshoeken van zowel Grietens als Van Yperen zijn daarom beiden relevant. Wanneer het gaat over de werkzaamheid van toegepaste interventies hanteren we het begrippenkader van Van Yperen en Veerman. Wanneer we echter kijken naar de effectiviteit van de residentiële hulpverlening in zijn geheel spreken we in dit kader, net als Grietens e.a., van *effectiviteit of doeltreffendheid.*

3. *In welke mate zijn de methodieken en interventiemiddelen beschreven en wetenschappelijk getoetst?*

Voorzieningen kunnen over het algemeen goed omschrijven wat ze doen, hoe interventies zijn opgebouwd en met welke frequentie de interventies worden toegepast. Daarnaast geven voorzieningen vaak goed aan vanuit welke visie er voor bepaalde interventies gekozen is en welke algemene theoretische kaders hieraan ten grondslag liggen. Wanneer er echter naar de specifieke achterliggende theorieën werd gevraagd, bleek dit voor het merendeel van de voorzieningen moeilijk te beantwoorden. Daarnaast ontbreekt het vaak aan een duidelijke doelgroepomschrijving of richtlijnen. Dit maakt dat we ons vragen kunnen stellen bij de programma-integriteit en effectiviteit van bepaalde interventies. Duidelijke 'programmahandleidingen' zouden de hulpverleners meer inzicht moeten geven in de *werkzame elementen* van de interventie en hoe ze in te zetten.

Als we de Databank Effectieve Interventies van het NJI als uitgangspunt nemen, kunnen we stellen dat slechts drie van de genoemde interventies (Triple P, Rots en Water en Equip) terug zijn te vinden in de Databank van het NJI. Deze interventies zijn voldoende theoretisch onderbouwd en bevinden zich op niveau twee ('veelbelovend') van de effectladder van Van Yperen en Veerman.[229] Op het niveau van 'bewezen effectieve interventies' en 'waarschijnlijk effectieve interventies' onderscheidt het NJI in Nederland tien interventies. Geen enkele van de door Vlaamse voorzieningen genoemde interventies vinden we op deze niveaus van de effectladder terug.

4. *Wat zijn de kritische succesvoorwaarden, randvoorwaarden en knelpunten voor het werken met en het introduceren van deze methodieken en interventiemiddelen? En:*
5. *Wat leren nationale en internationale studies ons hieromtrent?*

Om methodieken en interventiemiddelen op effectieve wijze in te zetten, moeten een aantal werkzame factoren gerealiseerd zijn die leiden tot een goede orthopedagogische basiszorg. Het gaat met name om het tot stand brengen van een goede hulpverleningsrelatie, het creëren van veiligheid en een positief leefklimaat. Daarnaast zijn werkzame factoren op het niveau van effectieve zorg en behandeling, organisatie en personeel van belang. Hierbij kan gedacht worden aan een duidelijke structuur, samenhang en continuïteit, professionaliteit en goede werkomstandigheden.

Pas als dit gerealiseerd wordt, kan gedacht worden aan het beschrijven en onderbouwen van interventies en het inzetten van deze interventies. Diezelfde bekommernis vinden we ook terug in de manier waarop residentiële voorzieningen in Vlaanderen hun hulpverleningsaanbod omschrijven. Zo benoemen voorzieningen het belang van training en ondersteuning in het werken met groepsdynamische aspecten en voldoende ruimte (letterlijk en figuurlijk) om individueel en contextgericht te kunnen werken vanuit een goed uitgewerkte en gedeelde visie. We komen hier op terug bij de aanbevelingen.

Daarnaast is een goede implementatie een kritische succesvoorwaarde voor het introduceren en werken met (wetenschappelijk onderbouwde) interventies. Programma-integriteit en monitoring spelen hierbij een essentiële rol. Een interventie dient uitgevoerd te worden zoals van te voren is bedacht. De aanwezigheid van heldere richtlijnen en programmadocumentatie zijn in dit kader belangrijk, ook om monitoring te stimuleren. Monitoring maakt zichtbaar wat goed loopt en waar bijgestuurd moet worden. Implementatie kost tijd en dient gefaseerd plaats te vinden. Zowel uit het literatuuronderzoek als uit het onderzoek naar Vlaamse residentiële voorzieningen blijkt dat er op het vlak van programma-integriteit en monitoring verbeteringen mogelijk zijn. Uit de literatuur komt naar voren dat factoren als kostenbesparing, tijdgebrek en toepassing van een eigen 'intuïtieve' persoonlijke manier van handelen ervoor zorgen dat de implementatie in de residentiële jeugdzorg vaak nog te wensen over laat.

6. *In welke mate hebben residentiële voorzieningen kennis over en inzichten in wetenschappelijke onderbouwing van methodieken?*

De kennis over wetenschappelijke onderbouwing van de manier van werken is vaak vrij algemeen van aard. De aangehaalde theoretische onderbouwingen zijn meestal praktijktheorieën die een algemeen kader geven. De meeste voorzieningen geven aan te vertrekken vanuit een bepaalde visie op hulpverlening en van daaruit op zoek te gaan naar interventies. Er wordt minder gedacht vanuit

[229] Zie tabel 18 op p.99.

het 'model van Van Yperen en Veerman' waarbij vertrokken wordt vanuit de specifieke doelgroep – de te realiseren doelstellingen en de interventie die hierop aansluit. Het wetenschappelijk onderbouwen van interventies is voor de meeste voorzieningen ook geen doel op zich. Praktijkervaringen spelen een veel grotere rol bij het al dan niet implementeren van bepaalde interventies. De insteek waarbij interventies beschouwd worden als 'verpakking' van algemeen werkzame factoren lijkt beter aan te sluiten bij de zienswijze van voorzieningen. De kennis over algemeen en specifiek werkzame factoren wordt hiermee ook vergroot. Bij de aanbevelingen komen we hier op terug.[230]

7. *Op welke manier kan relevante informatie inzake wetenschappelijk onderbouwde methodieken en werkzame factoren verspreid worden onder de residentiële voorzieningen?*

Er is behoefte aan informatie over het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken. Dit thema is echter niet van prioritair belang voor voorzieningen en vertaalt zich niet noodzakelijk in een proactieve houding.

Als knelpunt wordt aangegeven dat de beschikbare tijd vaak beperkt is. De informatie dient daarom zo *praktijkgericht en toegankelijk* mogelijk gepresenteerd te worden. Dit kan door de informatie puntsgewijs, kort en bondig weer te geven, bijvoorbeeld met een beperkte toelichting en de mogelijkheid tot verder lezen. Een goed georganiseerde databank wordt als een geschikt middel naar voren gebracht.

Steeds meer voorzieningen geven tenslotte aan samen te werken met hogescholen of universiteiten (KHLim, KATHO, Lucas) om op die manier op de hoogte te blijven van wetenschappelijke ontwikkelingen, waar ook stagiaires een belangrijke rol vervullen. Deze samenwerking kan als inspiratiebron dienen en verder gestimuleerd worden. Bij de aanbevelingen komen we hier op terug.

8. *Welke ondersteuningsnoden leven bij de residentiële werkvormen in Vlaanderen?*

Uit het behoeftenonderzoek komen de volgende punten naar voren:

- Er is behoefte aan extra ondersteuning van het personeel in verband met hoge werkdruk en toegenomen problematiek. Dit met het oog op stimulering van de normale ontwikkeling van de jongere, de individuele aandacht voor de jongere en meer algemeen de professionaliteit binnen de organisatie.
- Op het vlak van infrastructuur geeft een aantal voorzieningen aan meer ruimte nodig te hebben voor het garanderen van de individuele aandacht, rust en privacy van de jongere en een veilig leefklimaat.
- Er is behoefte aan uitbreiding van (structurele) samenwerking geestelijke gezondheidszorg.
- Er is behoefte aan onderzoek gericht op de essentie van hulpverlening, zoals de relatie hulpverlener-cliënt en werkzame/beschermende factoren in de context van de jongeren. Daarnaast dienen onderzoeksprojecten een duurzaam en longitudinaal karakter te hebben, nauw aan te sluiten bij de praktijk en participatief van aard te zijn.

[230] Zie H.2-B Resultaten interviews – interventies, p.100.

9. *Welke randvoorwaarden moeten vervuld zijn voor een voorziening om de nodige kwaliteitsgaranties in te bouwen inzake het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken?*

Er wordt door voorzieningen vaak vanuit de praktijk bekeken of iets wel of niet werkt en niet vanuit beschikbare kennis over effectiviteit en efficiëntie. Tijdsgebrek, gebrek aan personele middelen en de voortdurende ontwikkeling van nieuwe interventies lijken hieraan ten grondslag te liggen. Daarnaast zien voorzieningen niet altijd de meerwaarde van het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken. Voor het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken formuleren voorzieningen de volgende randvoorwaarden:

- Voldoende personeel en middelen.
- Ondersteuning bij het uitschrijven en onderbouwen van gehanteerde interventies. Bijvoorbeeld door het (vrij) ter beschikking stellen van praktische instrumenten.
- Een duidelijke (zichtbare) meerwaarde voor de jongeren en de voorziening.

We vermelden hier nogmaals het belang dat in de literatuur gehecht wordt aan implementatie en monitoring van de interventie (uitvoering en resultaten). Dit wordt echter niet als dusdanig door de voorzieningen zelf naar voren gebracht.

Een wisselwerking tussen overheid en voorzieningen vinden voorzieningen belangrijk. Voorzieningen zien op het vlak van kennisuitwisseling, kennisdeling en wetenschappelijk onderbouwd werken een faciliterende, stimulerende rol weggelegd voor de overheid. De overheid kan het werken met wetenschappelijk onderbouwde interventies stimuleren en instaan voor gestroomlijnde toegankelijke informatie. Het is hierbij belangrijk dat de overheid aangeeft vanuit welke visie zij naar bepaalde (wetenschappelijke) ontwikkelingen kijkt en vanuit welk perspectief bepaalde initiatieven worden gestimuleerd. Naast de rol die voorzieningen voor de overheid zien weggelegd geven zij tenslotte aan dat een actieve houding van de voorzieningen zelf een belangrijke voorwaarde is. De visie op de ontwikkelingen van de jeugdhulp richting 2020 uit de 'Staten-Generaal Jeugdhulp. Met de Kracht van jeugd!' (2012) anticipeert op een aantal van deze punten. Zo streeft de overheid naar één transparante jeugdhulp waarbij voorzieningen middels het 'sociaal ondernemershap' meer ruimte en verantwoordelijkheden krijgen om zelf accenten te leggen, kansen te benutten en intersectoraal te werken.

D. Aanbevelingen

<u>Orthopedagogische basiszorg:</u>

- Uit de literatuur blijkt dat het tot stand brengen van een responsieve relatie tussen begeleiders en jongeren essentieel is voor van een goede orthopedagogische basiszorg. Sommige begeleiders bouwen van nature makkelijk een positieve band op met jongeren die moeilijk gedrag vertonen, anderen moeten die vaardigheid ontwikkelen. Uit de literatuur blijkt dat *video-interactiebegeleiding* hiervoor een goed instrument is.[231]
- Het inzetten op werkzame factoren op het niveau van de orthopedagogische basiszorg (normale ontwikkeling van de jongere, gezondheid, individuele noden en identiteitsontwikkeling, rust en privacy en veiligheid) vraagt voldoende ruimte. Dit zowel op vlak van *infrastructuur* (eigen kamer, voldoende ruimtes om bijvoorbeeld individueel of in

[231] Zie 'kennis en vaardigheden waar hulpverleners over moeten beschikken' in paragraaf 3.3.2 , p.48.

kleinere groepjes te werken) als op vlak van inzet van *personele middelen*. De hoge werkdruk maakt dat individuele begeleiding (IB) er soms bij inschiet.

- Er moet ingezet worden op *training en in het omgaan met groepen en hanteren van groepsdynamiek.* Op het niveau van de jongere blijken *sociale vaardigheidstrainingen* aangewezen, ter stimulering van een positief basisklimaat.

Effectieve zorg en behandeling:

- Onder Vlaamse voorzieningen is behoefte aan ondersteuning op het vlak van *participatieve hulpverlening.* Dit kunnen we afleiden uit de zeer verschillende manieren waarop bijvoorbeeld groepsgesprekken worden uitgebouwd. Ons inziens worden deze niet altijd ten volle benut.
- Er wordt nog heel weinig aan *monitoring* gedaan. Ondersteun voorzieningen in het opzetten van uitkomstmeting en routine outcome monitoring (ROM) en in het werken met cliëntenfeedback.
- Zet in dit kader ook in op een betere *beschrijving van de interventies*: wat doen we en voor wie (doelgroep afbakenen). Wat willen we bereiken met deze interventie (doelstelling) en welke werkzame factoren worden via deze interventie 'binnen gebracht'. Als men wil komen tot het omschrijven en onderbouwen van interventies, is *ondersteuning* nodig. Het project dat het NJI in Rotterdam deed is hier een interessant voorbeeld van.[232] De gebruikte kwaliteitscriteria en indicatoren zijn ons inziens bruikbaar als screeningsinstrument voor de voorzieningen. De achterliggende idee is dat interventies 'verpakkingen' zijn om in te zetten op bepaalde (algemeen) werkzame factoren.
- Aansluitend dient ook het uitwerken van een *gezondheidsbeleid / agressiebeleid / …* systematisch te worden ondersteund. Nu gebeurt dit vaak door ad hoc werkgroepen en vormingen, en is dus vaak afhankelijk van een individu dat zich hierop wil toeleggen.
- Hoewel *nazorg* van grote invloed is op de uitkomsten van residentiële hulpverlening, vindt dit in Vlaamse voorzieningen niet structureel en op vrijwillige basis plaats. Nazorg dient vanaf het begin van de begeleiding een onderdeel van de hulpverlening te zijn (Zie De Lange & Chênevert). Onderzoek over de concrete invulling is echter beperkt en zou gestimuleerd moeten worden.

Personeel en organisatie:

- *Samenwerking* is voor de meeste voorzieningen erg belangrijk. Hier is nog niet zoveel onderzoek over beschikbaar. Vooral de nood aan samenwerking en kennisdeling met de GGZ is opvallend (maar niet nieuw). Ondersteun regionale samenwerkingsverbanden als Stent en Link.
- Er is *nood aan ondersteuning van het personeel*: supervisie en opleiding. Hiermee wordt ingezet op diverse werkzame factoren, zoals moraal, stabiliteit en professionaliteit. Ook hier is dit vooral weer een kwestie van tijd en middelen.
- Op het vlak van *grootte van de voorziening en leefgroepen* valt op dat dit onderwerp leeft bij voorzieningen, maar dat er slechts weinig onderzoek beschikbaar is. Uit het beschikbare onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat de grootte van leefgroepen een belangrijke rol speelt bij het verloop van de hulpverlening. In het algemeen is er een tendens om te streven naar kleine leefgroepen (maximaal acht jongeren). Verder onderzoek naar de

[232] De Lange & C. Chênevert 2011 (zie noot 14).

invloed van de leefgroepgrootte en grootte van voorzieningen zou gestimuleerd moeten worden.

Kennis over- en interesse in wetenschappelijke onderbouwing:

- Er is interesse in informatie over het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken. Dit thema is echter niet van prioritair belang voor voorzieningen en vertaalt zich niet noodzakelijk in een proactieve houding.
- Omwille van beperkte tijd en middelen dient de informatie volgens voorzieningen zo *praktijkgericht en toegankelijk* mogelijk gepresenteerd te worden. Dit kan door de informatie puntsgewijs, kort en bondig weer te geven, bijvoorbeeld met een beperkte toelichting en de mogelijkheid tot verder lezen.
- Een *goed georganiseerde databank* wordt door voorzieningen als een geschikt middel naar voren gebracht. Voorzieningen zouden gestimuleerd moeten worden om hun goede praktijken uit te schrijven en in een databank te plaatsen zodat opgebouwde kennis gedeeld kan worden met anderen die een antwoord zoeken op een gelijkaardig probleem. Vanuit de referentiekaders van dit onderzoek wijzen we op de insteek waarbij interventies als 'verpakkingen' van werkzame factoren beschreven kunnen worden zodat de *focus niet alleen ligt bij interventies, maar ook op aspecten op het niveau van basiszorg, personeel en organisatie*.

Randvoorwaarden voor betrokkenheid bij wetenschappelijke onderbouwing van toegepaste praktijken:

- Voor het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken en onderbouwen van in de praktijk toegepaste interventies zijn de volgende randvoorwaarden van belang:
  - Voldoende personeel en middelen
  - Er moet sprake zijn van een meerwaarde voor de jongeren en voorziening.
  - Ondersteuning bij beschrijven en onderbouwen van interventies
  - Programmahandleidingen en informatie over de werkzame factoren
- Voorzieningen hebben behoefte aan onderzoek dat vanuit de praktijk wordt opgezet. *Onderzoek dient zich te richten op de essentie van de hulpverlening*, waarbij gedacht kan worden aan thema's als de relatie hulpverlener-cliënt en werkzame/beschermende factoren in de context van de jongere. Daarnaast dienen onderzoeksprojecten een *duurzaam en longitudinaal karakter te hebben, nauw aan te sluiten bij de praktijk en participatief van aard te zijn.*

Rol overheid:

- Voorzieningen zien op het vlak van kennisuitwisseling, kennisdeling en wetenschappelijk onderbouwd werken een *faciliterende, stimulerende rol voor de overheid*. Daarnaast geven voorzieningen aan dat zij op dit vlak ook zelf actief dienen te zijn en dat de overheid hier ook op in dient te zetten. De visie op hulpverlening die in de Staten-Generaal van 2012 uiteen wordt gezet anticipeert op een aantal essentiële aspecten. Zo zet de overheid in op het creëren van kaders en responsabilisering van voorzieningen, onder andere in de vorm van modulering en sociaal ondernemerschap.[233]

[233] Zie H.1-B Ontwikkelingen in de residentiële jeugdzorg, p.13.

- De overheid kan een kader scheppen en de toegankelijkheid van informatie waarborgen. Daarnaast kan de overheid hogescholen en universiteiten stimuleren om onderzoek naar residentieel werken (in de bijzondere jeugdzorg) te doen.
- De overheid dient duidelijk (onderbouwd) te communiceren over maatschappelijke (beleids)keuzes en vanuit welk perspectief bepaalde initiatieven worden gestimuleerd.

BIJLAGEN:

Bijlage 1: Interview onderzoek residentiële werkvormen

1.Ter inleiding

Achtergrond onderzoek

Met dit onderzoek willen we een zicht krijgen op hoe er binnen residentiële werkvormen cat.1(bis) gewerkt wordt. We willen een eerste aanzet geven om gangbare goede praktijken en werkzame factoren in beeld te brengen en dit te vergelijken met praktijken uit het buitenland. We vragen ons af wat er bestaat, hoe er gewerkt wordt, voor wie dit werkt, waar er hiaten liggen enz..

Om een zicht te krijgen op hoe er binnen Vlaamse residentiële voorzieningen wordt gewerkt, worden 24 voorzieningen geïnterviewd. De uitkomsten uit deze interviews worden in een tussentijdsrapport verwerkt en vervolgens voorgelegd aan 2 focusgroepen die niet bij de telefonische interviews betrokken zijn geweest. De uitkomsten uit de interviews en focusgroepen worden tot slot vergeleken met de uitkomsten uit het literatuuronderzoek.

Voorbereiding interview

In dit document vindt u de vragen die aan bod komen tijdens het telefonische interview. Het interview wordt opgedeeld in vier domeinen en wordt afgesloten met een bevraging naar de behoeftes van de voorzieningen:

1. een goed pedagogisch basisklimaat (Verzorging, opvoeding, fysieke omgeving)
2. methodisch handelen (Interventies)
3. personeel
4. organisatie
5. behoeftenonderzoek

Om het interview goed en binnen de voorziene tijd te laten verlopen raden wij aan deze vragen van te voren door te nemen en (eventueel met collega's) voor te bereiden. We benadrukken dat het onderzoek een verkennend en open karakter heeft. Sommige vragen zullen misschien niet direct gemakkelijk te beantwoorden zijn.

Voor bepaalde vragen (zoals methodisch handelen, visie van de organisatie enz.) kan u verwijzen naar documenten of teksten op jullie website. Indien mogelijk raden wij aan deze documenten tijdens het gesprek voor handen te hebben. *Graag ontvangen wij deze documenten ook op voorhand.*

Goed om te weten

Wij nemen op het afgesproken tijdstip telefonisch contact met u op. Het gesprek zal worden opgenomen en anoniem worden verwerkt. Het gesprek zal maximaal 2 uur in beslag nemen.

I Een goed pedagogisch basisklimaat (verzorging, opvoeding, fysieke omgeving).

1. Is er aandacht voor de normale ontwikkeling van de jongere? Zo ja: hoe?
Ter verduidelijking: hoe zorgen jullie ervoor dat de jongere een zo normaal mogelijk leven leidt zoals zijn /haar leeftijdsgenoten. Bijv. school/werk, vrije tijd, sport, sociaal netwerk/vrienden, mediagebruik…

- *Hoe belangrijk vindt u dit onderdeel in de werking op een schaal van 0-5? 0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk.*

2. Is er aandacht voor de (fysieke) gezondheid van de jongere? Zo ja: hoe?
Bijv. middelengebruik, gezondheidszorg, gezonde voeding en beweging, seks.

- *Hoe belangrijk vindt u dit onderdeel in de werking op een schaal van 0-5? 0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk.*

3. Is er aandacht voor de individuele noden en identiteitsontwikkeling van de jongere? Zo ja, hoe? Hoe creëer je met andere woorden ruimte om individueel bezig te zijn met de jongere, naast het groepsgebeuren (naast de jongere als lid van de leefgroep).

- *Hoe belangrijk vindt u dit onderdeel in de werking op een schaal van 0-5? 0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk.*

4. Hoe werken jullie aan een goede relatie tussen hulpverlener en cliënt? Hoe creëer je een goede relatie, wat is hierbij belangrijk?

- *Hoe belangrijk vindt u dit onderdeel in de werking op een schaal van 0-5? 0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk.*

5. Is er aandacht voor rust en privacy van de jongere? Zo ja: hoe?
(Ter verduidelijking bijv.: een eigen kamer, kleine leefgroepen, persoonlijke ruimtes, omgeving waar jongeren zich thuis voelen)

- *Zijn er nog andere aspecten die hieronder vallen?*
- *Hoe belangrijk vindt u dit onderdeel in de werking op een schaal van 0-5? 0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk.*

6.Is er aandacht voor een veilige leefomgeving? Zo ja: hoe?
Bijv. tegengaan van pesten, onderling verbaal en fysiek geweld.

- *Zijn er nog andere aspecten die hieronder vallen?*
- *Hoe belangrijk vindt u dit onderdeel in de werking op een schaal van 0-5? 0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk.*

II Methodisch handelen: interventies

Achtergrond

Ter inleiding een toelichting van het begrip *interventie* om verwarring tijdens het interview te voorkomen.

Een interventie is een aanpak die:

- gericht is op de *vermindering, de compensatie, of het draaglijk maken van een risico of een probleem in de ontwikkeling van een jongere* dat een *gezonde, evenwichtige uitgroei tot volwassenheid (mogelijk) belemmert;*
- bestemd is voor een doelgroep die wordt gekenmerkt door de *aanwezigheid van een of meerdere van deze risico's of problemen;*
- geleid wordt door een weldoordachte, doelgerichte en systematische werkwijze *(een methode);*
- *gericht* is op de *jongere* zelf, de leefgroep of zijn context.
- *afgebakend* is in tijd, met een nader omschreven tijdsduur en frequentie.

We richten ons in dit interview op de bevraging naar interventies op de volgende drie niveaus:

- Individueel: interventies ten aanzien van de jongere
  Bijv. Individuele gesprekken/therapieën bijv. werken met duplopoppen, tijdslijnen maken…
- Leefgroep: interventies in de leefgroep
  Bijv. Groepsgesprekken, onderlinge hulpbijeenkomsten…
- Interventies in het gezin/met de ouders
  Bijv. Eigen kracht conferenties, gezinsgesprekken, gezinsbegeleiding, videohometraining…

SJABLOON VAN VRAGEN DIE PER INTERVENTIE WERD GESTELD:

Vragen op het niveau van de jongere, leefgroep en gezin/context

Per interventie willen we de volgende onderwerpen aan de orde laten komen:

1. Doelgroep
2. Doelstelling
3. Wat doen jullie precies? Ik wil het voor me kunnen zien.
4. Context en frequentie van de interventie
5. Is er sprake van een heldere opbouw/fasering van de interventie?
   Is er een behandelplanning (bijv. wanneer wordt een handelingsplan opgesteld, evaluaties gemaakt enz.).

Onderbouwing van de interventie:

6. Waarom is er binnen de voorziening voor gekozen om met deze interventie te werken?
7. Is er een theoretische onderbouwing van deze interventie?

   →JA:
8. Geef een korte beschrijving (eventueel verwijzen naar een website, document enz.).
9. Hoe vertaalt de theorie zich in de methode? (uitleg aan de hand van voorbeelden?)
10. Wat zijn jullie ervaringen met de interventie? Waaruit leiden jullie uit eigen ervaring af dat de interventie zinvol is en/of werkt?
11. Wordt er gewerkt volgens een bepaalde richtlijn, protocol of handboek? Zo ja; wordt dit gemonitored/gecontroleerd?
12. Weten jullie of de interventie wetenschappelijk is geëvalueerd?

    →NEE:
13. Wat zijn jullie ervaringen met de interventie? Waaruit leiden jullie uit eigen ervaring af dat de interventie zinvol is en/of werkt?
14. Wordt er gewerkt volgens een bepaalde richtlijn, protocol of handboek? Zo ja; wordt dit gemonitored/gecontroleerd?

Ter afsluiting algemene vragen:

15. Hoe kies je welke interventie je toepast voor een individuele jongere? (match hulpvraag aanpak, aansluiting mogelijkheden jongere, motivatie, relatie hulpverlening-cliënt, consensus hulpverlening-cliënt)

16. Hoe wordt cliëntparticipatie doorheen alle interventies gerealiseerd?

17. Wordt er nazorg geboden? Zo ja, op welke manier?

18. Als je aan een extern persoon (bijv. iemand die de sector niet kent) zou moeten uitleggen wat ervoor zorgt dat hulpverlening in uw residentiële voorziening goed loopt, wat zou je dan zeker vermelden?

III Personeel

1.Op welke manier zorg je ervoor dat de visie van de voorziening verspreid en actueel blijft binnen het team?

- *Hoe belangrijk vindt u dit onderdeel in de werking op een schaal van 0-5? 0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk.*

2. Wordt er supervisie of intervisie georganiseerd? Zo ja, hoe?
Bijvraag: zijn er andere manieren om reflectie te stimuleren?

- *Hoe belangrijk vindt u dit onderdeel in de werking op een schaal van 0-5? 0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk.*

3. Wordt het personeel ondersteund na incidenten? Zo ja, hoe?

- *Hoe belangrijk vindt u dit onderdeel in de werking op een schaal van 0-5? 0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk.*

IV Organisatie

1. Visie: wat zijn de sterktes en zwaktes van de organisatie? Hoe profileren jullie je tussen de andere residentiële voorzieningen?

2.Opnamebeleid: wat zijn de kernelementen uit jullie opnamebeleid? (Een brede doelgroep, of een meer afgebakende doelgroep, uitsluitingscriteria…).

3. Is er samenwerking met andere/externe organisaties? Zo ja, hoe? Met welk (soort) organisaties?

- *Hoe belangrijk vindt u dit onderdeel in de werking op een schaal van 0-5? 0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk.*

4.Houden jullie jezelf op de hoogte van wetenschappelijke ontwikkelingen die relevant zijn voor de manier van werken? Zo ja, hoe?

- *Hoe belangrijk vindt u dit onderdeel in de werking op een schaal van 0-5. 0 zijnde niet belangrijk, 5 uiterst belangrijk.*

V Behoeftenonderzoek

1. Hebben jullie behoefte aan informatie over het werken met wetenschappelijk onderbouwde methodieken? Zo ja: hoe willen jullie daarover geïnformeerd worden / informatie tot u krijgen? Wat kan de overheid hierin doen?

2. Hebben jullie behoefte aan uitwisseling van kennis en ervaringen, good practices, (wetenschappelijk onderbouwde) methodieken? Zo ja, hoe? Welke randvoorwaarden moeten hiervoor vervuld zijn, ofwel: wat hebben jullie hiervoor nodig en wat kan de overheid hierin doen?

3. Hebben jullie behoefte en interesse in betrokkenheid bij het wetenschappelijk onderbouwen van methodes die in de praktijk worden toegepast maar niet (wetenschappelijk) zijn onderbouwd?

4. Stel: jullie zouden meer geld en middelen tot je beschikking hebben, waar zouden jullie dat prioritair aan besteden?

Tot slot:
5.Op welke manier/ in welke vorm kunnen de uitkomsten uit dit onderzoek het beste worden teruggekoppeld?

Bijlage 2: Verslag focusgroepen

Verslag focusgroep 1 – 19 juni 2012

Vraag: zijn jullie bekend met de ontwikkelingen op het vlak van evidence based denken, zoals geschetst in het theoretisch kader?

De voorzieningen hebben de toelichting van te voren kunnen doornemen. De informatie uit de voorzieningen is veelal nieuw en zeker nog niet ingeburgerd. Met name het model van Pijnenburg wordt met interesse ontvangen.

Stelling 1: de overheid moet een duidelijkere visie hebben over wetenschappelijk onderbouwd werken

Er wordt gepleit voor een *brede wetenschappelijke blik* van de overheid. Het is niet de bedoeling dat de overheid aan iedereen gaat opleggen hoe er gewerkt moet worden.

Voorzieningen moeten uiteindelijk zelf kunnen nadenken over dit wetenschappelijke aanbod (en wat de overheid hier eventueel van onder de aandacht brengt). Het is belangrijk om als voorziening een *eigen verhaal* te hebben en de eigen ontwikkeling te benadrukken en *niet te hard aangestuurd te worden door de overheid*. Een deelnemer geeft als voorbeeld dat zij de ontwikkeling van hun voorziening richting MFC echt zien als hun eigen ontwikkeling, niet als een ontwikkeling die is opgelegd door de overheid. Naast de ontwikkelingen op het vlak van de grote MFC's wordt opgemerkt dat kleine voorzieningen hun kracht blijven behouden, ook een eigen verhaal en ontwikkeling hebben. Wel hebben kleinere voorzieningen soms meer bevestiging nodig dat ze in de goede richting bezig zijn, geruststelling. Grote voorzieningen hebben meer slagkracht, voor kleinere voorzieningen liggen een aantal zaken lastiger.

Het moet *duidelijk zijn vanuit welke visie de overheid naar bepaalde (wetenschappelijke) ontwikkelingen kijkt en hoe zij eventueel bepaalde initiatieven stimuleert.* Welke rol spelen bijvoorbeeld besparingen? Met name oudere werknemers kijken soms met enige argwaan naar nieuwe methodieken omdat zij er al veel hebben zien komen en gaan. De vraag naar betrouwbaarheid wordt soms gesteld: dit jaar gaat er veel aandacht uit naar de ene methode, het volgend jaar is het weer iets anders. Welke overwegingen liggen hieraan ten grondslag?

Er is behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar MFC's. Momenteel stelt de overheid dat MFC een werkzame methode is en baseert zich hiervoor op de vaststelling dat de plaatsingsduur korter is. Enkel deze vaststelling is niet genoeg, er is meer wetenschappelijk onderzoek nodig. Wij vragen ons af wat de werkzame factoren precies zijn en of deze ook in andere voorzieningen kunnen worden gebruikt. In welke mate gaat een MFC meer of minder kunnen betekenen voor een cliënt? De vraag wordt gesteld of MFC beter is dan het klassieke model, onderzoek dient zich hier ook op te richten.

Stelling 2: wanneer het vaststaat dat een bepaalde methodiek werkzaam is, is het belangrijk dat deze gestimuleerd wordt door de overheid

Is in de vorige vraag deels aan bod gekomen. Er wordt gepleit voor een brede aanpak. *Als er alleen vanuit een benchmark gedachte wordt gekeken, wordt alles hetzelfde en is de diversiteit om zeep. Een bepaalde manier van werken moet niet de norm worden. Breedheid en gevarieerdheid zijn belangrijk.* Een deelnemer geeft aan dat het niet zo is dat zij als MFC alles kunnen oplossen.

Stelling 3: voorzieningen hebben vooral nood aan praktische instrumenten en tools voor de dagelijkse praktijk

(Steunpunt Jeugdhulp introduceerde deze vraag met een voorbeeld van de werkbladen die het NJI ontwikkelde. Met deze werkbladen kunnen voorzieningen zelf onderzoeken in hoeverre er binnen de voorziening op basis van werkzame factoren gewerkt wordt).

Je doet dit voor een deel zelf, vanuit de praktijk. Opbouw eigen wetenschappelijkheid, systematisch werken. *Hoe en welke tools er nodig zijn hangt af van de medewerkers en de visie van de voorziening. De rol van de overheid kan er in bestaan om voldoende materiaal ter beschikking te stellen.* Er is daarnaast interesse voor *goede praktijkvoorbeelden* van collega's. Als er bij collega-voorzieningen bepaalde zaken goed lopen is er interesse om hier informatie over te krijgen.

Het is een beweging in twee richtingen. *Enerzijds is het belangrijk om de krachten van de eigen voorziening aan te boren, zelf dingen te ontwikkelen, anderzijds kan de overheid informatie ter beschikking stellen.* Een databank zou ondersteunend kunnen werken op het vlak van wetenschappelijke ontwikkelingen.

Stelling 4: databanken zijn de ideale vorm om methodieken en good practices te verspreiden

Er wordt een wildgroei aan websites op internet gesignaleerd. Hierdoor zie je dat er wel naar databanken wordt gezocht. De vraag is nu hoe deze informatie het beste kan samenkomen. *Er is nood aan een herkenbare website die organisaties kunnen ondersteunen, eventueel met een forum erbij waar bijvoorbeeld documenten gedeeld kunnen worden.*

Als voordeel van een databank is dat dit voor een *gedeelde herkenning* kan zorgen, zicht op waar andere voorzieningen mee bezig zijn. Een deelnemer geeft aan dat het belangrijk is dat er systematisch gewerkt wordt: herhaalbaarheid, herkenbaarheid. *Dat men kan beschrijven wat men weet, wat men doet en waarom men het zo doet.* Een ander voordeel van een databank is dat je *op basis van je eigen idee gericht op zoek gaat.*

Een deelnemer merkt ten slotte op dat er *behoefte is aan kwalitatief onderzoek*. Er is momenteel veel kwantitatief onderzoek beschikbaar (cijfers en metingen). Kwalitatief onderzoek zou meer in de picture moeten komen.

Stelling 5: er is bereidheid om in te zetten op onderzoek naar toegepaste praktijken, maar er zijn andere, meer dringendere noden

Een deelnemer geeft aan dat er *weinig tijd en ruimte* is om onderzoek te laten uitvoeren. Onderzoek in de praktijk kan *weerstand* oproepen, bijvoorbeeld in crisissituaties. Externe onderzoekers in de voorziening kan moeilijk zijn, dit vraagt aanpassing. Een onderzoeker kan de gang van zaken ook beïnvloeden.

Daarnaast kan het toch zinvol zijn, stilstaan bij waar we mee bezig zijn en of dit werkt. Hierbij bedoelen we niet registeren voor onderzoek zoals Binc. Het werkt niet wanneer een onderzoek niet zinvol is voor de werking. *Er moet nauw aangesloten worden bij de praktijk, de vragen moeten aansluiten bij de praktijk. Bereidheid om mee te werken aan onderzoek heeft te maken met wat het oplevert.* Uitwisseling is belangrijk, je werkt mee en krijgt hier iets voor terug.

Hoe kunnen de uitkomsten uit dit onderzoek het beste worden teruggekoppeld?

Degenen die mee hebben gedaan uit het onderzoek zullen het wel lezen, de andere zullen moeilijker bereikbaar zijn. Een *korte overzichtelijke samenvatting* van enkele pagina's lijkt het beste.

Verslag Focusgroep – 21 juni

Vraag: zijn jullie bekend met de ontwikkelingen op het vlak van evidence based denken, zoals geschetst in het theoretisch kader?

De voorzieningen hebben de toelichting van te voren kunnen doornemen. Het valt Steunpunt Jeugdhulp op dat de meeste voorzieningen aangeven dat ze dit thema interessant vinden, maar er tegelijkertijd weinig mee bezig zijn. Het bleek daarom niet altijd evident om een visie te formuleren over de stellingen.

Stelling 1: de overheid moet een duidelijke visie hebben over wetenschappelijk onderbouwd werken

De overheid moet er op toezien dat er voldoende informatie beschikbaar is. Aansturing is echter niet nodig, niet vastpinnen op een bepaald model. Voorzieningen moeten keuzevrijheid hebben om te kijken wat voor hen interessant is en waar ze wel of niet in meegaan. Een deelnemer merkt op dat wanneer je als voorziening (te) veel mee wilt doen met diverse (nieuwe) technieken, dit de verdieping niet ten goede komt. In dit kader is afstemming wenselijk, zodat niet te veel langs elkaar heen wordt gewerkt.

Er wordt vaak vanuit praktijkervaring gewerkt en is er geen zicht op of dit al dan niet wetenschappelijk is onderbouwd. *Voorzieningen moeten ondersteund worden om te kijken wat wel en niet werkt vanuit de praktijk. Er zijn hier momenteel onvoldoende middelen voor. Participatief onderzoek is wenselijk*. Dit onderzoek dient bij voorkeur door scholen en universiteiten te worden gedaan, niet door de overheid zelf. Het is interessant om op voorzieningsniveau te kijken wat er wel en niet werkt.

Of een interventie wel of niet wetenschappelijk onderbouwd is lijkt niet altijd van belang voor voorzieningen. Een deelnemer geeft aan dat er in Vlaams-Brabant voor is gekozen om Signs of Safety-opleidingen te subsidiëren. Dit is min of meer een overheidskeuze, op provinciaal niveau. Er is weinig vraagstelling vanuit voorzieningen of deze methode wel of niet onderbouwd is. De deelnemer merkt op dat zij dit zelf ook niet weet en stelt dat 'als een methode helemaal vanuit Australië overwaait, dat het wel zal werken'.

Stelling 2: wanneer het vaststaat dat een bepaalde methodiek werkzaam is, is het belangrijk dat deze gestimuleerd wordt door de overheid

Wanneer het gaat om stimuleren door de overheid wordt de *vraag gesteld of het hierbij gaat om onder de aandacht brengen of opleggen*. Voorzieningen worden overspoeld met informatie. Een deelnemer uit een kleine voorziening geeft aan dat er geen personeel is om opleidingen te volgen. Vaak is het de afweging om een kind bijvoorbeeld naar de jeugdbeweging te brengen of achter de computer te gaan zitten, dan heeft het eerste de voorkeur.

Een deelnemer uit een grote voorziening geeft aan dat ook zij weinig speelruimte hebben wat betreft uren. *Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om naar middelen te kijken. Daarnaast kan de overheid er voor instaan dat informatie op een efficiënte manier de voorzieningen bereikt en dat voorzieningen zelf de keuze hebben welke informatie voor hen relevant is.*

Stelling 3: voorzieningen hebben vooral nood aan praktische instrumenten en tools voor de dagelijkse praktijk

(Steunpunt Jeugdhulp introduceerde deze vraag met een voorbeeld van de werkbladen die het NJI ontwikkelde. Met deze werkbladen kunnen voorzieningen zelf onderzoeken in hoeverre er binnen de voorziening op basis van werkzame factoren gewerkt wordt).

Een deelnemer geeft in reactie op het voorbeeld van de werkbladen van het NJI aan, dat er in Vlaanderen met het *kwaliteitshandboek al een soortgelijk initiatief* bestaat en dat dit niet persé een meerwaarde heeft.

Twee andere deelnemers stellen dat als dit vrij beschikbaar is, dit wel interessant kan zijn. Het is een *extra ondersteuning, wat voor een deelnemer uit een kleinere voorziening meerwaarde heeft. Het is interessant om aan de hand van een checklist te kijken waar we staan, wat kan beter.*

Een deelnemer merkt tenslotte op dat het voorbeeld van het NJI vrij algemeen is, *er is interesse in echt praktische tools, die een rechtsreeks resultaat tot gevolg heeft.*

Stelling 4: databanken zijn de ideale vorm om methodieken en good practices te verspreiden

Een databank kan interessant zijn, dan kan er zelf bekeken worden wat relevant is voor de voorziening. Er bestonden ook al initiatieven, zoals van het Ondersteuningsstructuur Bijzondere Jeugdzorg (nu Steunpunt Jeugdhulp). Twee deelnemers merken op dat zij hier regelmatig gebruik van maakten en vinden het jammer dat dit nu niet meer gebruikt kan worden.

Een deelnemer geeft aan (blijvend) op zoek te zijn naar methodieken omtrent de professionele relatie met de cliënt. Dit is de essentie voor de residentiële hulpverlening. *Een blijvend aandachtspunt: hoe werk je als begeleider aan die relatie en aan de eigen persoon.* Dit blijft een aandachtspunt voor nieuwe (vaak jonge) medewerkers, maar ook voor meer ervaren personeel. *Kennis over oorzaken van gedrag is erg belangrijk*. Daarnaast wordt aangegeven dat kennis op zich niet voldoende is, maar ook *hoe er met de kennis wordt omgegaan.* Dit blijkt bij nieuwe, jonge medewerkers niet altijd makkelijk te zijn. Afgestudeerden schieten soms te kort, opleidingen zouden hierop in moeten spelen. Daarnaast kan het interessant zijn om *meer inzicht te krijgen in waarom de ene persoon zich wel goed staande kan houden en de andere niet.* Men is blijvend op zoek naar manieren, methodieken om hier mee om te gaan. Er wordt in dit kader ook aandacht besteed aan *intervisie en supervisie en externe teambegeleiding* om zo te investeren in het team. Een team functioneert immers niet zomaar, hier dient veel tijd en aandacht voor te zijn.

Stelling 5: er is bereidheid om in te zetten op onderzoek naar toegepaste praktijken, maar er zijn andere meer dringendere noden

Bij aanvang van de discussie geeft een deelnemer aan dat dit wel *extra zaken zijn die tijdsintensief zijn*. Wellicht dat dit het beste in schoolvakanties zou kunnen gebeuren, want gedurende het schooljaar is het erg druk.

In aanvulling hierop stelt een andere deelnemer dat zij overspoeld worden met vragen van studenten om vragenlijsten in te vullen. Hier doet de voorziening niet aan mee, de voorziening wil niet het proefschrift van een student maken. *Deze deelnemer geeft aan dat de voorziening wel open staat naar onderzoeken voor kernvragen, vragen die echt spelen bij voorzieningen. In dit opzicht dient onderzoek naar de bijzondere jeugdzorg gestimuleerd te worden. Huidig onderzoek gaat vaak voorbij aan de realiteit.* Vaak gaat het om aspecten die niet de kern van de hulpverlening betreffen. Bijvoorbeeld studies naar het Decreet Rechtspositie: aan de oppervlakte voldoen we hier als

voorziening wel aan, maar in een crisissituatie blijkt het Decreet Rechtspositie Minderjarigen vaak moeilijk toepasbaar. Onderzoek moet echt op de werkvloer plaatsvinden om bijvoorbeeld te kijken hoe zo'n Decreet een juiste uitwerking kan krijgen.

Onderzoek dient zich te focussen op de essentie van zorg zodat we meer kunnen begrijpen van probleemgedrag van jongeren. Er is momenteel weinig onderzoek beschikbaar over probleemgedrag of hechtingsproblemen. Vragen die wij ons stellen zijn bijvoorbeeld hoe begeleid je kinderen die jarenlang in een moeilijke situatie geleefd hebben? Hoe herstel je de relatie tussen kinderen en ouders die jarenlange problemen hebben? Om eerlijk te zijn, zijn er weinig antwoorden beschikbaar over hoe je nu goed kunt interveniëren in probleemsituaties. Zo bleek uit een reünie van onze voorziening dat de meest tevreden ex-cliënten degenen waren die hadden gebroken met hun context. Terwijl momenteel juist de tendens is in te zetten op werken met de context, wat zegt dit? Voor de hand liggende antwoorden zijn er niet, er dient vanuit diverse wetenschappelijke hoeken naar gekeken te worden. Het is hierbij belangrijk dat het om lange termijn onderzoek gaat waarbij aandacht is voor cruciale momenten, waar biedt de bijzondere jeugdzorg goede aanvullingen en waar loopt het mis?

Andere deelnemers haken hierop in. *Onderzoek zou zich moeten richten op werkzame, beschermende factoren in de context. Wat maakt dat sommige jongeren achteraf hun plan kunnen trekken en anderen niet?* Waarom zijn sommige kinderen beter bestand tegen kwetsuren dan andere? Er wordt ook opgemerkt dat voorzieningen zich vaak gedwongen voelen veel tijd te steken in aspecten die niet de essentie van de hulpverlening betreffen. *Hierdoor brengen hulpverleners noodzakelijkerwijs meer tijd door achter de computer, de vraag is wat voor effect dit heeft op een jongere*. *Soms wringt de gerichtheid op een zo normaal mogelijke ontwikkeling met de hoeveelheid regels en eisen waaraan voldaan moet worden*. Te denken valt bijvoorbeeld ook aan hygiëneregels in de keuken. We moeten de temperatuur van de koelkasten meten, kinderen mogen officieel niet in de keuken hun boterhammen eten, dit is overdreven en is moeilijk te verenigen met streven naar normaliteit.

Er wordt tenslotte vastgesteld dat veel initiatieven vaak in eens verdwijnen door het afstuderen van de onderzoeker, of het einde van het project. Dit geldt bijvoorbeeld voor Stent en voor de Netwerktafels. Er worden veel opleidingen gegeven, maar in de praktijk komen deze bijeenkomsten (bijna) niet voor. Het gevoel hierbij is dat instellingen even mogen proeven van bepaalde onderzoeken of initiatieven en dan valt het weer weg. *Wanneer het gaat om onderzoek lijkt longitudinaal onderzoek noodzakelijk.*

Wat betreft de rol van de overheid merkt een deelnemer tenslotte op dat de overheid universiteiten en hogescholen moet interesseren en stimuleren om onderzoek in de bijzondere jeugdzorg te doen. Er zijn vrij weinig onderzoeksprojecten gericht op de bijzondere jeugdzorg en leefgroepwerking. Veel universiteiten lijken zich te richten op het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

<u>Hoe kunnen de uitkomsten uit dit onderzoek het beste worden teruggekoppeld?</u>

Een rapport van dertig pagina's wordt niet gelezen. Het is belangrijk dat het rapport een *bondig besluit bevat met een planning* van wat er naar aanleiding van dit rapport gaat gebeuren.

Literatuur

- Albrecht, G., van Leeuwen,E. (2010). PMTO in the Netherlands: A research-based intervention aiming to decrease conduct disorder in children. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 155-157. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Azevedo, A., Seabra-Santos, M.J., Gaspar, M.F., Carvalho Homem, T. (2010). The 'Incredible Years Parent Training Programme' in families of preschoolers with disruptive behaviour symptoms: Does it work? Preliminary data with a clinical Portuguese sample. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 147-150. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Baanders, A. N. (2010). Treatment of behavioural problems in a residential youth care setting: Effect on social competence level. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 353-355. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Bailey, K.A . (2002). The Role of the Physical Environment for Children in Residential Care. *Residential Treatment for Children & Youth* 20(1), 15-27.
- Bartelink, C., ten Berge, I. (2010). What works in the assessment and decision-making process with children and their families? . In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 565-568. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Bastiaanssen, I., Veerman, J.W., Kroes, G., Engels, R. (2009). *Aantoonbare effectiviteit: Onderzoek naar de residentiële jeugdzorg van Entréa.* Nijmegen: Praktikon.
- Benbenishty, R. (2010). A national needs assessment of adolescents on the verge of leaving a range of out-of-home arrangements. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 411-412. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Böcker Jacobsen, T. (2010). Breakdown in care for young people: Prevalence, experience, connections and explanations. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 220-222. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Boendermaker, L., Van Rooijen, K., Berg, T. (2010). *Residentiële jeugdzorg: wat werkt?.* Utrecht: het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
- Bosmans, J., Roose, R. (1997). *Tussen hulpverlening en recht. Jongerenrechten in de bijzondere jeugdbijstand*. Leuven: Garant.
- Bouckaert, M., Vits, E. (2008). Eigen Krachtconferenties: vraaggestuurd, integraal en effectief! *Tijdschrift voor Welzijnswerk* 32(295), 17-24.
- Bronselaer, J. (2009). Netwerkeffectiviteit vanuit cliëntoogpunt: wetenschappelijke evidentie versus geïnstitutionaliseerde mythe. In: De Koster, K., De Man, L., De Vos, K., Denoix, K., Roose, R. *Handboek Integrale Jeugdhulp,* 1-10. Brussel: Politeia
- Buntinx, W.H.E. (2007). Duurzame zorg. Over management en continuïteit. In: De Belie, E., Morisse, F. *Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij mensen met verstandelijke beperking*, 229. Antwerpen: Garant Uitgevers.
- Caldwell, J. (2010). Recognizing parenting strengths in vulnerable families. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 144-147. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

- Carrette, V. (2004). *Een groeiproces naar structurele participatie. Participatie van minderjarigen en ouders aan beleidsontwikkelingsprocessen inzake integrale jeugdhulpverlening.* Brussel: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie (CBG).
- Carrette, V. (2005). *Een participatieve omgevings- en behoefteanalyse. De leefsituatie en behoeften van minderjarigen, ouders en gezinnen in beeld.* Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie (CBG).
- Carrette, V. (2008). Effectiviteit in de jeugdhulp: een verhaal van schakelende ketens. *Tijdschrift voor welzijnswerk*, 32(296), 5-13.
- Carrette, V. (2008). *Perspectieven op de effectiviteit van de jeugdhulp. Een verkenning van een wetenschappelijk referentiekader.* Brussel: Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG).
- Carrette, V. (2009). *Evaluatie van het groeiproces naar structurele cliëntparticipatie in de integrale jeugdhulp. Deel I en II*. Brussel*:* Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG).
- Carrette, V., De Smet, S. (2009). *Effectiviteit in de jeugdhulp: quo vadis ?*. In: De Koster, K., De Man, L., De Vos, K., Denoix, K., Roose, R. *Handboek Integrale Jeugdhulp,* 1-9. Brussel: Politeia
- Christiansen, O., Havik, T. (2010). Stability in out-of-home care; what's in it – for whom. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 218-220. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Creswell, C. (2010). Care leavers and the transition to adult independence: A UK/Australia comparative study of responses to supporting young people leaving foster care. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 439-441. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- De Backer, K. (2006). *Spannend? Participatieprocessen in de Bijzondere Jeugdzorg, ontwerprapport DJINN.* Brussel: Ondersteuningsstructuur Bijzondere Jeugdzorg (OSBJ).
- De Cuyper, P. (2001). *Het doelgroepperspectief binnen de Antwerpse OCMW-hulpverlening: sleutel tot kwaliteit.* Leuven: HIVA, Katholieke Universiteit Leuven.
- De Koster, K. (2003). Het gezin in de bijzondere jeugdbijstand in het centrum of de marge ? *Tijdschrift voor welzijnswerk 27(256)*, 5-15.
- de Lange, M., Chênevert, C. (2011). *Werken aan effectiviteit in de stadsregio Rotterdam.* Utrecht: het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
- De Mey, W., Bastiaanssen, I. (2010). Multi-method approach to disruptive behavioral problems with young children: Results after ten years of Stop 4-7 in Belgium and the Netherlands. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 121-123. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- De Vriendt, A., De la Marche, J., Pyck, K. (1985). *Groepsopvoeders en ouders: tegenstanders of medestanders.* Leuven-Amersfoort: Acco.
- Dehaes, V. (1999). *De bijzondere jeugdbijstand in Vlaanderen: onderzoekingen 1990-1999: een geannoteerde bibliografie*. Brussel: Centrum voor Bevolkings- en gezinsstudie (CBG); werkdocument.
- Delsing, M.J.M.H., Bastiaanssen, I., Veerman, J.W. (2010). Long-term effectiveness and mechanisms of change of a multimodal programme for treating behavioural problems of young children. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 118-121. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

- Dima, G. (2010). A new framework of understanding care leavers' transition to independent living. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 413-415. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Dinisman, T. (2010). Perceived readiness to leave care of adolescents in residential care in Israel. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 433-435. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Dobbelaere, R. (2006). *Integrale Jeugdhulp. Een uitdaging voor de Bijzondere Jeugdzorg.* Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Driessens, K., Van Regenmortel, T. (2006). *Bind-Kracht in armoede. Boek 1. Leefwereld en hulpverlening.* Leuven: LannooCampus.
- Frechon, I., Issenhuth, P., Vivier, G. (2010). Following up care leavers? Outcomes of a feasibility study. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 441-444. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Geenen, M., Corveleyn, J. (2010). *Helpende handen. Gehechtheid bij kwetsbare ouders en kinderen*. Tielt: LannooCampus.
- Geurts, E.M.W., Knorth, E.J., Noom, M.J. (2010). Working with youths and families in residential care: Why, how and for what? In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 348-350. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Grietens, H., Mercken, I., Vanderfaeillie, J., Loots. G. (2007). *Initiatie van effect- en effectiviteitsmeting van het private hulpaanbod binnen de bijzondere jeugdzorg.* Leuven: een opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG).
- Harder, A.T., Knorth, E. (2007). Groepsgrootte telt in de residentiële jeugdzorg. Kleine groepen voor grote problemen. *JeugdenCo* 22(03), 1-22.
- Harder, A.T., Knorth, E., Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten.* Amsterdam: SWP.
- Harder, A.T., Knorth, E.J. (2009). 2.345 jeugdigen (z)onder dak. Een meta-analyse naar de uitkomsten van residentiële jeugdzorg. *Kind en Adolescent* 30(4), 210-230.
- Heeren, V. (2009*). Perspectief! Evaluatie van het Globaal Plan Jeugdzorg. Visie op en toekomstperspectieven voor welzijn van kinderen en jongeren.* Brussel: Kabinet van de Vlaamse minister voor Welzijn,Volksgezondheid en Gezin.
- Hellinckx, W. (2002). Residential care: Last resort or vital link in child welfare? *International Journal of Child & Family Welfare* (3), 75-83.
- Heyndrickx, P., Barbier, L., Driesen, H., Van Ongevalle, M., Vansevenant, K. (2005*). Meervoudig gekwetsten. Contextuele hulpverlening aan maatschappelijk kwetsbare mensen*. Tielt: Lannoo.
- Höjer, I., Johansson, H., Hill, M. (2010). Pathways to education for former Swedish welfare clients. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 428-430. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Höjer, I., Sjöblom, Y. (2010). Transition to adulthood for young Swedish care leavers. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 418-419. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Jones, L. (2006). Continuity of Care and Outcomes in Residential Care: A Comparison of Two Care Giving Models. *Residential Treatment of Children & Youth* (23)3-4, 119-139.
- Jongepier, N. (2011). Groepsopvoeder moet balans vinden tussen flexibiliteit en controle. Gesloten residentiële jeugdzorg als veilige haven. *JeugdenCo* (04), 19-29..

- Knecht, R., Hargrave, M.C. (2002). Familyworks: Integrating Family in Residential Treatment. *Residential Treatment for Children & Youth* (20)2, 25 -35.
- Knorth, E.J. (2010). Messages from research: kwaliteit van zorg doet ertoe. *Kind en Adolescent* 30(1), 41-43.
- Knorth, E.J., Knot-Dickscheit, J., Tausendfreund, T. (2007). Zorg voor jeugdigen: ambulant én niet-ambulant. Ontmoetingen aan de voor- en achterkant of ook gaande door het pand? *Tijdschrift voor orthopedagogiek* (46), 113-126.
- Lochman, J.E., Curry, J.F., Dane, H., Ellis, M. (2001). The Anger Coping Program: An Empirically-Supported Treatment for Aggressive Children. *Residential Treatment for Children & Youth* (18)3, 63-73.
- Löfholm, C.A., Jergeby, U. (2010). Multisystemic Therapy (MST) with Swedish conduct-disordered youth: Treatment outcomes two years after intake. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 185-188. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Lucassen, P.L.B.J., Oldelartman, T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek: praktische methoden voor de medische praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn.* Amsterdam: SWP.
- Milani, P., Belotti, V., Ius, M., Serbati, S., Satta, C. (2010). Co-building of tools to assess, plan and monitor intervention with children out of their homes and away from their families. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 546-549. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Mommaerts, S., Vanderfaeillie, J., Grietens, H. (2008). *Evaluatie Time-Outprojecten Bijzondere jeugdbijstand.* Brussel / Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG).
- Montserrat, C., López, M., Del Valle, J.F., Bravo, A. (2010). Children in long-term residential care: Who are they and why are they still there? In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 313-1-315. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Nickerson, A.B., Salamone, F.J., Brooks, J.L., Colby, S.A. (2004). Promising Approaches to Engaging Families and Building Strengths in Residential Treatment. *Residential Treatment for Children & Youth* (22)1, 1-19.
- Peeters, S., Jacobs, T., Driessens, K. (2010). *De moeizame zoektocht naar hulpverlening op maat in de bijzondere jeugdbijstand. Onderzoek naar onevenwichten tussen vraag en aanbod in de provincie Antwerpen*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- Pijnenburg, H., van Montfoort, A., Hermanns, J., van Yperen, T. (2010). *Zorgen dat het werkt.Werkzame factoren in de zorg voor jeugd.* Amsterdam: SWP.
- Rietveld, L., van Rooijen-Mutsaers, K. (2011). *Wat werkt bij supervisie, intervisie en coaching?* Utrecht: het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
- Roose, R., Bouverne-De Bie, M. (2011). De bijzondere jeugdzorg in Vlaanderen. Bevragen of verder zetten van een dominante logica?. In: Crombez, J., De Wachter, E. *Kansen voor Kinderen. Een weg voor het jongerenwelzijn in Vlaanderen.* Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Smits, I., van der Wielen, G., Opdenacker, J. (2012). *Onderzoek naar werkzame methodieken binnen de bijzondere jeugdbijstand ter continuering van de hulpverlening die door agressie bedreigd wordt.* Brussel: in opdracht van het Agentschap Jongerenwelzijn.
- Soyez, S., Baudoncq, B., Heye, P., Broekaert, E. (2010). *Wetenschappelijke ondersteuning bij de implementatie van een typemodule gezinsdiagnostiek in de Centra Integrale Gezinszorg*.

Eindrapport. Gent : Universiteit Gent. In opdracht van het Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

- Stals, K., van Yperen, T.A., Reith., W.J.M., Stams, G.J.J.M (2010). Planmatig implementeren leidt tot effectievere interventies in de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* (49), 43-55.
- Stein, M., Munro E.R. (2010). Young people's transitions from care to adulthood: The challenges of making international comparisons. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 67-69. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Stoltz, S., van Londen, M., Dekovic, M., Orobio de Castro, B., Prinzie, P. (2010). The effectiveness of an individual preventive intervention for aggressive elementary school children: The 'Stay Cool Kids' program. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 116-118. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Sulimani-Aidan, Y. (2010). Future expectation of adolescents in residential care in Israel. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 436-438. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Thoburn, J. (2010). Lessons learned about the policy and practice of group care from a study of children in public out-of-home care in 14 countries. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 311-312. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Thys, I., Van den Bosch, H. (2009). *De leefgroep als instrument in de begeleiding van uithuisgeplaatste jongeren. Een kwalitatieve meervoudige gevalsstudie in begeleidingstehuizen van de bijzondere jeugdzorg.* Leuven*:* Katholieke Universiteit Leuven.
- Tilanus, C.P.G. (2006). *Onderzoeksmethoden bij agogisch handelen.* Utrecht: SWP .
- van Brussel, A., De Meyer, 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.
- van Dam, A. (2010). Evidence-based programma's in uitvoering: Functional Family Therapy (FFT). Loopplank van theorie naar praktijk. *Sozio* (96), 34-39.
- Van Damme, W., Bourgois, S. (2004). *Contextuele methodiek ? Werken vanuit de leefomgeving*. Mechelen: Kluwer.
- van de Loo, S.J.M., Mulder, H., Grietens, H., Knorth, E.J., Strijker, P. (2010). Treatment and assessment of parenting capacities in a family psychiatric centre: Context, working method and research. In: Knorth, E.J., Kalverboer, M.E., Knot-Dickscheit, J. (eds.). *InsideOut. How interventions in child and family care work. An international source book,* 158-160. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Van der Helm, G.H.P. (2011). *First do no Harm: Living group climate in secure juvenile correctional institutions.* Academisch Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam / SWP.
- van der Laan, P., van Busschbach, J., Bijleveld, C. (2007). Experimentele criminologie en criminologische experimenten. *Tijdschrift voor Criminologie* (49)1*,* 12-24.
- Van der Pol-Weynschenk, C. (2010). Nu vooral het eindstation van jeugdzorg. Herwaardeer de residentiële zorg! *Sozio* (96), 14-19.
- Van Hee, J.P. (2011). Hulpcontinuïteit als leidmotif van IJH. *Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek* maart, 5-13.
- Van Hee, J.P. (2011). Integrale Jeugdhulp, hulpcontinuïteit als gedeelde verantwoordelijkheid. *Alert* 37(1), 16-25.

- Van Regenmortel, T. (2008). *Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg.* (Oratie). Eindhoven: Fontys Hogeschool Sociale Studies.
- Van Rooijen-Mutsaers, K., Pots, K., Boendermaker, L., de Lange, M. (2011). Wat werkt in de residentiële jeugdzorg? Werkbladen. Utrecht: het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
- Van Sevenant, K. (2008). *Bind-Kracht in Armoede. Boek 2. Krachtgerichte hulpverlening in dialoog.* Leuven: LannooCampus.
- van Vugt, E., Stams, G.J., Dekovic, M., Prinzie, P., van Geldorp, L., Buttinger, E. (2010). Evaluatie van een groepsgerichte sociale-vaardigheidstraining voor kinderen met probleemgedrag. *Kind & Adolescent* (31)2, 83-97.
- van Yperen T. (2010). Jeugdzorg op de ladder. *Kind & Adolescent* 32(2), 119-122.
- van Yperen, T. (2003). *Resultaten in de jeugdzorg; begrippen, maatstaven en methoden.* Utrecht: het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn – Jeugd (NIZW).
- van Yperen, T. (2011). Flexibele programma-integriteit. *Kind & Adolescent* 32(3), 173-175.
- van Yperen, T. (red.) (2010). *55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg.* Utrecht: het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
- van Yperen, T., van der Steege, M., Addink, A., Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de Jeugdzorg. Stand van de discussie.* Utrecht: het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
- van Yperen, T., Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg.* Delft: Eburon.
- Vermeulen, M. (red.). (1994). *Methodiek voor Integrale Gezinsbegeleiding. Visies vanuit de dagcentra Bijzondere Jeugdbijstand.* Leuven / Amersfoort: Acco.
- Vervotte, I. (2006). *Globaal Plan Jeugdzorg. De kwetsbaarheid voorbij … Opnieuw verbinding maken*. Brussel: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Webster-Stratton, C. (2001). The Incredible Years: Parents, Teachers and Children Training Series. *Residential Treatment for Children & Youth* 18(3), 31-45.

- (2009). *Praktijkrapport Hulp coördinatie en continuïteit van de jeugdhulp in de netwerken RTJ*. Brussel: Integrale Jeugdhulp.
- (2009). *Verslagboek van de studiedag Cliëntparticipatie in de regio's Integrale Jeugdhulp*. Brussel: Integrale Jeugdhulp.
- (2010) *Praktijkrapport Hulpcoördinatie: inventarisatie casusoverleg.* Brussel: Integrale Jeugdhulp.
- (2011). *The What Works Process. Evidence-informed improvement for child and family services.* Dublin: The Centre for Effective Services (CES).
- (2012). *Nota Hertekening van het private aanbod Jongerenwelzijn: naar een modulair kader*. Brussel: Jongerenwelzijn.
- (2012). *Praktijkrapport hulpcoördinatie.* Brussel: Integrale Jeugdhulp.
- (2012). *Staten-Generaal Jeugdhulp. Met de kracht van de jeugd!* Brussel: Agentschap Jongerenwelzijn (in opdracht van minister Vandeurzen en nauwe samenwerking met het Raadgevend Comité).

- Centrum voor Actieve Netwerkontwikkeling en Omgevingsondersteuning (CANO) - http://www.canovlaanderen.be/
- Continuïteit en coördinatie vormen ook basisprincipes in de Integrale Jeugdhulp (IJH). Werkmap IJH Hoofdstuk 3 en 4 - www.jeugdhulp.be

- Databank Effectieve Interventies http://nji.nl/eCache/DEF/1/03/055.html
- Effectiviteit van jeugdinterventies - www.jeugdinterventies.nl
- Eigen Kracht Conferenties - www.eigen-kracht.be
- Evolutie erkende capaciteit naar begeleidingsjaar en sectortype - http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/PDF/OB_Cijfermateriaal/kerncijferrapporten2011/evolutie_1.pdf.
- Evolutie van de gemiddelde bezettingsgraad van de voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand - http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/PDF/OB_Cijfermateriaal/kerncijferrapporten2011/evolutie_12.pdf

- Evolutie van het aantal begeleide jongeren naar begeleidingsjaar en soort voorziening - http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/PDF/OB_Cijfermateriaal/kerncijferrapporten2011/evolutie_7.pdf,
- Gedragsproblemen - http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=109533
- Getailleerd overzicht databanken - http://bib.kuleuven.be
- Implementatiewijzer - http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/19/241.html.
- Jongerenwelzijn - http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/.
- Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - www.kenniscentrumwvg.be
- Kindeffectrapport (KER) bij het decreet betreffende de integrale jeugdhulp - http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/02_wat_is_ijh/regelgeving/decreet_stuk2056/stuk2056-bijlage-ker.pdf
- Koninklijke Bibliotheek. Nationale bibliotheek van Nederland - www.kb.nl.
- Leren overleven. Leerschool voor contextuele hulpverlening - www.lerenoverleven.org
- Opvang vzw. Pleegzorg, zorg voor een wereld van verschil - www.opvang.be
- Praktikon - www.praktikon.nl
- Private voorzieningen bijzondere jeugdzorg - http://www.steunpuntjeugdhulp.be/?action=onderdeel&onderdeel=236&titel=Private+voorzieningen
- Quickscan jeugdzorgaanbod met potentie - http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=122499
- Staten-Generaal Jeugdhulp. Met de kracht van de jeugd! 18 juni 2012 - http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/PDF/staten_generaal/sg_visietekst.pdf.
- Triple P - http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/22/684.html,
- Werkzame factoren - http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=126320.
- www.bindkracht.be
- www.planvzw.be
- www.yarvlaanderen.be