Nederlands Jeugdinstituut

Interventie

EVA-Zahir

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 14 februari 2025
Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: de Groot, Brekelmans, van der Weel (april 2025). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'EVA-Zahir'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud **3**

Samenvatting **4**
Doelgroep 4
Doel..... 4
Aanpak 4
Materiaal 4
Onderbouwing 5
Onderzoek 5

1. Uitgebreide beschrijving **6**
1.1 Doelgroep 6
1.2 Doel 8
1.3 Aanpak 9

2. Uitvoering **25**

3. Onderbouwing **29**

4. Onderzoek **47**

5. Samenvatting Werkzame elementen **51**

6. Aangehaalde literatuur **53**

Samenvatting

EVA-Zahir is een sterk gestructureerd 7x24 uursprogramma voor meisjes en jonge vrouwen van 12 t/m 23 jaar die op de vlucht zijn voor (dreigend) eergerelateerd geweld door hun (schoon)familie. Het programma biedt een landelijk aanbod in gespecialiseerde veiligheid in combinatie met gespecialiseerde (systeem)behandeling en is onderdeel van het Landelijk Transitie Arrangement (LTA). Afhankelijk van de ernst van de vraagstukken en problemen duurt het programma maximaal 1 jaar.

Doelgroep

De meiden op wie het zorgprogramma zich richt hebben te maken met (dreigend) eergerelateerd geweld door hun (schoon)familie en/of (ex-)partner, omdat er vanuit hun perspectief sprake is van wangedrag dat openbaar is geworden of kan worden. Het (dreigend) eergerelateerd geweld gaat gepaard met veiligheidsrisico's en een variëteit aan systeem- en individuele problematiek.

Doel

Het zorgprogramma Eva-Zahir is erop gericht om een zodanige afname van het (dreigende) eergerelateerde geweld en andere persoonlijke en/of systeemproblematiek te bereiken, dat het meisje veilig terug kan keren naar huis, of veilig elders kan wonen en naar eigen vermogen kan deelnemen aan de maatschappij. Daarnaast kunnen er voor elke cliënt persoonlijke subdoelen geformuleerd worden gebaseerd op de individuele problematiek.

Aanpak

EVA-Zahir biedt aan de doelgroep een landelijke kleinschalige gestructureerde en gespecialiseerde open categorale opvang- en behandelvoorziening in zowel Brabant als Friesland. Het Zorgprogramma Eva-Zahir duurt maximaal één jaar en bestaat uit vier fasen: (1) stabilisatie en normalisatie, (2) verwerking en behandeling, (3) integratie) en (4) uitstroom/vervolgzorg en follow-up. Het zorgprogramma richt zich op de drie pedagogisch milieus, te weten: wonen, school/werk en vrije tijd.

Het zorgprogramma bestaat uit een aantal kernconcepten: het bieden van veiligheid en bescherming, verblijf op een leefgroep met een goed pedagogisch basisklimaat, systeemgericht werken waarbinnen bemiddeling en/of systeemtherapie, een aanbod van individuele, en groepsbegeleiding en –behandeling, onderwijs of werk en mogelijkheden voor het opdoen van positieve ervaringen buiten de instelling. Een deel van de interventies waaruit het zorgprogramma bestaat geldt voor alle meiden van EVA – Zahir. Uit de overige interventies wordt een keuze gemaakt afhankelijk van de veiligheid en het unieke beeld van het meisje.

Materiaal

- Zorgprogramma EVA – Zahir.
- E-learning schadelijke praktijken https://www.augeo.nl/schadelijke-praktijken , Fier heeft mee ontwikkeld.
- Checklist Eergerelateerd geweld LEC EGG.
- Brekelmans, I. & Groot, G. de (2014). De kleuren van Eva en Zahir. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Procesevaluatie EVA-Zahir 2022.

- Zorgprogramma Geweld in Afhankelijkheidsrelaties (Fier), intern handboek (waarbinnen diagnostiek TAPmodel).
- Welkomstboekje.
- Verwijskaart/folder en informatiemateriaal voor cliënten (op de intranetten van Sterk Huis en Fier).
- Factsheet eergerelateerd geweld en schadelijke (traditionele) praktijken (Fier, Sterk Huis).

Onderbouwing

Het zorgprogramma richt zich op onveiligheid als gevolg van (dreigend) eergerelateerde geweld en op de hier mee samenhangende actuele en onderliggende problematiek. Essentieel m.b.t. veiligheid en ontwikkelingsmogelijkheden is:

- het creëren van veiligheid op verschillende niveaus door specifieke veiligheidstaxatie en –analyse, een veilig, beschermend pedagogisch basisklimaat, een duidelijke dagstructuur, mogelijkheden in toegepaste bemiddeling;
- het betrekken van en werken met het gezin en de sociale omgeving aan motivatie, constructieve interactiepatronen m.b.v. bemiddeling, systeemtherapie;
- evidence based interventies om de gezag- en gedragsproblematiek, gestagneerde ontwikkeling en psychiatrische en/of traumaproblematiek te verminderen of er mee om te leren gaan;
- de mogelijkheden van intern en extern passend onderwijs en de focus op vervolgopleiding / arbeidsparticipatie;
- de verbinding van een normaal dagelijks leven met gespecialiseerde behandeling;
- mogelijkheden in begeleid en beschermd wonen en nazorg bij zelfstandig wonen ofwel een gedegen afstemming met hulpverlening elders.
- de opname is in meidengroepen in een gespecialiseerde open categorale opvang- en behandelsetting, waar sprake is van een samenhangende integrale aanpak van gecombineerde jeugdzorg en jeugd-ggz**.**

Onderzoek

Er zijn twee onderzoeken uitgevoerd naar de doelgroep van EVA-Zahir:

- Een kwalitatief onderzoek aangevuld met kwantitatieve data d.m.v. semigestructureerde interviews met 33 meiden na hun behandeling bij Fier. Van de 33 meiden behoorden 11 meiden tot de doelgroep van EVA-Zahir. Het onderzoek beschrijft de situatie van de meiden bij binnenkomst, hoe ze het leven in de groep ervoeren, wat ze van de groepsbegeleiding en diverse therapieën vonden, hoe veilig ze zich binnen de instelling voelden en hoe ze het onderwijs en de buitenschoolse activiteiten hebben ervaren. Geleerde lessen en verbeterpunten zijn hierop beschreven. Een van de conclusies is dat voor duurzame zorg vervolgzorg essentieel is (Werson, et al, 2015).
- In 2022 is heeft er een procesevaluatie van het zorgprogramma Eva-Zahir plaatsgevonden. Het doel van het gedane onderzoek was daarmee tweeledig en dient inzicht te geven in: het bereik van de interventie en in de waardering en ervaring van de doelgroep en uitvoeders. Er is gebruik gemaakt van de CQ-index en de cliënttevredenheidlijsten ingevuld door cliënten van zowel Eva als Zahir. Daarnaast is er een groepsinterview geweest met meiden die op Eva verblijven en meiden die op Zahir verblijven. Ook zijn medewerkers van beide afdelingen gevraagd naar hun ervaringen met het zorgprogramma.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Het zorgprogramma Eva-Zahir richt zich op meiden en jonge vrouwen (12 tot en met 23 jaar):

- die op de vlucht zijn voor (dreigend) eergerelateerd geweld door hun (ex)partner en of (schoon)familie omdat er vanuit het perspectief van de gemeenschap en ouders/familie sprake is van wangedrag dat openbaar is geworden of openbaar kan worden;
- die door de ernstige dreiging en ernstige vormen van (eergerelateerd) geweld te maken kunnen hebben met complexe problematiek zoals trauma's en andere psychische problemen, lichamelijke klachten, psychosociale en gedragsproblemen, problemen op het terrein van onderwijs en/of werk, en vaak een verstoorde relatie met ouders/familie hebben;
- die door de ernstige dreiging/kans op escalatie en complexe problematiek voor hun veiligheid beschermd moeten worden tegen direct geweld en opgevangen moet worden in een andere regio.

De doelgroep is divers en heeft naast specifieke veiligheid, ook specifieke behandeling nodig in een cultuursensitieve context.

Intermediaire doelgroep

Ouders/familie worden gezien als een intermediaire doelgroep. Het betreft de directe familieleden en dan met name (groot/schoon)ouders en gezinsleden. Zij zijn van betekenis binnen de systeemgerichte aanpak. Bemiddeling (eventueel voorafgaand) kan helpen om veiligheid te bewerkstelligen en om gesprekken op gang te brengen. Familieleden die een belangrijke positie hebben in de familie (bijvoorbeeld een opa, broer of een oom) en sleutelfiguren in de gemeenschap kunnen eveneens van betekenis zijn. Zij zijn belangrijke partners wanneer het gaat om bemiddeling en het op gang brengen van veranderingsprocessen in de familie.

Selectie van doelgroepen

Binnen het zorgprogramma Eva-Zahir wordt vooral gewerkt met het unieke beeld van een meisje, ook omdat de ervaring leert dat de problematiek in een later stadium vaak complexer blijkt te zijn dan in eerste instantie zichtbaar is. Er is, behalve de indicatie- en contra-indicatiecriteria, geen scherpe selectieprocedure. Dit vanuit de visie dat de toegang laagdrempelig moet zijn voor de meiden die op vlucht zijn voor (dreigend) eergerelateerd geweld en een gespecialiseerde veilige context en gespecialiseerde behandeling nodig hebben. Daarnaast vraagt acute dreiging om acuut handelen. Artsen, politie uit het hele land, Veilig Thuis en het Openbaar Ministerie mogen rechtstreeks aanmelden bij EVA-Zahir, ook als het meisje minderjarig is. De procedure bestaat uit de volgende stappen:

- het meisje wordt aangemeld door de verwijzer;
- er vindt (waar mogelijk) een (telefonische) intake plaats om meer zicht te krijgen op de situatie (inschatting (on)veiligheid, anamnestische gegevens, motivatie) en eventuele contra-indicaties.

Zowel Fier als Sterk Huis bieden High Safety en High Intensive Care, wat betekent dat de meeste meiden geplaatst kunnen worden.

De indicatiecriteria richten zich op:
- leeftijd 12 t/m 23 jaar;
- op de vlucht voor (dreigend) eergerelateerd geweld;
- noodzaak buitenregionale plaatsing i.v.m. ernstige veiligheidsrisico's in de eigen woonomgeving;
- het meisje laat problemen zien op één of meer van de volgende gebieden: praktische problemen, gedragsproblematiek, risicogedrag m.b.t. waarden en normen in de gemeenschap, psychi(atri)sche problematiek, (complexe) traumaproblematiek, gestagneerde ontwikkeling;
- bereid om zich te houden aan de afspraken en regels die worden gehanteerd in het kader van de veiligheid van zichzelf en van de andere meiden;
- betrokkenheid van ouders, familieleden danwel sleutelfiguren. Deze betrokkenheid is van grote waarde m.b.t veiligheid en (systeem)behandeling.

Er geldt een beperkt aantal contra-indicaties; deze zijn voornamelijk gericht op het kunnen volgen van het zorgprogramma:
- niet bereid zich te houden aan de afspraken omtrent veiligheid van zichzelf of de andere meiden;
- niet buiten de eigen regio geplaatst willen worden wanneer de eigen regio onveilig is;
- ernstige verslaving- en/of psychiatrische problematiek als kernprobleem of een licht verstandelijke beperking, welke dermate voorliggend is waardoor deelname aan het zorgprogramma (nog) niet mogelijk is. Hiervan is sprake:
  - wanneer eerst de verslaving behandeld moet worden voordat een meisje het zorgprogramma EVA-Zahir kan volgen. De verslaving is dan bovenliggend en bepalend;
  - bij ernstige psychiatrische klachten en stoornissen die niet het gevolg zijn van de eergerelateerde dreiging / geweld. Deze problematiek vraagt specifieke expertise. In afstemming met een regiebehandelaar/ gedragswetenschapper wordt de situatie beoordeeld en besloten of de opname wel of niet kan plaatsvinden. Bij twijfels over de contra-indicatie kan gekozen worden voor een observatie- en analyseperiode. In deze observatie- en analyseperiode onderzoekt de regiebehandelaar samen met de betrokken medewerkers en het meisje zelf of het voor haar haalbaar is om het zorgprogramma te volgen en te werken aan de doelen. Er zal onder andere gesproken worden met het meisje zelf, haar netwerk en andere betrokkenen (al dan niet vanuit de hulpverlening). Tevens wordt de Verklarende Analyse opnieuw bekeken en waar nodig aangescherpt, zodat verklaringen hieruit ook meegenomen kunnen worden in (mogelijke) aanpassingen van het zorgaanbod. Als laatste stap kan er ook gezocht worden naar een regionale samenwerking met hulpverleningsorganisaties met een specifieke expertise (zoals bijvoorbeeld GGZ of verslavingszorg) om te onderzoeken of het zorgprogramma met ondersteuning van hen alsnog doorlopen kan worden.

Wanneer blijkt dat een meisje niet voldoet aan de indicatiecriteria of dat er sprake is van contra-indicatie(s) wordt er samen met haar en de verwijzer/ketenpartners gekeken naar mogelijkheden om toch te plaatsen of wel hulpverlening tot stand te brengen of naar een meer geschikte plaatsing.

Betrokkenheid doelgroep

In 2022 heeft een procesevaluatie van de methodiek Eva-Zahir plaatsgevonden. Hierin hebben Sterk Huis en Fier onderzocht hoe cliënten de hulpverlening en hun verblijf hebben ervaren en wat daar nog in verbeterd kan worden. Er is dus specifiek stilgestaan bij de waardering en ervaring van de doelgroep zelf. Voor de cliënten die op Eva verbleven hebben is gebruik gemaakt van de CQ-index om hier meer zicht op te krijgen. Hierin zijn vragen opgenomen zoals: "Krijgt u zoveel hulp als u nodig heeft?", en "Gaat het door de hulp beter met u?". Voor de cliënten die op Zahir verbleven hebben is

gebruik gemaakt van het leefklimaat onderzoek naar tevredenheid van cliënten in de opvang. Daarnaast is voor beide groepen gekeken naar de cliënttevredenheidvragenlijsten. Om de resultaten uit de vragenlijsten aan te vullen, is een groepsinterview gehouden met (een deel van) de op dat moment opgenomen cliënten.
De input van de cliënten heeft o.a. geleid tot het nog meer op maat invullen van het zorgprogramma, het inzetten van meer autonomieversterkende interventies, nog meer aandacht voor het netwerk, en zorgvuldige invulling van de nazorg / vervolghulp.
Daarnaast:

- leert het onderzoek Fier en Verder dat veel meiden het belangrijk vinden dat hun familie betrokken wordt bij de behandeling en is structureel contact met ouders/familie, danwel inzet op bemiddeling, systeemtherapie relevant. Zij hechten tevens waarde aan een goede sfeer op de groep, goed onderwijs en aan hulpverleners die hen daadwerkelijk begrijpen en aanvoelen. Dit zijn onderwerpen van gesprek in de mentorgesprekken en huiskamervergadering;
- wordt jaarlijks het leef- en leerklimaat getoetst;
- worden de psychoeducatiemodulen na afloop met de meiden geëvalueerd. Deze evaluatie is input voor de doorontwikkeling. Zo geven meiden aan welke oefeningen ze wel en niet zinvol vinden en waarom;
- worden de effecten en voortgang van een behandeling getoetst;
- kunnen meiden signaalkaarten invullen over waarover ze tevreden zijn en wat ze anders zouden willen;
- zijn er actieve cliëntenraden;
- wordt er bij uitstroom met elk meisje geëvalueerd en een exit vragenlijst ingevuld.

1.2 Doel

Hoofddoel

Er is een zodanige afname van het (dreigende) eergerelateerd geweld en andere persoonlijke en/of systeemproblematiek dat het meisje veilig terug kan keren naar huis, of veilig elders kan wonen en naar eigen vermogen kan deelnemen aan de maatschappij.

Subdoelen

Het hoofddoel van het zorgprogramma EVA-Zahir bestaat uit een samenhangend geheel van subdoelen.
Deze subdoelen worden op maat uitgewerkt m.b.v. het behandelplan. Dit behandelplan richt zich op het
unieke beeld van het meisje.
<u>Subdoelen:</u>

1. Het meisje is vanaf start opname fysiek veilig en beschermd.
2. Het meisje heeft een, op maat gemaakt, individueel en systeemgericht veiligheidsplan- en afspraken (gericht op individuele veiligheid en veiligheid tijdens contacten met gezin/ familie/ netwerk). Plan en afspraken worden bij veranderde omstandigheden bijgesteld. Zij heeft haar veiligheidsplan geactualiseerd wanneer zij met ontslag gaat en er zijn concrete afspraken gemaakt over nazorg en follow-up.
3. De emotionele veiligheid van het meisje is toegenomen.
4. De eergerelateerde druk of dreiging is gestopt.
5. De systeeminteracties zijn verbeterd: ouders/gezin zijn meer dan voorheen responsief, ouders en meisje hebben overeenstemming over collectieve en individuele wensen en grenzen, de gezinscommunicatie is verbeterd. Het meisje kan op haar gezin/familie rekenen en/of heeft een steunend netwerk (dat haar beschermt waar nodig).
6. De traumaklachten zijn afgenomen. Autonomie, zelfwaardering en weerbaarheid zijn versterkt.

7. Het meisje participeert adequaat in de samenleving – school, werk, leefomgeving. Zij heeft (reëel zicht op) een startkwalificatie dan wel positie op de arbeidsmarkt.
8. Het meisje heeft na de behandeling bij EVA-Zahir een veilige woonplek bij ouders/familie, zelfstandig of in een voorziening (bijvoorbeeld begeleid of beschermd wonen, gezinshuis, een zorginstelling elders).

Subdoelen worden gemeten met behulp van het risicotaxatie-instrument Landelijk Expertisecentrum Eergerelateerd geweld (LEC EGG), doelen en evaluaties in het behandelplan, gestandaardiseerde vragenlijsten en (proces)diagnostiek.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

EVA-Zahir biedt aan de doelgroep een kleinschalige gestructureerde en gespecialiseerde open categorale opvang- en behandelvoorziening in zowel Brabant als Friesland. Het Zorgprogramma Eva-Zahir duurt maximaal één jaar en bestaat uit vier fasen:

Stabilisatie en normalisatie veiligheid, verlaging van stress, leren omgaan met probleemsituaties start onderwijs/werk en maatschappelijke participatie	Vanaf dag 1 – max 3 maanden. Wanneer traumabehandeling nodig is in principe al tijdens deze fase de module (intensieve) traumabehandeling (I)TB) in combinatie met normalisatie van gedrag
Verwerking/behandeling Verwerking van ervaringen van geweld, trauma, focus op groei en ontwikkeling Onderwijs/werk en maatschappelijke participatie	Start wanneer het kan, op maat. Max 11 maanden
Integratie uitproberen in de buitenwereld Onderwijs/werk en maatschappelijke participatie	Start wanneer het kan, op maat. Minimaal vanaf 10 weken
Uitstroom, vervolgzorg/ follow-up Relevante ondersteuning, ook in onderwijs/werk en maatschappelijke participatie	Startmoment afhankelijk van de vorige fasen en de thuissituatie / het perspectief

De fasering is niet lineair maar dynamisch: zo kunnen er normaliserende en stabiliserende interventies plaatsvinden tijdens de fase van verwerking/behandeling; wanneer (intensieve) traumabehandeling (I)TB) nodig is start deze zo snel als mogelijk na opname; er kan intensieve behandeling zijn tijdens de fase integratie. De overgang naar de volgende fase is afhankelijk van de mate van (on)veiligheid en het unieke beeld van het meisje en wordt besloten in het Multi Disciplinair Overleg (MDO).

Zorg op maat in iedere fase

De hulp aan deze meiden bestaat uit een bijzondere combinatie van (jeugd)hulp en (jeugd)GGZ gekenmerkt door de RNR beginselen (Risk-Needs-Responsivity): het betreft meiden met specifieke *risicofactoren (risk)*, met specifieke *ondersteuningsbehoeften (needs)*, die specifieke veiligheid en gespecialiseerde, *responsieve behandeling (responsivity)* nodig hebben. Voldoen aan die beginselen zorgt voor een lagere recidive. Voldoen aan zowel gespecialiseerde veiligheid als gespecialiseerde behandeling is daarom essentieel.

In iedere fase:

- is veiligheid voorwaarde en doelstelling. Hierbij is aandacht voor fysieke, emotionele en pedagogische veiligheid. Voor duurzame veiligheid zijn eerst directe veiligheid en vervolgens, risicogestuurde en herstelgerichte zorg nodig, o.a. gebaseerd op de taxatie en analyse van het LEC-EGG. Het veiligheidsplan wordt daarom steeds bijgewerkt op de situatie van het meisje en van haar omgeving. Het veiligheidsplan

richt zie niet alleen op het meisje zelf, maar ook op de context waarin zij zich bevindt. Tijdens opname is het afgestemd op de faciliteiten binnen de instelling en (on)veiligheid vanuit het systeem. Bij verlofmomenten/ contacten met het systeem wordt afgestemd met de betrokken systeemleden over ieders veiligheid. Bij uitstroom wordt haar omgeving (ouders, vrienden, vervolghulpverlening, verder betrokken netwerk) betrokken bij het maken en uitvoeren van het veiligheidsplan en -afspraken.

- volgen meiden naast behandeling ook onderwijs, of hebben/ zoeken werk en zijn actief in onderdelen van maatschappelijke participatie;
- wordt hulp ingezet vanuit de strategieën uit het piramidemodel van Kok (1973), zie Figuur 1:
  - een veilig, warm, motiverend en ontwikkelingsgericht leef- en leerklimaat biedt de basis voor de verdere hulpverlening (1e graadsstrategie);
  - (psychoeducatie)modulen van meerdere bijeenkomsten die worden gevolgd door alle meiden in de groep en worden ingezet op basis van behoefte en mogelijkheden van de groep. Deze modulen richten zich in alle fasen op de normale ontwikkeling en de psychologische basisbehoeften van de meiden (2e graadsstrategie)[1];
  - algemene groepsinterventies, bejegening, onderwijs, werk, participatie (2e graadsstrategie);
  - geprotocolleerde behandelmodulen van meerdere bijeenkomsten, op indicatie ingezet na (proces/ verdiepende) diagnostiek. Deze modulen richten zich in alle fasen op de specifieke problematiek en de individuele- en systeembehandeldoelen van een meisje (3e graadsstrategie).

[1] Psycho-educatiemodulen zijn groepsgericht. Omdat de groep onverwacht van samenstelling kan veranderen worden op basis van die samenstelling de passende modulen en de relevante onderdelen daarvan gekozen. Er is een ruime keuze in deze modulen, opgenomen in een modulenboek. Altijd aan de orde voor alle meiden zijn modulen gericht op veiligheid, culturele achtergrond, intimiteit en seksualiteit, groepsgebeuren, internetgevaren. Keuzes worden tevens gemaakt op dynamiek in de groep, thema's die spelen en waar bijvoorbeeld zorgen over zijn. Er is niet een vaste volgorde, er wordt zoveel mogelijk rekening mee gehouden dat meiden niet een module dubbel krijgen tijdens hun verblijf. Psycho-educatiemodulen en modulen op indicatie kunnen in verschillende fasen worden ingezet.

Figuur 1: Het piramidemodel van Kok (1973) waarin hulp wordt ingedeeld in een 1e, 2e. 3e graadsstrategie. De 1e graadsstrategie biedt een veilige basis waarop de overige strategieën voort kunnen bouwen. De 2e graadstrategie richt zich op normale ontwikkeling en pedagogische basisbehoeften van alle meiden. De 3e graadstrategie is op maat aangeboden specialistische GGZ passend bij het beeld van het specifieke meisje.

- Ieder meisje heeft een eigen behandelplan, waarin de behandellijn concreet wordt uitgewerkt, met daarin de eigen individuele- en systeemdoelen. Het inhoudelijk proces wordt gerapporteerd in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Het behandelplan wordt structureel met het meisje in het MDO geëvalueerd en bijgesteld en eveneens besproken met de (gezins)voogd/ouders.

Kenmerken van het zorgprogramma

- Een open setting: Veiligheid en bescherming worden gerealiseerd door de intensieve samenwerking met de politie, een groot aantal veiligheids- en beschermingsmaatregelen en de intensieve en gespecialiseerde vormen van behandeling.
- Categorale, gespecialiseerde opvang: het betreft gespecialiseerde integrale transculturele hulpverlening en opname in groepen die alleen uit meiden, lotgenoten, bestaan met een soortgelijke achtergrond. Er is sprake van een genderspecifieke aanpak met ruime aandacht voor relatievorming, seksualiteit.
- Geïntegreerde hulpverlening door de geïntegreerde orthopedagogische en (jeugd) GGZ behandeling gericht op alle levensgebieden in combinatie met een intersectorale aanpak van veiligheid.
- Integratie behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie.
- Doorlopende zorg tot en met 23 jaar.

Het Multidisciplinair overleg (MDO)

Binnen het MDO wordt de keuze voor en de inhoud van specifieke behandeling van elk meisje vastgesteld.

Het MDO bestaat uit de betrokken disciplines zoals groepsleiding, teamleider, systeemtherapeut, (regie)behandela(a)r(en). Hierbij wordt uitdrukkelijk de wens en mening van het meisje meegenomen (shared decision making) als onlosmakelijk onderdeel om autonome motivatie te versterken.

- in de start van het behandelproces wordt o.b.v.de taxatie en analyse van fysieke en emotionele veiligheid en de (proces)diagnostiek het unieke beeld van het meisje bepaald;
- op basis van dit unieke beeld worden veiligheidsvoorwaarden en - afspraken gemaakt en wordt een eenduidige, integrale systeemgerichte behandellijn bepaald, geconcretiseerd in een behandelplan met daarin de doelen voor behandeling, onderwijs/ werk en maatschappelijke participatie;
- veiligheid, voortgang, inzet van modulen en perspectief (zoals terug naar huis, elders opname, begeleid /zelfstandig wonen, betekenis vervolgonderwijs) worden in het MDO besproken en eens in de 2 – 3 maanden geëvalueerd op inhoud, proces en samenwerking. Alle betrokkenen, ook het meisje, leveren hiertoe hun bevindingen over de afgelopen periode. Het perspectief van ouders, eventueel externe betrokkenen zoals politie, extern onderwijs, voogd, wordt eveneens meegenomen. Het meisje is in principe aanwezig bij de evaluatie en bespreekt haar perspectief op veiligheid en behandeling. Op basis van de evaluatie worden doelen bijgesteld/ toegevoegd.
- Iedere discipline die aan het MDO deelneemt heeft een eigen individuele verantwoordelijkheid op basis van de eigen professionele standaard en tevens beschreven in het professioneel statuut:
    - de regiebehandelaar: BIG-geregistreerd en eindverantwoordelijk wanneer er sprake is van S-GGZ. De regiebehandelaar delegeert onderdelen van de behandeling (zoals vastgelegd in het behandelplan) aan medebehandelaren;
    - mentoren, leerkrachten zijn o.l.v. hun teamleider gezamenlijk verantwoordelijk voor het veilige ontwikkelingsgerichte pedagogisch basis- en leerklimaat, voor het werken aan psychologische basisbehoeften en voor de evaluaties en bijstelling hiervan;
    - binnen Fier is de teamleider verantwoordelijk voor de integrale afstemming met behandelaren t.a.v. (verdiepende) diagnostiek en behandeling, en waar relevant, het (I)TB team. Binnen Sterk Huis ligt deze verantwoordelijkheid bij de gedragswetenschapper;
    - het integrale team draagt er o.b.v. eigen verantwoordelijkheden zorg voor dat veiligheidsafspraken en de 1e, 2e, 3e graadsinterventies volledig op elkaar zijn afgestemd;
    - de (systeem)behandelaar: biedt individuele-, groeps- en/of systeembehandeling.

Het MDO komt tweewekelijks bijeen gedurende 1.5 – 2 uur en werkt conform agenda. Veiligheid en het proces van een meisje worden in de regel eens in de 2 MDO's besproken.

Het unieke beeld

De specifieke inhoud en van daaruit de duur van de fasen van de behandeling worden bepaald door het unieke beeld van het meisje en haar systeem. Dit wordt vastgesteld a.d.h.v. veiligheidstaxatie en -analyse, observaties, intakegesprek(ken), contacten met ouders/gezin en/of verzorgers en/of gezinsvoogd, vragenlijsten en diagnostiek, en de bevindingen in het MDO.

Om een goed beeld te krijgen van de ernst en complexiteit van traumatische ervaringen wordt t.a.v. de diagnostiek, gewerkt met het Trauma Assessment Pathway (TAP model), een theoretisch model voor complex trauma. Uitgangspunt van dit model is het leren begrijpen van de cliënt met zijn of haar unieke geschiedenis, uniek gezinssysteem en uniek niveau van cognitief en emotioneel functioneren. Binnen het TAP model wordt informatie geordend volgens vier hoofdthema's: traumaverleden; symptoompresentatie; relevant contextueel verleden, ontwikkelingsverleden.

Het unieke beeld kent een aantal samenhangende onderdelen:

- veiligheid; motivatie/ hulpvraag; geweldsverhaal, mogelijk trauma; symptomen, klachten; relevante context/ problemen in het systeem; ontwikkelingsgeschiedenis en opvoedingsverleden; vriendschappen, relaties, netwerk;

Zowel de bovenliggende als de onderliggende problematiek, zowel de individuele als de systeem(hulp)vragen komen aan de orde en worden in de context van cultuur, geschiedenis en ervaringen geplaatst. Voor alle onderdelen gelden behandelindicaties, behandeldoelen en bijbehorende interventies.

Inhoud van de interventie

De beschrijving van de inhoud betreft: 1) de inhoud van de fasen, 2) de criteria voor faseovergang, 3) de kernconcepten. Het geheel in een transculturele en genderspecifieke context.

1) Inhoud van de fasen

Hieronder een overzicht van de fasen binnen EVA-Zahir, met bijbehorende subdoelen en enkele voorbeelden van de modulen die binnen de betreffende fase kunnen worden aangeboden:

Fase stabilisatie en normalisatie

Deze fase richt zich op het bieden van veiligheid en bescherming/ veiligheidstaxatie en -analyse van het LEC-EGG, observatie, (proces)diagnostiek, de autonome motivatie, stabilisatie van de situatie en op normalisatie van gedrag in de gestagneerde ontwikkeling. Wanneer ouders/familie niet op de hoogte zijn van de opname wordt in principe op dag 1 contact met hen opgenomen en besproken dat hun dochter/ partner/ familielid veilig is en zij waar mogelijk betrokken worden in de behandeling. Het multidisciplinaire team (MDO) komt o.b.v. hiervan tot een advies dat wordt besproken met het meisje en met haar ouders (wanneer mogelijk) en de verwijzer. Dit advies wordt vervolgens omgezet in een eerste behandelplan.

Het meisje gaat in de eerste week naar school of onderzoekt met haar mentor een passende daginvulling. De mentoren dragen zorg voor de fijne werkrelatie en het veilige cultuursensitieve pedagogisch basisklimaat (1e graadsstrategie); de basis voor verdere hulpverlening.
Vaste aandachtspunten binnen de begeleiding zijn o.a. een duidelijk dag & weekritme; slaappatronen/ nachtmerries, gezond eten/ eetgewoonten; onderwijs en concentratie; leren omgaan met herbelevingen en triggers; neiging tot/ gemis van middelengebruik. Daarnaast zijn interventies gericht op bewaken veiligheid, op fysieke gezondheid, op beleving en uiting van emoties, op het omgaan met gezag, regels en afspraken, op sociale contacten binnen en buiten de groep, op zingeving. Deze aandachtspunten komen verdiepend in de volgende fasen terug.
In deze fase worden modulen op maat ingezet gericht op motivatieversterking, veiligheid en bewustwording:

<u>Interventies - 2e graadsstrategie</u>

- Algemene groepsinterventies m.b.t. de beïnvloeding van de groepsdynamiek met aandacht voor de uniciteit van ieder meisje. Interventies zijn gebaseerd op: limit setting, shared decision, geweldloos verzet.
- Psycho-educatiemodulen voor alle meiden in de leefgroep zoals Veiligheid; Safe and Streetwise; Ik en mijn culturele belevingswereld; Sociale vaardigheden; Outrex.
- Maatschappelijke participatie/ onderwijs/ werk.

Behandelmodulen op indicatie - 3e graadsstrategie

- Individuele en groepstherapie op indicatie naar het unieke beeld zoals vaktherapieën, psychoeducatie trauma, weerbaarheid /psychomotorische therapie (PMT); Vroeger en Verder
- Bij PTSS wordt zo snel als het kan, dus al tijdens de fase stabilisatie en normalisatie, (I)TB gestart om al in een vroeg stadium stress, hyperalertheid, nachtmerries, emotionele uitbarstingen te verminderen
- Start systeemtherapie wanneer veiligheid niet in het geding is.

Relevante subdoelen in deze fase: 1,2,3,4,5,7

Fase verwerking/ behandeling

Deze fase richt zich op het verwerken van ervaringen van eergerelateerd geweld en soms andere vormen van schadelijke (traditionele) praktijken en/of huiselijk geweld, kindermishandeling en de gevolgen. (verdiepende) Behandeling van actuele problematiek, zoals gedragsproblemen, en onderliggende problematiek zoals ontwikkelingsstagnatie, trauma en hechtingsproblematiek kan worden geboden. Waar nodig wordt verdiepende diagnostiek ingezet. Stabiliserende en normaliserende interventies uit de vorige fase kunnen ook in deze fase worden ingezet. In de kern ligt de focus op de vervulling van de psychologische basisbehoeften en het zoveel mogelijk opheffen van ontwikkelingsstagnatie. Behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie werken integraal samen. Waar maar enigszins mogelijk wordt ingezet op bemiddeling, systeemtherapie / contact met familie.
Modulen worden individueel, in de groep en in het systeem op maat ingezet:

Interventies - 2e graadsstrategie

- Algemene groepsinterventies m.b.t. de beïnvloeding van de groepsdynamiek met aandacht voor de uniciteit van ieder meisje; zie de vorige fase;
- Psycho-educatiemodulen voor alle meiden in de leefgroep. De opsomming bij de vorige fase kan ook in deze fase gelden, gekoppeld aan behandeldoelen. Daarnaast modulen zoals Gebruiksaanwijzing – wie ben ik?; Gezondheid en zelfzorg; Terug naar je zelf; In je kracht;
- Maatschappelijke participatie/ onderwijs/ werk.

Behandelmodulen op indicatie - 3e graadsstrategie

- Individuele en groepstherapie op indicatie naar het unieke beeld zoals vaktherapieën; de diverse traumabehandelingen (EMDR, CGT-TB, CGT, IE, NET); COMET;
- Systeemtherapie wanneer veiligheid niet in het geding is.

Het pedagogisch basisklimaat biedt de context. Veiligheid, ontwikkelingen en behandellijn worden besproken in het MDO.
Relevante subdoelen in deze fase: 1,2,3,4,5,6,7

Fase Integratie

De focus ligt op integratie in het normale leven van dat wat een meisje geleerd heeft binnen voorgaande fasen. De individuele, systeem- en groepsbegeleiding en behandeling, onderwijs/ werk en vrije tijdbesteding richten zich op het maken van eigen keuzes en (opbouw van) een gezond netwerk en andere vaardigheden en competenties die nodig zijn voor een adequate deelname aan de samenleving, het voorkomen van revictimisatie en het vormgeven van een toekomstperspectief. Het meisje krijgt meer vrijheden / meer ruimte om naar buiten te gaan, uit te gaan, een (bij)baantje te zoeken, regulier

onderwijs te volgen of bijvoorbeeld een werk-leertraject buiten EVA-Zahir te volgen. Ze leert daarnaast steeds zelfstandiger haar dagprogramma te structureren.

In deze fase richt een groot aantal meiden zich op terugkeer naar huis; dit wordt stapsgewijs voorbereid. Het meisje doet tijdens verlofmomenten ervaring op die binnen de systeemtherapie weer worden uitgewerkt, samen met haar ouders/ gezin. Wanneer een meisje (nog) niet naar huis kan is dit de periode waarin zij zich richt op vervolgbehandeling in beschermd/begeleid/zelfstandig wonen of hulpverlening elders. Ook in deze fase worden modulen op maat ingezet:

Interventies - 2e graadsstrategie
- Algemene groepsinterventies m.b.t. de beïnvloeding van de groepsdynamiek met aandacht voor de uniciteit van ieder meisje, zie de voorgaande fasen;
- Psycho-educatiemodulen voor alle meiden in de leefgroep zoals (naast de modulen uit de vorige fasen die nu ook kunnen worden ingezet) intieme relaties en seksualiteit; Terug naar je zelf; In je kracht wanneer die eerder niet aan de orde was; Wegwijs in het land van instanties;
- Interventies in onderwijs t.a.v. maatwerk, bij voorkeur regulier onderwijs;
- Maatschappelijke participatie/ onderwijs/ werk.

Behandelmodulen op indicatie - 3e graadsstrategie
- Individuele therapie op indicatie: dat wat er nog nodig is in het bereiken van de doelen zoals schematherapie, onderdelen traumabehandelingen;
- Groepstherapie op indicatie: dat wat nog nodig is in het bereiken van de doelen zoals weerbaarheid/ PMT;
- Systeemtherapie.

Ook hier biedt het pedagogisch basisklimaat de context en worden veiligheid, ontwikkelingen en behandellijn besproken in het MDO.
Relevante subdoelen in deze periode: 1,2,3,4,5,6,7

Fase Uitstroom/ Vervolgzorg/ Follow-up
Vanaf het begin van de behandeling is zicht op het toekomstperspectief belangrijk. Vervolgzorg is een vanzelfsprekend onderdeel van de behandeling. Vanaf de start wordt hierop geanticipeerd. Met het meisje wordt een steunstructuur (informeel / professioneel) concreet gemaakt: wie is haar tot steun wanneer zij thuis is en hoe bewaakt ze haar veiligheid en wie monitort deze veiligheid met haar. Dit wordt verwerkt in een (veiligheids)plan, zodat het meisje zelf ook weet met wie ze contact op kan nemen. Uitstroom vanuit EVA-Zahir vindt altijd plaatst met ook betrokken hulpverlening in de 'nieuwe' regio. Naast een informeel steunstructuur is er bij uitstroom dus ook altijd een professionele steunstructuur waar het meisje beroep op kan doen. Afhankelijk van de vragen (persoonlijk, familie) die er nog zijn wordt besloten welke vorm van hulpverlening het best aansluit en wordt deze gezocht in de regio waar het meisje gaat wonen. Afspraken rondom veiligheid (voor zichzelf, op school/werk, met instanties, derden) worden vastgelegd in een veiligheidsplan dat steeds wordt geactualiseerd. Op termijn wordt de regie t.a.v. de veiligheid overdragen aan ketenpartners in de eigen regio. Er is altijd sprake van een warme overdracht en voor elk meisje wordt een follow-up afspraak gemaakt (in elk geval na 6 maanden).
Aan het einde van de opname bij EVA-Zahir wordt een exitgesprek gevoerd aan de hand van een vastgestelde vragenlijst.

Wanneer een meisje van EVA-Zahir naar begeleid/ beschermd wonen binnen Sterk Huis of Fier gaat dan bouwt haar eigen mentor af en de nieuwe mentor bouwt op; het behandelplan gaat mee.

Overigens kan op ieder moment uitstroom plaatsvinden terug naar huis; juist bij de meiden van EVA - Zahir die zelf ook vaak het liefst weer naar hun eigen omgeving terugkeren. Wanneer dat het geval is dan wordt gezocht naar de juiste hulpverlening binnen de regio met warme overdracht. De mentor houdt in elk geval contact tot de juiste hulpverlening loopt. Er worden dan afspraken gemaakt over follow-upcontacten. Ook worden met de informele steunstructuur in de eigen omgeving (veiligheids)afspraken gemaakt. Zij worden gezamenlijk verantwoordelijk gemaakt voor de waarborging van de veiligheid van het meisje.
Modulen worden in deze fase vooral individueel en in het systeem ingezet:

Behandelmodulen op indicatie - 3e graadsstrategie
- Individuele behandeling op indicatie
- Systeemtherapie op indicatie

Relevante subdoelen in deze periode: 1,2,3,4,5,6,7,8

2) Criteria faseovergang
De besluitvorming t.a.v. het overgaan naar een volgende fase en keuzes t.a.v. de passende behandeling worden genomen in het MDO o.b.v.de criteria veiligheid en het unieke beeld. Besluitvormende vragen:
- gaat het meisje al snel weer naar huis? Soms is dat het geval wanneer veiligheid gegarandeerd is en er afspraken zijn t.a.v. monitoring en passende hulpverlening in de thuissituatie;
- is er sprake van ernstige traumatisering of multiproblematiek? In dit geval wordt behandeling ((I)TB) nog sneller opgestart om tot herstel te komen.
- welke vorderingen biedt de (trauma)behandeling, kan het meisje werken aan verdieping en aan toename van autonomie, zelfwaarding, versterking van haar competenties en regulatievaardigheden?
- is er sprake van voldoende veiligheid zodat het meisje zich ook meer kan richten op de buitenwereld?
- onderdelen uit voorgaande fasen kunnen doorlopen in de volgende fasen (zoals individuele of groepstherapie);
- de overgang naar de fase Uitstroom/ Vervolgzorg is afhankelijk van de veiligheid, thuissituatie, het definitieve perspectief en de weerbaarheid van het meisje. Voor uitstroom moet er nl. sprake zijn van voldoende fysieke en emotionele veiligheid waardoor het risico op (herhaald) slachtofferschap en (her)traumatisering zodanig is afgenomen dat zij weer naar huis toe kan.

3) Kernconcepten
Het zorgprogramma kent een aantal kernconcepten die met elkaar samenhangen en de essentie van het zorgprogramma vormen. De kernconcepten zijn in alle fasen aan de orde en zijn gebaseerd op theoretische kaders en de uitganspunten van het zorgprogramma. We noemen:
A. Veiligheid en bescherming (1e graadsstrategie).
B. Pedagogisch basisklimaat (1e graadsstrategie).
C. Systeemgericht werken (2e en 3e graadsstrategie).
D. Persoonlijke ontwikkeling – individuele en groepsbegeleiding en behandeling (2e en 3e graadsstrategie).
E. (Trauma)sensitief onderwijs (leerklimaat), stage, werk(1e, 2e graadsstrategie).

F. Opdoen van succeservaringen en kansen creëren, binnen en buiten Eva-Zahir (1e en 2e graadsstrategie).

A. Veiligheid en bescherming

Veiligheid kent verschillende onderdelen: fysieke, pedagogische, emotionele en therapieveiligheid. Tevens is het van belang dat veiligheid wordt gemonitord.

De fysieke veiligheid van de meiden wordt gerealiseerd door het creëren van een veilige omgeving en het voorkomen van risico's op geweld:

- eerst directe veiligheid creëren;
- hierin past het contact met ouders op dag 1 tenzij dit om veiligheidsredenen echt niet kan: dit contact is geruststellend, de-escalerend en biedt een eerste inschatting van (de dreiging van) eergerelateerd geweld. O.b.v. de veiligheidstaxatie en -analyse, wensen van het meisje, (on)mogelijkheden ouders/familie worden bemiddeling/ systeemtherapie meegenomen in het behandelplan. Wanneer ouders niet mee kunnen/willen werken wordt ingezet op motivatie en/of het betrekken van relevante sleutelfiguren;
- o.b.v. de analyse van het LEC EGG: veiligheidsafspraken t.a.v. zichzelf en de groep, en nodige maatregelen tegen traceerbaarheidsrisico's via de burgerlijke stand (beveiligd GBA-systeem), zorgverzekeraars, de belastingdienst, zorgverleners (huisarts, tandarts, specialisten), zorgkantoor;
- wanneer nodig i.h.k.v. veiligheid en stressverlaging gaat het meisje met begeleiding naar buiten en is er begeleiding in contact met externen. Tijdens het eerste MDO worden afspraken gemaakt over externe contacten en de rol van ouders / gezin hierin;
- Fier en Sterk Huis bieden i.h.k.v. risicogestuurde en herstelgerichte zorg gespecialiseerde mogelijkheden voor psychodiagnostiek en behandeling, (mogelijkheden tot) volwaardig intern onderwijs en er zijn mogelijkheden voor interne activiteiten op het gebied van maatschappelijke participatie;
- 24/7 zorg en -bewaking, slagvast en kogelvrij glas bij de ingangen, toegangscontrolesystemen waardoor je niet zomaar binnenkomt, camerabewaking, concrete afspraken met de politie;
- structurele samenwerking met politie, LEC-EGG en OM/ SBB m.b.t. concrete veiligheidsafspraken;
- er wordt gewerkt met modulen gericht op veiligheid, bijvoorbeeld veiligheid, social media, systeembehandeling. De modulen worden geëvalueerd en bijgesteld;
- opname in een groep met lotgenoten, homogeen, cultuur- en gendersensitief;
- protocol bij vermissing /weglopen van meiden (<18>); er wordt direct en actief gezocht.
- preventie van grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik: kwaliteitsmanagementsysteem, pedagogisch basisklimaat, aandacht voor wensen/ grenzen in de vormen van begeleiding en behandeling.

Daarnaast wordt gewerkt aan pedagogische, emotionele en therapieveiligheid:

- pedagogische veiligheid: het meisje voelt zich veilig in contact met de professionals. Het team, de aanpak voorziet haar in basale behoeften, beschermt tegen gevaar en biedt continuïteit en voorspelbaarheid. Er is een veilig, warm ontwikkelingsgericht pedagogisch basisklimaat;
- emotionele veiligheid: er wordt ingezet op een betrouwbare werkrelatie zodat het meisje zich veilig voelt en zich kan uiten. De open setting en het feit dat haar in het hier en nu steeds keuzemogelijkheden worden voorgelegd vergroten haar autonome motivatie waardoor de kans op weglopen wordt verkleind.
- therapie veiligheid: binnen de systeembegeleiding- en behandeling werken de professionals toe naar toestemming /draagvlak van ouders, gezin of belangrijke andere(n) om te praten over individuele en collectieve wensen en grenzen, over traumatische gebeurtenissen. Dit voorkomt loyaliteitsproblematiek.

De veiligheid wordt gemonitord door:

- Risicotaxatie en –analyse LEC EGG, deze wordt herhaald waar nodig;

- (online en offline) vrijheden worden gekoppeld aan concrete doelen in het veiligheids- en behandelplan;
- taxaties en veiligheidsplannen worden steeds geëvalueerd en bijgesteld;
- tijdens de systeembehandeling worden de verlofmomenten voorbesproken en geëvalueerd;
- na behandeling wordt vervolgzorg ingezet waarin o.a. het bewaken van veiligheid een doel is.

B. Pedagogisch basisklimaat

Veelal komen de meiden binnen in een crisissituatie: het (dreigende) eergerelateerd geweld én de gevolgen maken een veilige opname in de gespecialiseerde instellingen urgent. Dan is het nodig dat door trauma-, gender en cultuursensitieve begeleiding en behandeling een stabilisatie van het stresssysteem wordt bereikt zodat reactief gedrag (vechten, vluchten en verstijven) afneemt en er vertrouwen ontstaat. Vanuit dat vertrouwen kan gedrag worden genormaliseerd en ontwikkelen en leren weer mogelijk worden.

Structurele begeleiding is nodig wanneer familie wordt gemist en/of er sprake is van een problematische ontwikkeling.

Het pedagogisch basisklimaat is hierin essentieel, met opvoeding, normalisatie als belangrijke onderdelen. In het pedagogisch basisklimaat van EVA-Zahir staan warmte, structuur, afwezigheid van geweld, nabijheid, verbondenheid en groei centraal waardoor voor alle meiden de basisbehoeften ondersteund worden. Dit zorgt er voor dat een meisje zich veilig en beschermd voelt, autonoom gemotiveerd raakt voor behandeling, en groei, ontwikkelingsmogelijkheden en eigen oplossingen kunnen ontstaan.

In het creëren van een veilig en stimulerend basisklimaat hebben de mentoren daarom een aantal essentiële taken die zich richten op verzorgen en opvoeden, het opbouwen van een pedagogische relatie, en het interveniërend benutten van alledaagse situaties als individuele-, groeps- en systeemleermomenten.

Bovenstaande taken passen binnen de kenmerken van het pedagogisch basisklimaat zoals beschreven in de Richtlijn Residentiële Jeugdhulp:

- steun en responsiviteit. Dit verwijst naar de werkrelatie meisje-mentor (behandelend opvoedend) en naar de sensitiviteit waarmee de mentor ingaat op signalen;
- groei en ontwikkeling. De normale ontwikkeling wordt gestimuleerd en leermogelijkheden gecreëerd. Dit betekent onderwijs/ werk, uitgaan, sporten, participatie en 'meedoen', maar ook herstelcontact met ouders/ familie en/of het opbouwen van een 'gezond' sociaal netwerk. Het geheel wordt omgezet in doelen in het behandelplan;
- structuur en (leef)regels. Duidelijkheid wordt geboden en repressief gedrag wordt voorkomen. Structuur onderscheidt zich in een aantal onderdelen:
  - persoon: elk meisje heeft een eigen mentor. Het team is afgestemd en werkt eenduidig;
  - afspraken: duidelijke waarden en normen, omgangsvormen, afspraken en regels. Meiden krijgen bij opname een welkomstboekje waar de afspraken in beschreven staan;
  - leertaken: er wordt aangesloten bij de passende ontwikkelingstaken van de meiden. Het unieke beeld van het meisje is leidend voor het behandelplan;
  - tijd: een duidelijke dagstructuur met een vaste dagindeling;
  - plaats: binnen de dagstructuur is duidelijk waar alles plaatsvindt: eetmomenten, onderwijs, modulen, therapie, sport en vrije tijd. De dag wordt zo voorspelbaar; dit biedt veiligheid omdat meiden weten waar ze aan toe zijn.

  Repressief gedrag wordt, naast de duidelijke structuur, voorkomen door:
  - het veilige pedagogische basisklimaat, de focus op de psychologische basisbehoeften, activeren van autonome motivatie en op 'wie ben je en wat wil

je? Er worden daarnaast specifieke mentor-meisje momenten georganiseerd die het meisje leren dat ze er toe doet, zoals samen de stad in, samen iets doen of bezoeken waar het meisje belangstelling voor heeft;

- belangrijk in het voorkomen van agressie en een repressief klimaat:
  - de principes van Limit Setting (van der Helm, 2019) dienen ter inspiratie: vertrouwen is uitgangspunt; duidelijke, passende afspraken t.a.v. gedrag waardoor het veilig is en blijft;
  - meiden krijgen keuzes (autonomieversterking en het gevoel van regie dat vaak is verkleind na het meemaken van geweld);
  - professionals werken traumasensitief en begeleiden zorgvuldig in het op een constructieve wijze uiten van gevoelens en ervaringen;
  - de gebruikelijke routines worden gehanteerd. Een terugkeer naar 'normaliteit' geeft de boodschap dat het meisje veilig is en het leven doorgaat;
  - professionals werken integraal samen in de-escalerende interventies;
  - er zijn diverse mogelijkheden aan maatschappelijke participatie, waar het kan buiten de instelling zodat het meisje contacten buiten EVA-Zahir opdoet.

- onderlinge interactie en atmosfeer. Deze worden in modulen en in de huiskamervergadering uitgewerkt met als uitgangspunt het creëren van een veilig klimaat waar iedereen zich veilig en uitgenodigd voelt.
- overige kenmerken: de mate waarin de fysieke huiselijke omgeving de veiligheid bevordert en de mate waarin interacties tussen jeugdigen en ouders worden gestimuleerd. Er is een gezellige huiskamer en ieder meisje heeft een eigen kamer/unit. Er wordt actief geïnvesteerd in het contact tussen een meisje en haar ouders: er is systeembegeleiding/ -therapie en ouders zijn op de hoogte van de dagelijkse gang van zaken, zijn en worden passend betrokken bij het behandelproces, onderwijs, maatschappelijke participatie en de bijbehorende keuzes.

C. Systeemgericht werken

We hanteren de visie dat wanneer het systeem betrokken wordt bij, en deel is van het proces van verandering van een meisje dit de kwaliteit en effect van de hulpverlening verhoogt. Daarnaast heeft haar problematiek vaak een relatie met het systeem, de waarden, normen en verwachtingen van de gemeenschap. Bovendien is de interactiedynamiek binnen het gezin en de familie van betekenis op de problematiek en vice versa. Systeemgericht werken kent verschillende aspecten, waaronder:

- voor alle meiden worden systeemgerichte psycho-educatiemodulen ingezet, o.a. gericht op het hanteren van wensen/ grenzen, individuele/ collectieve waarden en normen. Daarbij is aandacht voor het opgroeien tussen twee culturen en de impact van migratie wanneer dat aan de orde is;
- de congruente samenwerking met ouders in het hier en nu. De samenwerking met ouders wordt op maat ingevuld. De mentor benadert ouders als partner en heeft (in elk geval voor de minderjarige meiden) wekelijks en samen met het meisje (telefonisch) contact met hen zodat over en weer duidelijk is wat er speelt: thuis en bij EVA-Zahir. Als vertrouwenspersoon van het meisje helpt de mentor haar zich te verwoorden in het contact met haar ouders en bewaakt de veiligheid in het contact.
- Daarnaast besteedt de mentor aandacht aan afstemming t.a.v. de pedagogische aanpak om te zorgen dat er eenduidigheid is tussen ouders en EVA-Zahir. Er wordt tevens gekeken naar waar ouders/familie van betekenis kunnen zijn, bijvoorbeeld in het uitvoeren van een veiligheidsplan en -afspraken, maar ook naar hun specifieke rol in de behandeling. Ouders en/of eventuele partners zijn dus niet alleen toehoorder, maar waar mogelijk ook deelnemer aan de trajecten.
- Binnen de behandeling wordt ook aan ouders/familie relevante psycho-educatie geboden, bv over de impact van het opgroeien met verschillende culturele en sociale referentiekaders, (trauma)klachten van het meisje, gedragsproblemen als uiting van onderliggende problematiek. Wanneer blijkt dat ouders/ familie zelf (trauma)klachten

hebben, bijvoorbeeld door hun migratie/ vluchtgeschiedenis, dan wordt met hen gekeken naar behandelmogelijkheden, al dan niet bij Sterk Huis/ Fier.
- Mogelijkheden van bemiddeling en/of systeemtherapie, tenzij de situatie als te gevaarlijk wordt geanalyseerd of een meisje wil beslist geen contact (bij minderjarigen in afstemming met de Gecertificeerde Instelling voor Jeugdzorg /(gezins)voogd). Het uitgangspunt is herstel van contacten met ouders en familie.

Bemiddeling

Bemiddeling is een (eerste) interventie waarin een meisje en haar familie (weer) onder begeleiding met elkaar in gesprek gaan. Bemiddeling wordt ingezet in de volgende situaties:
- veiligheid is niet gegarandeerd of ernstig in het geding;
- de situatie is nog niet geëscaleerd, vaak omdat de sociale omgeving nog niet op de hoogte is, en er kan een snelle oplossing gevonden worden. We noemen de situatie dan urgent – de tijd dringt;
- het is van belang ouders/ familie op de hoogte te brengen van de Nederlandse wet en/of gebruik te maken van de autoriteit van het LEC EEG en de politie, bijvoorbeeld bij uithuwelijking en/of achterlating;
- er is sprake van een strafrechtelijk kader.

Doel: het vinden van een oplossing voor het herstel van de familie-eer/ morele reputatie en waar mogelijk herstel van contact. Thema's: veiligheid, wensen van de familie t.a.v. verandering waardoor terugkeer naar huis mogelijk zou worden, wensen van het meisje, mogelijke oplossingen (vaak is systeemtherapie een passende interventie).
Er wordt een of meerdere gesprekken gepland waarbij in elk geval de belangrijke aanspreekpersoon in de familie, de politie, systeemtherapeut of mentor, de Gecertificeerde Instelling voor Jeugdzorg en/of sleutelfiguren (bijvoorbeeld een familielid, een werkgever, iemand uit de gemeenschap) aanwezig zijn. Waar mogelijk is ook het meisje aanwezig. Sleutelfiguren dienen vaak als rolmodel en vertegenwoordigen de mogelijkheden. De politie is hierbij vaak belangrijk vanwege veiligheidsredenen en vanwege de autoriteit en het gezag dat zij vertegenwoordigt.

Systeemtherapie

Het doel van systeemtherapie betreft het stoppen van de eergerelateerde druk, dreiging en geweld en het herstel van relaties. Bijkomende doelen zijn gericht op het kunnen stoppen en voorkomen van escalaties, bewustwording van en inzicht t.a.v. constructieve en destructieve interactiepatronen, het vergroten en versterken van de weerbaarheid/assertiviteit en sociale vaardigheden/competenties binnen het systeem, het versterken van de communicatieve vaardigheden, het doorbreken van intergenerationele overdracht.
Alle systeemgerichte interventies richten zich op het recht doen aan zowel de ouders als het meisje.
Systeemtherapie wordt ingezet in een of meer van de volgende situaties:
- er is geen sprake van acuut dreigende onveiligheid;
- de problemen van het meisje spelen al lang, zijn van invloed op de relaties en interacties die op hun beurt de problemen beïnvloeden - er zijn destructieve interactiepatronen ontstaan;
- het wangedrag is bekend bij de ouders en een kleine kring of belangrijke familieleden die niet direct eergerelateerde maatregelen treffen; er is geen urgentie om een heel snelle oplossing te vinden;
- er is sprake van relatieproblematiek bij de ouders of familie;
- er zijn communicatieproblemen binnen het gezin, vaak samenhangend met de destructieve interacties;
- er is sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling en/of eergerelateerd geweld;

- er is sprake van gedrag- en gezagproblematiek;
- er is sprake van ontwikkelingsstagnatie, PTSS, psychiatrische problematiek;
- bij het meisje, binnen het gezin en/of de familie speelt psychische of psychiatrische problematiek.

Er kan gebruik gemaakt worden van interventies uit de ouderbegeleiding.

De systeemtherapie bevat een divers aantal bijeenkomsten.
De systeemtherapeut maakt met het gezin een genogram/ familieschema, inventariseert en onderzoekt de regels, rollen, posities, onderliggende patronen, het belang van de morele reputatie en betekenisgeving in het gezin en brengt de krachten en risicofactoren t.a.v. veiligheid en ontwikkelingsmogelijkheden voor het meisje met hen in kaart. Interventies zijn gericht op veiligheid, opvoeding, verwerking, communicatie, verbetering van de onderlinge verhoudingen en herstel van relaties.
De systeemtherapie wordt vaak gekoppeld aan verlofmomenten, dus wanneer ouders hun dochter ophalen voor verlof. Of de therapie wordt ergens in het land gepland binnen bijvoorbeeld een politiebureau of een spreekkamer in een Gecertificeerde Instelling voor Jeugdzorg wanneer het voor ouders bezwaarlijk is helemaal naar Sterk Huis/ Fier af te reizen, danwel wanneer veiligheid nog niet gegarandeerd is en een neutrale plek in het land nodig is. Wanneer zinvol reist de systeemtherapeut met het meisje af naar haar woonomgeving en vindt de therapie thuis plaats.

De keuze voor bemiddeling en/of systeemtherapie wordt in het MDO genomen. Een en ander hangt af van de veiligheid/de uitkomsten van de veiligheidsanalyses van het LEC EGG en/of het OM, de urgentie om tot een snelle oplossing te komen, de mogelijkheden tot terugkeer naar huis en de ernst en complexiteit van de problematiek. Binnen het MDO worden de bevindingen besproken en gekoppeld aan het unieke beeld. Van daaruit wordt de integrale bemiddeling of systeemtherapie ingezet. In principe wordt waar mogelijk ingezet op systeemtherapie omdat de ervaring leert dat er veelal sprake is van systeemproblematiek. Systeemdoelen zijn deel van het behandelplan. Voor een overzicht m.b.t. de verschillen in bemiddelingen systeemtherapie verwijzen we naar het zorgprogramma.

D. Inzet op persoonlijke ontwikkeling

Persoonlijke ontwikkeling ontstaat door het bieden van ruimte aan de basisbehoeften en van daaruit aan de ontwikkelingsopgaven en het kunnen omgaan met actuele en onderliggende individuele en systeemproblematiek. Een behoeftenondersteunend klimaat is de basis waardoor de persoonlijke ontwikkeling kan worden ingezet. In het werken aan de basisbehoeften, het verminderen van klachten en het vergroten van weerbaarheid wordt ingezet op:

- Autonome motivatie
  - de versterking van autonomie/ persoonsvorming werkt motiverend omdat een meisje in de dagelijkse situaties keuzes voorgelegd krijgt en ervaart dat ze invloed krijgt op situaties. De professionals hebben een empathische en nieuwgierige/vragende houding en er wordt aan ieder meisje ruimte geboden om te ontdekken waar ze affiniteit mee heeft: waar ze goed in is, wat ze wil leren, waar ze blij van wordt. De psycho-educatiemodulen richten zich op de groep, daarnaast bieden de behandelmodulen mogelijkheden bij verwerking en verbetering van het zelfbeeld zodat er meer zicht en invulling ontstaat op de kernvragen van Jim van Os (2017): Wat is er gebeurd? Wie ben je? Wat zijn je sterke en ontwikkelpunten? Wat wil je? Hoe kan ik je helpen?;
  - realisatie van eigen doelen (competentieontwikkeling|) versterkt autonome motivatie: er wordt in het behandelplan gewerkt met kleine doelstellingen die

succes creëren; vorderingen in haar proces worden in de mentorgesprekken en in het MDO besproken zodat er overzicht is;
- de basisbehoefte relationele verbinding krijgt vorm in de werkrelaties met mentor en behandelaar; in de gerichte groepsinterventies en in de systeembegeleiding en systeembehandeling. Hierdoor ervaart het meisje constructieve interacties hetgeen een positieve invloed heeft op haar motivatie.

- Ontwikkelingsopgaven
  - de interventies gericht op versterking van autonome motivatie hebben een bevorderend effect op het opheffen van de ontwikkelingsstagnatie en het verbeteren van het zelfbeeld;
  - de interventies t.a.v. het leerklimaat en onderwijs richten zich op de cognitieve ontwikkeling;
  - een laag IQ als zodanig is moeilijk beïnvloedbaar waardoor ontwikkeling (deels) gestagneerd blijft. Wat wel beïnvloed kan worden is haar vermogen om beter dan voorheen haar wensen en grenzen te hanteren. Het zorgprogramma houdt rekening met de beperking door de inhoudelijke focus op structuur, weerbaarheid, emotieregulatie en systeembegeleiding en -behandeling en door praktisch te werken met kleine succesvolle leerdoelen, herhaling, frequente mentorcontacten, werken binnen de korte concentratieboog, vereenvoudiging van materiaal zoals het gebruik van korte zinnen en beeldend materiaal. Daarnaast wordt (praktijk)onderwijs op maat aangeboden met focus op het behalen van certificaten en opdoen van werkervaring.
  - er worden specifieke modulen ingezet gericht op de sociaal- emotionele ontwikkeling en de persoonsvorming zoals de psycho-educatiemodulen voor alle meiden.

- Gedrag- en gezagsproblematiek en onderliggende problematiek
  - cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt in individuele behandeling ingezet m.b.t. het verminderen van compenserend gedrag, behoeftensubstitutie en het stimuleren en versterken van adequaat gedrag. De CGT wordt waar nodig ondersteund door Dialectische Gedragstherapie (DGT) bij problematiek als automutilatie. De onderliggende problematiek betreft trauma, hechting en andere (psychiatrische) problematiek. De diagnostiek conform het TAPmodel, het unieke beeld maken duidelijk waar de behandeling zich op moet richten. Er wordt op maat gebruik gemaakt van behandelmodulen zoals (I)TB), EMDR, CGT/DGT, Inzichtgevende therapie, Schematherapie, MBT, beeldende therapie, Systeemtherapie, NET.

In het MDO worden de 1e , 2e , 3e graadsstrategieën en een integrale verbinding met onderwijs en maatschappelijke participatie gecoördineerd en op elkaar afgestemd.

E. (Trauma)sensitief onderwijs (leerklimaat), stage, werk

De meiden van EVA-Zahir gaan vanaf de 1e week naar school; veelal eerst intern en zodra hun veiligheid het toelaat, regulier. Het onderwijs van de interne Fierschool biedt voortgezet onderwijs en mbo-onderwijs op alle niveaus. Ook Sterk Huis biedt interne mogelijkheden voor onderwijs, vanuit Studio worden de meiden begeleid bij de leerstof van hun eigen school.

Sterk Huis en Fier zijn officieel leerbedrijf en Fier beschikt over twee sociale ondernemingen. Hierdoor kunnen eigen doelgroepen een aantal praktijk gerelateerde vakken intern goed realiseren.

Docenten en begeleiders bieden een (trauma)sensitief leerklimaat en algemene groepsinterventies gericht op een veilige en stimulerende leeromgeving aan meiden die vaak geen goede onderwijservaringen hebben en/of belemmeringen ervaren in het leren door hun (trauma)klachten. Er wordt waar gepast samengewerkt met mentoren en met (vrijwilligers en professionals van) maatschappelijke participatie.

Het interne onderwijs wordt op maat geboden, gaat uit van de mogelijkheden en competenties van de individuele leerlingen, en zet in op het behalen van (mogelijkheden) tot in elk geval een startkwalificatie. Voor meiden met een verstandelijke beperking worden korte modulen geboden met een certificaat als resultaat. Er kan daarin afstemming met het reguliere praktijkonderwijs gemaakt worden.
Het onderwijs op beide locatie beantwoordt aan het reguliere toezichtskader (1000-uren norm); in afspraak met de inspectie van onderwijs. Er is dus geen sprake van ontheffing van onderwijs zodat de kans op een goede aansluiting in het reguliere vervolgonderwijs wordt vergroot evenals de kans op een startkwalificatie.
Zodra het mogelijk is gaan de meiden regulier naar school. Voor een soepele overgang wordt tijdig afgestemd met de reguliere onderwijsinstelling.

Naast onderwijs is er focus op werk. Meiden die een startkwalificatie hebben en niet meer leerplichtig zijn kunnen, wanneer veiligheid dat toelaat, extern werken – mits zij de nodige onderdelen van de behandeling kunnen blijven volgen. Voor meiden die wel naar school zijn wordt gekeken naar mogelijkheden van bijbaantjes. Vanuit hun opleiding lopen meiden stage; meiden die mbo doen hebben les binnen de praktijk.

Ook hier is het MDO van belang in de afstemming op veiligheid en leer(on)mogelijkheden.
Het zorgprogramma EVA-Zahir zet zowel in haar onderwijs als in het opdoen van succeservaringen in op arbeidservaring en –toeleiding. Er zijn jobcoaches in dienst, er zijn contacten met ondernemers in de regio waar meiden werkervaring kunnen opdoen.

F. Opdoen van succeservaringen en kansen creëren, binnen en buiten Eva-Zahir

Het opdoen van successen laat een meisje ervaren dat ze er toe doet, dat ze iets kan en kan bereiken; dus dat er perspectief is in contacten, onderwijs en werk. In het kader van het ontwikkelen van adequaat gedrag, het omgaan met sociale probleemsituaties, in persoonsvorming en het vergroten van weerbaarheid is het cruciaal dat meiden de gelegenheid krijgen om hun wereld te vergroten, te ontdekken wat er in de wereld te koop is en wat er bij hen past, waar ze goed in zijn en wat ze leuk vinden.
Maatschappelijke participatie, sport, talentontwikkeling, het volgen van cursussen, het bezoeken van bedrijven, contacten met maatjes zijn daarom niet alleen 'leuk' maar ook een noodzakelijk onderdeel van de behandeling en zijn van invloed op haar (autonome) motivatie voor behandeling met als effect dat de cyclus van revictimisatie en hertraumatisering kan worden doorbroken.
Er wordt naast het creëren van succeservaringen in de behandeling ingezet op het opdoen van positieve ervaringen in de 'buitenwereld'. De meiden 'groeien' door constructieve contacten met familie en netwerk. Waar mogelijk zijn meiden bij feesten in de eigen omgeving zoals het Offerfeest, Suikerfeest. Intern wordt rekening gehouden met de ramadan en wordt het Suikerfeest eveneens gevierd. Meiden leren tevens verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gedrag d.m.v. het maken van (verlof)plannen.
Wanneer het in het kader van veiligheid kan krijgen meiden de mogelijkheid hun eigen interesses individueel te ontwikkelen buiten EVA-Zahir. Binnen Sterk Huis en Fier werken vele vrijwilligers die samen met de meiden en mentoren mogelijkheden bieden voor maatjescontact en voor ondersteuning bij vrijetijdsbesteding binnen en buiten de instelling.

Er is tevens aandacht voor sport. Sport kan van betekenis zijn bij het verminderen van individuele problematiek en is van belang in het ontwikkelen van constructief gedrag. Daarom integreert EVA-Zahir sport in de behandeling: zeker voor de meiden van EVA-Zahir is dit van belang; zij ervaren regelmatig psychosomatische klachten; het verbeteren van hun conditie is ondersteunend in de behandeling. Wanneer het om veiligheidsredenen kan kiezen de meiden een sport buiten de instelling. In dat laatste geval doen ze nieuwe contacten op, maken plezier met leeftijdsgenoten en leren om te gaan met nieuwe sociale situaties.
Er worden intern en extern mogelijkheden voor en met ieder meisje gezocht, passend bij haar unieke beeld.

Transculturele en gendersensitieve benadering
De aanpak vindt plaats in een transculturele benadering. Het werken met de doelgroep vraagt een reflecterende en transculturele houding, vaardigheden en communicatie. Essentieel daarin is het volgende:

- om de (collectieve/ eer) perspectieven van het meisje en haar familie te leren kennen is de context van belang, zowel in individuele contacten als in contact met ouders/ familie/ netwerk. Collectieve waarden en normen worden, waar constructief, in de begeleiding meegenomen;
- diversiteit wordt gezien als bron om van te leren, verschillen als uitdaging. De teamsamenstelling is divers, er is in programma en structuur ruimte voor culturele waarden en momenten zoals de ramadan;
- professionals zijn zich m.b.v. werkbegeleiding en intervisie bewust van eigen waarden, normen, etniciteit en culturele bagage en de invloed daarvan op het hulpverleningsproces; zij hebben zicht op parallelle processen en kunnen etnocentrisme ontrafelen;
- professionals werken systeemgericht en kunnen van perspectief wisselen: zij zoeken naar mogelijkheden tot ruimte voor zowel het collectieve en het individuele perspectief;
- er wordt geïnvesteerd in deskundigheid t.a.v. vraagstukken rondom eergerelateerd geweld en de specifieke context waarin dit kan plaatsvinden, zoals de impact van migratie/ vlucht/ trauma/ marginalisatie op relaties en het ontstaan van geweld; het onderscheid in eergerelateerd geweld en andere vormen van geweld in afhankelijkheidsrelaties;
- deskundigheid in transculturele communicatie.

Er wordt bovendien genderspecifiek gewerkt:

- de professionals kennen het verschil in de begrippen gender en sekse en er is aandacht en respect voor genderidentiteit en genderexpressie;
- er is aandacht voor verwachtingen, rollen en verantwoordelijkheden t.a.v. mannen en vrouwen, relaties, seksualiteit;
- er wordt ook vanuit het genderperspectief gekeken naar:
    - dwang en controle binnen (partner)relaties, bijvoorbeeld in de (ex)relatie van vrouwen opgenomen bij EVA-Zahir, of die van hun ouders / familie;
    - macht en (on)gelijkheid binnen (partner)relaties;
    - patronen in de dynamiek tussen pleger en slachtoffer.

2. Uitvoering

Materialen

- Zorgprogramma EVA – Zahir.
- E-learning schadelijke praktijken https://www.augeo.nl/schadelijke-praktijken, Fier heeft mee ontwikkeld.
- Checklist Eergerelateerd geweld LEC EGG.
- Brekelmans, I. & Groot, G. de (2014). De kleuren van Eva en Zahir. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Procesevaluatie EVA-Zahir 2022.
- Zorgprogramma GiA (Fier), intern handboek (waarbinnen diagnostiek TAPmodel).
- Welkomstboekje.
- Verwijskaart/folder en informatiemateriaal voor cliënten (op de intranetten van Sterk Huis en Fier).
- Factsheet eergerelateerd geweld en schadelijke (traditionele) praktijken

Locatie en type organisatie

Het zorgprogramma EVA-Zahir kan worden geboden in een landelijke, open, categorale residentiele opvang- en behandelsetting waar de meiden uitsluitend in meidengroepen worden opgevangen en behandeld. Het zorgprogramma:

- wordt integraal en sector overstijgend vormgegeven namelijk (jeugd)zorg, (jeugd)ggz en onderwijs, diverse mogelijkheden in maatschappelijke participatie. De organisatie heeft deze disciplines in huis en/of werkt er mee samen;
- richt zich zowel op minderjarigen als meerderjarigen; de organisatie is hier zowel in expertise, facilitering, financieringsstromen op ingesteld;
- heeft een multidisciplinair en integraal karakter en richt zich op alle pedagogische milieus;
- biedt hetzelfde niveau van veiligheid en bescherming als een jeugdzorgplus voorziening maar realiseert dit door het meisje te 'binden': dit vraagt specifieke veiligheidsmaatregelen en een specifieke bejegening en attitude van medewerkers;
- vraagt om samenhangende specialisatie t.a.v.
  - de soms zeer ernstige veiligheidsproblematiek;
  - de actuele problematiek zoals eervraagstukken en eergerelateerd geweld, ouder-kind problematiek, gedrag- en gezagproblematiek, psychosociale problematiek, psychosomatiek; t.a.v. de onderliggende problematiek zoals behandeling van (vroegkinderlijke) traumatisering; hechtingsproblematiek; seksueel misbruik, disfunctionele strategieën om met stress en negatieve emoties om te gaan;

Het zorgprogramma is overdraagbaar aan instellingen die aan het bovenstaande (willen) voldoen en betreft gespecialiseerde hulp

Opleiding en competenties van de uitvoerders

EVA-Zahir werkt integraal en multidisciplinair.

- Allround groepsbehandelaren (mentoren), pedagogisch medewerkers, educatiemedewerkers, ambulante hulpverleners hebben allen een opleiding op Hbo-niveau/SKJ-geregistreerd.
- Nachtdiensten hebben een opleiding op Mbo (Sociaal Pedagogisch Werk of vergelijkbaar)- of Hbo-niveau (Social Work of vergelijkbaar).
- Vaktherapeuten hebben een opleiding op Hbo-niveau (PMT, creatieve/ beeldende therapie, etc.).
- Systeemtherapeuten zijn opgeleid tot systeemtherapeut.
- Systeembegeleiders zijn opgeleid tot systeembegeleider (Systeem Therapeutisch Werker, NRVG).
- Behandelaren hebben een opleiding tot orthopedagoog of psycholoog gevolgd, zo mogelijk aangevuld met een opleiding voor GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist.

- De BIG-behandelaar is afgestudeerd als GZ- of klinisch psycholoog / psychotherapeut/ (kinder- en jeugd) psychiater/ verpleegkundig specialist GGZ, conform de richtlijn GGZ.
- Docenten onderwijs zijn opgeleid tot docent op hbo of WO niveau.
- De activiteiten maatschappelijke participatie worden geleid en begeleid door professionals op hbo niveau en vrijwilligers die gescreend zijn en begeleid worden.

Van belang in het kunnen aansluiten bij de doelgroep:
- alle professionals betrokken bij EVA-Zahir zijn in staat tot integraal denken en werken. Zij zien en werken met de integrale verbinding van professionals en sectoren, zien bovenliggende en onderliggende problematiek, zijn opgeleid in het werken met cliënten met complexe (eergerelateerde) vraagstukken waaronder trauma- en hechtingsproblematiek, ontwikkelingsproblematiek, psychiatrische problematiek en systeemproblematiek;
- de professionals zijn reflecterend en (transcultureel) sensitief responsief conform aandachtspunten in de richtlijn Residentiele Jeugdzorg. Hulpmiddelen in reflectie en sensitief responsabiliteit zijn teambesprekingen, werkbegeleiding, intervisie, deskundigheidsbevordering gericht op de eigen persoonlijk professionele ontwikkeling, waarbinnen aandacht voor eigen levenservaring, patronen van overdracht-tegenoverdracht, feedback. Er wordt tevens geïnvesteerd in de culturele sensitiviteit van professionals zodat zij het perspectief van de ander (meisje, haar gezin en geschiedenis) kunnen zien en kunnen reflecteren op eigen perspectief;

<u>Aanvullende scholing, training en opleidingen</u>
- Alle hbo professionals worden (bij)geschoold in de geaccrediteerde training psychopathologie.
- Een aantal hbo professionals worden opgeleid tot Cognitief Gedrag Therapeutisch-werker.
- Er wordt geïnvesteerd in de opleidingen voor systeembegeleiding en systeemtherapie.
- Alle professionals volgen opleiding / cursus / congressen in het kader van de verplichte scholing van hun beroepsgroep. Daarnaast volgen zij aanvullende opleidingen voor gedragswetenschappers, zoals klinisch psycholoog, EMDR-therapeut, familie- of systeemtherapeut, cognitieve gedragstherapeut, psychotherapeut.
- Opleidingen/training in specifieke thema's /methodieken zoals trauma, hechting, gezonde en pathologe ontwikkeling.
- Tevens is het van belang dat professionals deskundig zijn of worden m.b.t. vraagstukken t.a.v. eergerelateerd geweld en de specifieke context waarin dit kan plaatsvinden.
- Sterk Huis en Fier bieden de geaccrediteerde training beroepsstandaard SKJ.
- Opleidingen/training in specifieke methodieken zoals Signs of Safety (Turnell & Edwards, 2009), interculturele communicatie en eergerelateerd geweld.

EVA-Zahir beschikt op beide locaties over een Academy voor interne en externe trainingen/ deskundigheidsbevordering.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van de interventie wordt op een aantal manieren bewaakt, te weten:
- Het behandelplan bevat de aanmelding, de (diagnostische) intake, de hulpverleningsdoelen (waaronder bemiddeling en systeemtherapie) voor alle leefgebieden, de voortgang van de hulpverlening, aandachtspunten onderwijs en maatschappelijke participatie, de ingevulde vragenlijsten, correspondentie, de periodieke evaluaties, de eindevaluatie.
- Iedere hulpverleningsactiviteit wordt inhoudelijk en in tijd geregistreerd in het ECD.
- Er wordt voor evaluatie therapie gebruik gemaakt van een Routine Outcome Measurement (ROM).
- Er zijn gestandaardiseerde vragenlijsten gericht op gedrag, individuele en gezinsdiagnostiek.

- De voortgang wordt gevolgd in de structurele periodieke bespreking in MDO.
- Werkbegeleiding, intervisie / supervisie, en interne scholingen/ trainingen voor iedere discipline.
- Medewerkers zijn Lid van het SKJ, BIG-geregistreerd en/of lid van beroepsverenigingen en beantwoorden aan eisen voor reflectie en scholing.
- Er wordt gewerkt met signalering- en verbeterplannen (kwaliteitsbeleid).
- De richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming en GGZ-richtlijnen zijn of worden geïmplementeerd, daarnaast worden aanvullende interventies gebruikt die niet afkomstig zijn uit de richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming en GGZ-richtlijnen.
- Er vinden interne en externe audits plaats.
- De instellingen Sterk Huis en Fier zijn verantwoordelijk voor de interventie. Ze zijn HKZ gecertificeerd en voldoen aan de kwaliteitseisen gericht op aanbieder jeugdzorg en/of (jeugd)GGZ. Tevens hebben zij het Keurmerk VrouwenOpvang wat betekent dat ze voldoen aan het Normenkader VrouwenOpvang en het Normenkader Kinderen in de Opvang.
- Er is een professioneel statuut voor alle mbo, hbo- en WO medewerkers.

Randvoorwaarden

Er is een aantal organisatorische en contextuele randvoorwaarden die van toepassing zijn voor een goede uitvoering van de interventie. Deze voorwaarden zijn als volgt:

Organisatorisch:

- er is sprake van een combinatie van specifieke veiligheid en gespecialiseerde behandeling: High Safety & High Intensive Care& Intensive Education;
- er wordt zowel jeugdzorg als specialistische GGZ zorg geboden, in een integraal kader. Beide hanteren de bijbehorende eigen richtlijnen.
- er is tevens integrale samenwerking met (intern) onderwijs en maatschappelijke participatie;
- het pand biedt ruimte voor therapie, onderwijs, bijeenkomsten conform de geldende kwaliteitseisen;
- er zijn afspraken binnen het Landelijk Transitie Arrangement.

Inhoudelijk:

- de visie, uitgangspunten en organisatieprincipes zijn verwoord in visie-/strategiedocumenten van de organisatie en moeten vertaald zijn in het kwaliteitsmanagementsysteem en in de onderliggende documenten: beleidsdocumenten, werkplannen van directie/managers/teams; zorgprogramma's, modulen en werkbeschrijvingen;
- er is een interne basistraining beschikbaar t.a.v. Geweld in Afhankelijkheidsrelaties;
- alle medewerkers (het geheel aan begeleiders en behandelaren) in het primaire proces worden geschoold in de relevante kennis en deskundigheid (specialisatie). Er is een intern scholingsprogramma;
- er wordt werkbegeleiding, intervisie en waar zinvol supervisie aangeboden i.h.k.v. de doorleving, verdieping en implementatie van het zorgprogramma;
- de (eind)verantwoordelijkheid van managers en de overlegstructuren stemmen overeen met de visie en uitgangspunten die gehanteerd zijn bij het zorgprogramma.
- de (eind)verantwoordelijkheden zijn geregeld in het professioneel statuut en stemmen overeen met de visie en uitgangspunten die gehanteerd zijn bij het zorgprogramma.

Implementatie

EVA-Zahir biedt een gecertificeerd programma. Er is niet een standaard systeem voor implementatie. Organisaties maken afspraken met Sterk Huis en Fier over de noodzakelijke opleiding en ondersteuning. Deze afspraken zijn op maat, verschillen per

organisatie en zijn afhankelijk van de visie en uitgangspunten die de organisatie hanteert en de beschikbare kennis en ervaring.
De opleiding en ondersteuning bij de implementatie hebben in ieder geval betrekking op:

- paradigma's in de hulpverlening;
- visie en uitgangspunten en de vertaalslag naar het visiedocument van de organisatie, de werkplannen, het zorgprogramma, de modulen etc.;
- consequenties voor management en bestuur; verantwoordelijkheidsverdeling;
- een relevant kwaliteitsmanagementsysteem;
- de inrichting van de scholing, werkbegeleiding, intervisie/supervisie, noodzakelijk om zich het zorgprogramma eigen te maken;
- een relevant pedagogisch basisklimaat met ontwikkelingsgerichte en (ortho)pedagogische interventies (1e en 2e graadsstrategie);;
- professionele attitude: contact maken, opbouw werkrelatie, meiden alternatieve ervaringen bieden;
- behandeling gericht op basisbehoeften, verminderen opheffen van ontwikkelingsstagnatie door zorg op maat t.a.v. verwaarlozing, misbruik en mishandeling, (vroegkinderlijke) traumatisering en traumatische verbintenissen, hechtingsproblematiek (3e graadsstrategie);
- focus op groei, kansen en mogelijkheden, empowerment en activering;
- ouders/familie waar mogelijk als partner, systeembenadering vanuit intercultureel perspectief, bemiddeling en/of systeemtherapie;
- bescherming bieden tegen negatieve ervaringen, hertraumatisering en revictimisatie;
- waar gepast kennis en vaardigheden m.b.t. mensenhandel;
- de integrale samenhang tussen veiligheids-, onderliggende en bovenliggende problematiek;
- mogelijkheden bieden t.a.v. passend onderwijs, maatschappelijke en arbeidstoeleiding.

Sterk Huis en Fier hebben trainers en experts beschikbaar die in een train de trainers constructie medewerkers kunnen trainen en opleiden m.b.t. schadelijke (traditionele) praktijken waaronder eergerelateerd geweld, huwelijksdwang en achterlating.

Kosten

Fier en Sterk huis hebben een contract met de VNG voor het landelijk specialisme, het Landelijk Transitie Arrangement (LTA). Namens gemeenten heeft de VNG afspraken met landelijke aanbieders met een specialistische functie. De VNG koopt landelijk specialistische jeugd-ggz in als onderdeel van het Landelijk Transitiearrangement (LTA). De bepalingen in het LTA-contract van de VNG zijn landelijk verplicht. Zie voor meer informatie: https://vng.nl/nieuws/nieuwe-contracten-voor-het-landelijk-transitiearrangement .
De kosten voor een plek bij Eva-Zahir zijn vastgesteld per dag. Deze bedragen zijn niet openbaar i.h.k.v. landelijke afspraken. In dit bedrag zit het verblijf van het meisje in de 7x24 setting, pedagogische begeleiding van het meisje (nachtdienst en dagdiensten). De prijs is inclusief verblijf op een afdeling inclusief voeding. Voor leefgeld (eten, drinken, toiletartikelen) wordt de geldende NIBUD-norm gehanteerd.
Het bedrag is ook inclusief geprotocolleerde behandelmodulen op basis van de GGZ richtlijnen (kinder- en jeugd ggz-interventies). De inzet van een behandeltraject bestaat uit (proces)diagnostiek en behandeling.
Op basis van inzet uit voorgaande jaren is de gemiddelde tijdbesteding voor (proces)diagnostiek 12 uur en behandeling per week ongeveer 7 uur per cliënt. Dit bestaat dan uit individuele behandeling en groepsbehandeling.

3. Onderbouwing

Probleem

Aard

EVA-Zahir richt zich op meiden (12 t/m 23 jaar) die te maken hebben met (dreigend) eergerelateerd geweld. Eergerelateerd geweld past in de context van schadelijke praktijken. Slachtoffers krijgen te maken met geweld en onderdrukking omdat zij niet voldoen aan de door de gemeenschap vastomlijnde opvattingen over genderrollen, seksualiteit en de verhoudingen tussen man en vrouw en/of omdat zij keuzes maken in hun leven die afwijken van de gedeelde normen (bv. opvattingen over religie). Schadelijke praktijken komen vooral voor in gemeenschappen waarin men (sterk gedeelde) waarden en normen heeft en er veel waarde wordt gehecht aan de (strikte) naleving hiervan (Robbins 2016; Campbell, Roberts & Sarkaria, 2020; Asquith, 2015; Andersson Elffers Felix, 2019).
Afwijking van de norm geldt als wangedrag. Wanneer dit wangedrag bekend is geworden (of dreigt te worden), kan dit leiden tot de schending van de eer van die persoon en daarmee de eer van de familie van deze persoon. Eer is een universeel concept, en kan ook wel gezien worden als morele reputatie. Wat als moreel goed of slecht wordt gezien, verschilt per gemeenschap. Wanneer een individu volgens de gemeenschap 'immoreel' wangedrag vertoont – dus ook wel de collectieve normen overtreedt - wordt daarmee de eer van de familie en mogelijk ook de gemeenschap geschonden (Ermers, 2018). De familie zal dan maatregelen moeten treffen om de familie-eer/ reputatie te herstellen en daardoor geaccepteerd te blijven door de gemeenschap. In dat geval is er sprake van eergerelateerd geweld (Robbins 2016; Campbell, Roberts & Sarkaria, 2020; Ermers 2018). Het zorgprogramma Eva-Zahir focust zich op slachtoffers van eergerelateerd geweld specifiek.

Eergerelateerd geweld (EGG) kent de volgende definitie: elke vorm van geestelijk of lichamelijk geweld dat gebeurt als reactie op het (vermoedelijk) schenden van de eer van een persoon en daarmee de (sub)gemeenschap van deze persoon (Campbell, Roberts & Sarkaria, 2020).
Eergerelateerd geweld kan verschillende vormen aannemen: angst aanjagen en bedreiging, vrijheidsbeperkende maatregelen, fysieke en psychische druk, mishandeling, lijfstraf, gedwongen maagdenvliesherstel-operatie, gedwongen huwelijk, gedwongen abortus of gedwongen afstand van pasgeboren kind, afpakken van kinderen, terugsturen naar het land van familieherkomst (achterlating), weigering van eigen gekozen huwelijkskandidaat, uitstoting verstoting uit de eigen familie, verminking, moord, aanzetten tot zelfmoord (Andersson Elffers Felix, 2019; LEC EGG, 2023)

Ernst

Eergerelateerd geweld en daaruit voortkomende problematiek laten zich vooral zien in de leeftijdsfase van puberteit en adolescentie (de huwbare leeftijd). Er is veelal sprake van ernstige veiligheidsproblematiek Deze levensfase is bovendien essentieel voor de ontwikkeling van jongeren. Wanneer de ontwikkeling belemmerd wordt kan dit gevolgen hebben; jongeren beginnen dan al met een achterstand aan de volgende ontwikkelingsfase (Ankarsater et al (2007).

Spreiding
Elk jaar komen bij de politie tussen de 1500 en 3000 zaken binnen, waarbij rekening gehouden wordt met een geschonden eergevoel als motief voor (dreigend) geweld. Circa 450 tot 500 van die zaken, variërend van ernstige bedreigingen tot en met moord en doodslag, worden voorgelegd aan het LEC EGG van de nationale politie. Ook bij Veilig Thuis en tal van opvanginstellingen in Nederland is de eerproblematiek regelmatig in beeld.
Het LEC EGG publiceert elk jaar de actuele cijfers in haar jaarverslag, zie www.leceergerelateerdgeweld.nl :

	2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Aantal zaken[2]	529	546	569	628	594	619

Informatie vanuit Veilig Thuis:

	2019	**2020**	**2021**
EGG	1070	1035	1030
Huwelijksdwang	120	145	130
Achterlating	135	125	170

Gevolgen

Gevolgen van (dreigend) eergerelateerd geweld doen zich voor op de korte en de lange termijn.

Op de korte termijn zijn er vooral de veiligheidsrisico's en het voortduren van vormen van eergerelateerd geweld bij continuering van (vermoedelijk) wangedrag dat bekend is of bekend dreigt te worden waardoor de morele reputatie van de familie in het geding komt. Daarnaast vermindert door de onveilige en dreigende situatie het welbevinden van het meisje snel en ernstig wat zich kan uiten in de klachten zoals hierboven onder 'problematiek' beschreven.

De gevolgen van eergerelateerd geweld op lange termijn zijn divers. Eergerelateerd geweld gaat veelal gepaard met verschillende vormen van geweld zoals fysiek geweld, vrijheidsbeperking, psychische verwaarlozing en controle (Campbell, Roberts & Sarkaria, 2020). Bij de gevolgen op lange termijn zien we daarom ook overeenkomsten met de gevolgen van vormen van huiselijk geweld en kindermishandeling wat op de lange termijn kan leiden tot ernstige gedragsproblematiek waaronder regressief gedrag, problemen in sociale contacten en in intieme relaties, lichamelijke klachten, psychiatrische problematiek, stagnatie van de ontwikkeling, soms met een persoonlijkheidsstoornis tot gevolg, Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) en hechtingsproblematiek (Walker-Descartes et al., 2021). In de praktijk blijkt tevens dat generatieoverdracht speelt wanneer er sprake is van een gedwongen huwelijk, de relatie tussen partners slecht is, problemen door geweld worden 'opgelost' en kinderen daar last van hebben met gevolgen op de korte en lange termijn (van Dijke & Terpstra, 2010; Werson, et al 2015).

[2] Het aantal zaken dat de politie ter ore komt, wordt mede bepaald door de bereidheid van burgers om de politie met dergelijke casuïstiek te benaderen en de mate waarin de politie in staat is mogelijke eerzaken te herkennen en te registreren

Daarnaast blijkt uit onderzoek dat volwassenen die als kind mishandeld zijn, vaker last hebben van psychische problemen, angst- en gedragsstoornissen, verslavingsproblemen, gezondheidsproblemen (bijv. overgewicht, hart- en vaatziekten, lagere levensverwachting) en revictimisatie (Felitti et al, 1998). Ook mishandelen zij vaker dan andere ouders hun kinderen. Daarnaast is er meer kans op maatschappelijk leed zoals arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, dakloosheid of zelfs delinquent gedrag (Felitti et al., 1998).
Schadelijke effecten op individueel niveau vertalen zich daarmee ook in termen van maatschappelijke schade met hoge maatschappelijke kosten (Speentjes, et al, 2016) en een negatieve invloed op de arbeidscapaciteit en verzuim van slachtoffers.. De directe kosten voor werkgevers van verzuim ten gevolge van huiselijk geweld ligt tussen de 74 en 192 miljoen euro per jaar (Visee & Homurg, 2010).
Bijkomende lange termijn gevolgen van eergerelateerd geweld specifiek zijn gerelateerd aan de collectieve context waarin de problemen zich voordoen. Binnen die collectiviteit heeft het gedrag van een familielid indringende gevolgen voor de status van de familie in de gemeenschap. De dreiging met geweld neemt daarom niet af (Ermers, 2007, 2018).

Ernstig eergerelateerd geweld kan tevens leiden tot:
- voortdurende angst;
- emotioneel en sociaal isolement (sociale exclusie) wanneer er sprake is van (dreigende) uitstoting (Wesselmann, Williams, Ren & Hales, 2021). Vanuit de collectieve identiteit is uitstoting zeer ingrijpend, immers de basis waarop identiteit berustte is verdwenen – we zien risico op vastzittende rouw;
- problemen in de (sociale) ontwikkeling. Er kan geen of onvoldoende gevolg worden gegeven aan eigen wensen – de normen van de sociale omgeving zijn bepalend en kunnen een inbreuk zijn op de autonomie en vrije keuze (Sedem & Ferrer-Wreder, 2014);
- belemmering van seksuele/genderontwikkeling voor homoseksuelen, lesbiennes, transgenders (McClain & Waite-Wright, 2016; Brand & O'Dea, 2022, Felten, 2014).

Oorzaken

(mogelijke) Risicofactoren

Eergerelateerde factoren

- De eisen die worden gesteld m.b.t. de morele reputatie van de familie (Ermers, 2018). Deze richten zich m.n. op normen t.a.v. seksualiteit, man-vrouw patronen, gehoorzaamheid t.a.v. hetgeen de morele reputatie van de familie waarborgt. De eisen zijn risicofactoren wanneer een meisje er niet aan voldoet. Overtreding wordt gezien als wangedrag waar de familie maatregelen op moet nemen (Brenninkmeijer e.a., 2009).
- Eerdere uitingen van eergerelateerd geweld in een gezin. Dit duidt op de min of meer vanzelfsprekendheid van eergerelateerd geweld in een gezin of familie;
- Roddel. Door roddel kan gedrag bekend worden in de sociale omgeving en tot wangedrag worden bestempeld. De situatie is dan acuut onveilig en urgent (De Groot & Şimşek, 2008).
- De eergerelateerde druk van de sociale omgeving op de familie wanneer de morele reputatie in het geding is waardoor de familie wel maatregelen moet treffen bij (vermoedelijk) bekend geworden wangedrag (Ermers, 2018; Brenninkmeijer e.a., 2009).
- Weinig tot geen sociale steun wanneer er sprake is van wangedrag dat de morele reputatie schaadt. De familie én de hele sociale omgeving zijn betrokken en kunnen zich tegen het meisje keren; bijzonder moeilijk voor haar vanuit het perspectief dat familie van grote betekenis is (De Groot & Şimşek, 2008, (Brekelmans & De Groot, 2014).

- Hulp vragen buiten de familie of sociale omgeving in een onveilige situatie. Hulp vragen betekent de situatie bekend maken wat (verdere) eerschending kan betekenen (Brekelmans & De Groot, 2014).
- Geïnternaliseerde overtuigingen die veroorzaken dat problemen niet actief worden aangepakt; er kan sprake zijn van een externe locus of control – het lot bepaalt (De Groot & Şimşek, 2008).
- Huwbare leeftijd en het leven in twee culturen/ leefwerelden. De overgang in ontwikkelingsfase van puber naar adolescent en het bereiken van de huwbare leeftijd is in het leven in twee culturen een risicomoment. Bij een gearrangeerd huwelijk zullen families aandringen op een huwelijk. Weigering kan de morele reputatie van de familie en aanstaande schoonfamilie in het geding brengen waardoor eergerelateerd geweld kan ontstaan (Ermers, 2018, Van Vossole & Gilbert, 2011; Schot, 2021).
- De twee leefwerelden. Er is sprake van een meervoudige identiteit (Day, Badou & van Breda, 2019, 2020, Schot, 2021): verschillende sociale en culturele referentiekaders. Ook de betekenisgeving en beleving van seksualiteit en gender zijn sociaal en cultureel geconstrueerd en verinnerlijkt (Brenninkmeijer e.a., 2009). Dit veroorzaakt problemen voor de meiden: enerzijds verbonden aan traditionele overtuigingen m.b.t. seksualiteit en gender en anderzijds leven in de huidige samenleving met een betrekkelijk vrije seksuele moraal. Jongeren die worden beperkt in hun vrijheden ontwikkelen hun culturele sensitiviteit en weerbaarheid in hun sociale contacten onvoldoende, vooral m.b.t. het omgaan met seksualiteit. Zij lopen risico in hun contacten. De morele reputatie van de familie staat op het spel als blijkt dat een meisje zich niet zedelijk gedraagt of seks heeft gehad voor het huwelijk. Mensenhandelaren kunnen misbruik maken van hun kwetsbaarheid hierin door bv seksuele handelingen op beeld vast te leggen en hen te chanteren (Van der Wiele & de Ruiter, 2011).

<u>Kindfactoren/ individuele kwetsbaarheid</u>

- Individuele problematiek zoals een licht verstandelijke beperking, individuele pathologie, psychiatrische en/of traumaproblematiek, psychosociale en psychosomatische problematiek waardoor een meisje kwetsbaar is in sociale contacten (Segrin et al., 2016; Frye, 2018; Nixon, 2001).
- Verstoring in de ontwikkeling van basisbehoeften autonomie/ competenties/ relatievorming met als gevolg ontwikkelingsstagnatie/ scheefgroei: cognitief en/of sociaal-emotioneel en/of persoonsvorming (Vansteenkiste & Soenens, 2015)
- Gedrag- en gezagproblematiek. Deze kunnen leiden tot schending van de morele reputatie met eergerelateerd geweld tot gevolg. Omgekeerd kunnen de gedrag- en gezagsproblematiek (mede) veroorzaakt worden door vormen van eergerelateerd geweld (Van Dijke & Terpstra, 2010; Brekelmans & De Groot, 2014).
- Het veelal somatisch uiten van klachten waardoor problemen kunnen worden onderschat of verkeerd geduid. Daarbij een aanpassende copingstijl. Het risico bestaat dat problemen lang kunnen voortduren voordat er sprake is van een juiste inschatting en passende hulp.
- Traumaklachten, onveilige hechting, andere problematiek. Bij een deel van de doelgroep is sprake van traumatisering op jonge leeftijd (vroegkinderlijk), en daardoor van een complexe traumagerelateerde ontwikkeling/ hechtingsproblematiek. Kolk (2005) spreekt van Developmental Trauma Disorder: verschillende vormen van kindermishandeling volgen elkaar chronisch op zonder kans op herstel. Deze (vroeg) kinderlijke gebeurtenissen kunnen leiden tot hechtingsproblemen, een geringe zelfwaardering, beperkt zelfvertrouwen, geringe weerbaarheid en assertiviteit, overafhankelijkheid van aandacht etc. Getraumatiseerde kinderen en jongeren zijn minder goed in staat om hun grenzen aan te geven, gevaar in te schatten en zich te verdedigen tegen gevaar (Kolk, 2016). Er kunnen risico's ontstaan in contacten, bijvoorbeeld wanneer een meisje een door de familie ongewenste relatie aangaat wat als wangedrag kan worden gezien (Brekelmans & De Groot, 2014).

- Een deel van de doelgroep is seksueel misbruikt (Van Dijke & Terpstra, 2010). Dit is een zwaar geheim, niet bespreekbaar omdat een meisje dan laat horen geen maagd te zijn en dus de morele reputatie
- beschadigt. Ervaringen van seksueel misbruik zijn traumatiserend. Echter, binnen de context is het voor een meisje erg moeilijk het geheim te doorbreken en hulp te vragen.
- Het gebrek aan toekomstperspectief thuis. Bijvoorbeeld wanneer er sprake is beperking in vrijheden, hiaten in opleiding; wanneer er sprake is van een gearrangeerd huwelijk. Er is dan risico op verzet met alle gevolgen van dien (Brekelmans & De Groot, 2014).

Gezinsfactoren

- Opvoedingsvaardigheden bij ouders. Uit de praktijk blijkt dat het voor gemigreerde ouders en/of ouders die hechten aan traditionele waarden/normen moeilijk kan zijn hun kinderen op te voeden in een nieuwe leefwereld met andere waarden en normen dan zij gewend zijn. Het risico van gedrag- en gezagproblematiek is aanwezig. Deze kunnen leiden tot wangedrag dat de morele reputatie aantast.
- Maatschappelijke groeperingen kunnen op basis van hun etnisch-culturele, religieuze of sociale achtergrond onderling verschillen in hun opvattingen over wat acceptabel opvoedingsgedrag is (Berger, Ten Berge & Geurts, 2004). Dit kan betekenen dat ouders hun vragen en problemen niet bespreekbaar maken buiten de eigen familie of sociale omgeving en daardoor niet of onvoldoende geholpen worden bij opvoedingsproblematiek. Ontwikkelingstagnatie kan het gevolg zijn.
- Destructieve verhoudingen in het gezin. Deze zijn belemmerend t.a.v. de emotionele en pedagogische veiligheid en t.a.v. de ontwikkelingsmogelijkheden van het meisje en zijn tevens risicofactor m.b.t. kindermishandeling (Van Rooijen, Bartelink & Berg, 2013, richtlijn Kindermishandeling https://richtlijnenjeugdhulp.nl/kindermishandeling .
- Meervoudige problematiek samenhangend met de migratiegeschiedenis, verleden van de ouders, acculturatieproblematiek, psychiatrische problematiek, verslaving, wegvallen van ouders door dood of ziekte en pedagogische onmacht. De sociale positie is marginaal. Er is sprake van hoge schulden, criminaliteit en werkloosheid. Meerdere gezinsleden (ook jongens) zijn slachtoffer van huiselijk geweld (Van Dijke & Terpstra, 2010; Brekelmans & de Groot, 2014). Deze complexe problematiek omvat risico's voor kindermishandeling https://richtlijnenjeugdhulp.nl/gezinnen-met-meervoudige-en-complexe-problemen/ .
  In vluchtelingengezinnen bestaat bovendien een groter risico op kindermishandeling vanwege de vaak traumatische ervaringen (Van Rooijen, Bartelink & Berg, 2013). Binnen de gezinnen en families zien we tevens dat vaders van tienerdochters gemakkelijker dan anderen in een situatie kunnen komen waarin zij daders worden van ernstig eergerelateerd geweld (Brenninkmeijer e.a., 2009).

Social maatschappelijke factoren

- Slechte of onderbroken schoolopleiding. Hierdoor kan de studiemotivatie dalen met als mogelijk gevolg een slechte arbeids-, en/of sociaaleconomische positie die, wanneer er al sprake was van geweld, op hun beurt een risicofactor kunnen zijn voor herhaling van geweldspatronen (Reichel, 2017; Timshel et al., 2017; Krabbendam, 2016).
- Een niet toegespitste hulpverleningssetting en een kloof tussen professionals en de betrokken gemeenschappen. De vraagstukken vragen een specifieke expertise (Smits van Waesberghe et al, 2017). Zo moeten ouders bijvoorbeeld niet direct worden betrokken bij vermoedens van eergerelateerd geweld maar moet eerst een risicotaxatie worden gemaakt en een multidisciplinaire afstemming op de aanpak plaatsvinden. Het standaard oplossen van de problematiek in de eigen regio is i.v.m. de grote veiligheidsrisico's niet wenselijk (Brekelmans & De Groot, 2014; Van Dijke & Terpstra, 2010). Het perspectief van hulpverlenen is ontoereikend wanneer zij in de

focus op individualiteit en autonomie niet aansluit bij de collectieve context. Tegelijkertijd is ook het traditionele oplossingsperspectief ontoereikend. Het risico bestaat dat passende en gespecialiseerde hulp (te) laat wordt ingezet.
- De maatschappelijke, socioculturele en sociaaleconomische context waarbinnen eergerelateerd geweld zich afspeelt. Dat deze context speelt blijkt o.a. uit de beleidsontwikkeling tegen huwelijksdwang en achterlating (wet huwelijksdwang december 2015). Ook Janssen e.a. (2013, 2018, 2019) benoemen de Maatschappelijke invloed op eergerelateerde vraagstukken. Deze maatschappelijke context laat zien dat de problematiek wel zichtbaar maar niet gemakkelijk aan te pakken is. Er kunnen risico's zijn wanneer niet de juiste aanpak wordt gehanteerd, bijvoorbeeld wanneer er eenzijdig gewerkt wordt aan emancipatie van jongeren. Verandering heeft tijd nodig en moet van binnen uit ontstaan (Brenninkmeijer e.a. 2009).

(mogelijke) Beschermende factoren

Eergerelateerde factoren
- Een toereikend netwerk: betrouwbare familieleden/mensen uit de gemeenschap/(sleutelfiguren) en/of een familie die bereid zijn tot bemiddeling/verruiming van mogelijkheden voor hun (klein)dochters /zussen. Er is dan sprake van draagvlak voor verandering vanuit de sociale omgeving (Lünnemann & Wijers, 2010).
- Rolmodellen die het collectieve zorgvuldig verbinden met een duidelijk waarden- en normenkader en individuele wensen en grenzen (Steketee et al., 2016; Hurd et al., 2010).
- Wanneer het wangedrag nog niet bekend is in de sociale omgeving. Hierdoor is de morele reputatie van de familie waarschijnlijk nog niet in het geding. Er wordt samen met de politie en met het meisje, ouders en/of familie gekeken of zij zo snel mogelijk weer naar huis kan (Van Vossole & Gilbert, 2011).

Kindfactoren/ Individu
- Individuele mogelijkheden. Het betreft gevoel van perspectief, zingeving; eigen effectiviteit beleving (positieve interne 'locus of control' oftewel 'ik bepaal en beïnvloed mijn leven zelf'); vermogen tot zelfregulatie; oplossingsvermogen; sociale vaardigheden; positieve betrokkenheid bij activiteiten (https://richtlijnenjeugdhulp.nl/kindermishandeling/).
- Een gezonde persoonlijkheidsstructuur en een veilig doorlopen hechting.
- Een interne locus of control waardoor eigen autonomie wordt versterkt (Ronan, Conoy & Burke, 2009).

Gezinsfactoren
- Een constructieve band met ouders/gezin; veilige hechting en de bereidheid om naar elkaar te willen luisteren en te zoeken naar mogelijkheden.
- Beschikbare ouders die kunnen omgaan met eigen problematiek, opvoedingsvaardig zijn, in staat zijn om te gaan met moeilijke omstandigheden en hun eigen welzijn kunnen hanteren (https://richtlijnenjeugdhulp.nl/kindermishandeling/). Ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen onderscheiden zich op drie punten van andere ouders: hun persoonlijk functioneren, hun opvattingen over kind en opvoeding en hun eigen ontwikkelingsgeschiedenis (Berger et al., 2004).

Sociaal maatschappelijke factoren
- Een ononderbroken schoolopleiding en/of goede schoolresultaten. Dit biedt toekomstperspectief en wordt vaak als belangrijk gezien waardoor het een motivator kan zijn voor hulpverlening (Brekelmans & De Groot, 2014,);
- De standaard intersectorale samenwerking met de politie. De politie kan door haar gezagspositie van grote waarde zijn wanneer er sprake is van (dreigend) eergerelateerd geweld, en in bemiddelingsprocessen. Zij biedt bovendien heldere

preventieve informatie over bijvoorbeeld de strafbaarheid van geweld. Daarnaast is de politie in staat om 'een voet tussen de deur te houden' wanneer een meisje weer thuis is en daardoor veiligheid te controleren en herhaling te voorkomen.

- (systeem)Hulpverlening, aansluitend bij de doelgroep. De hulpverlening is specifiek en creëert daarmee de beschermende context waarbinnen passende hulp wordt geboden t.a.v. de samenhang in veiligheidsproblematiek en actuele en onderliggende (systeem)problematiek en waarbinnen risicofactoren kunnen verdwijnen of verminderen (Van Dijke & Terpstra, 2010; Brenninkmeijer e.a., 2009; Brekelmans & De Groot, 2014, Tjin A Djie & Zwaan, 2019) Deze hulpverlening kent specifieke randvoorwaarden zoals transculturele competenties Jesserun, 2010, 2018, Distelbrink, 2019), aanpassingen in taal en communicatie;
- Deskundigheidsbevordering en wetgeving. Waaronder de e-learning schadelijke praktijken E-learning Schadelijke Praktijken (augeo.nl), wet huwelijksdwang 2015, Meldcode eergerelateerd geweld (Bakker, Storms, 2016). Hierdoor is de kans groter dat (dreigend) eergerelateerd geweld mogelijk eerder wordt gesignaleerd en juiste interventies worden ingezet.

Aan te pakken factoren

We beschrijven de subdoelen in samenhang met beïnvloedbare factoren.

Subdoelen

1. Het meisje is vanaf start opname fysiek veilig en beschermd.
2. Het meisje heeft een, op maat gemaakt individueel en systeemgericht veiligheidsplan- en afspraken, die bij veranderde omstandigheden worden bijgesteld. Zij heeft haar veiligheidsplan geactualiseerd wanneer zij met ontslag gaat en er zijn concrete afspraken gemaakt over nazorg en follow-up.
3. De emotionele veiligheid van het meisje is toegenomen.
4. De eergerelateerde druk of dreiging is gestopt.
5. De systeeminteracties zijn verbeterd: ouders/gezin zijn meer dan voorheen responsief, ouders en meisje hebben overeenstemming over collectieve en individuele wensen en grenzen, de gezinscommunicatie is verbeterd. Het meisje kan op haar gezin/familie rekenen en/of heeft een steunend netwerk (dat haar beschermt waar nodig).
6. De (trauma)klachten zijn afgenomen. Autonomie, zelfwaardering en weerbaarheid zijn versterkt.
7. Het meisje participeert adequaat in de samenleving – school, werk, leefomgeving. Zij heeft (reëel zicht op) een startkwalificatie dan wel positie op de arbeidsmarkt.
8. Het meisje heeft na de behandeling bij EVA-Zahir een veilige woonplek bij ouders/familie, zelfstandig of in een voorziening (bijvoorbeeld begeleid of beschermd wonen, gezinshuis, een zorginstelling elders).

	Subdoelen	1	2	3	4	5	6	7	8
Beinvloedbare factoren									
Onveiligheid		x							x
Eisen t.a.v. eer, eergerelateerde druk / geweld		x	x	x	x	x			x
Gebrek aan sociale steun bij wangedrag		x		x	x	x		x	x
Niet snel om hulp vragen buiten de familie, sociale omgeving		x		x	x	x		x	x
Verstoring in de (ontwikkeling van) basisbehoeften		x		x	x	x	x		
Geïnternaliseerde overtuigingen				x	x	x	x		
Onbalans in collectiviteit en individualiteit /'leven in twee werelden'		x		x	x	x		x	x
Individuele kwetsbaarheid		x	x	x	x	x	x	x	x
Copingstijl		x		x	x	x	x	x	
Gedrag- en gezagproblematiek		x		x	x	x	x		
Traumaklachten, onveilige hechting en andere problematiek		x		x	x	x	x		
Seksueel geweld		x		x	x	x	x	x	x

Gebrek aan toekomstperspectief		x		x	x	x	x	x	
Destructieve interactiepatronen binnen het gezin en tussen het meisje en haar ouders/familie					x	x		x	x
Meervoudige problematiek		x		x	x	x	x	x	
Beperkte opvoedingsvaardigheden				x	x	x	x	x	
Complexe problematiek in de thuissituatie		x		x	x	x	x	x	x
Slechte / onderbroken schoolopleiding en/of demotivatie voor school		x			x		x	x	
De maatschappelijke, socioculturele en sociaaleconomische context		x			x	x		x	x
Een niet toegespitste hulpverleningssetting en een kloof tussen professionals en de betrokken gemeenschappen.		x			x		x	x	
Een stevig netwerk, rolmodellen en sleutelfiguren		x	x	x	x	x		x	x
Het wangedrag is nog niet bekend in de sociale omgeving		x	x		x	x		x	
Versterking individuele competenties en interne locus of control				x	x	x	x	x	x
Constructieve band met ouders/gezin		x		x	x	x		x	x
Beschikbare ouders		x		x	x	x		x	x
Ononderbroken schoolopleiding, goede schoolresultaten		x		x	x	x	x	x	x
Specifieke samenwerking met de politie		x			x				x
Toereikende hulpverlening, een beschermende context		x	x	x	x	x	x	x	x

Verantwoording

Hoofdoel en subdoelen uit het zorgprogramma richten zich op de veiligheid en op de actuele en onderliggende problematiek die onderling met elkaar verweven zijn; vaak in een complex geheel. De onderbouwing voor de aanpak van deze doelen bevat een aantal theoretische kaders die we hieronder uitwerken: multimodale benadering, socioculturele theorie, de cognitiefgedragstheorie, de oplossingsgerichte benadering, de communicatietheorie, theorieën betreffende trauma / vroegkinderlijke traumatisering. Daarnaast bevat het zorgprogramma kenmerken van effectieve zorg en hulp in de residentiele jeugdzorg (Boendermaker et al., 2013): het bieden van mogelijkheid om individuele en groepstherapie te volgen naast of bovenop het verblijf in leefgroepen, het bieden van in elk geval cognitief gedragstherapeutische interventies die gericht zijn op het verbeteren van sociale en probleemoplossende vaardigheden en het verminderen van gedragsproblemen en -stoornissen, het bieden van andere evidence based interventies voor het verminderen van andere - bijvoorbeeld internaliserende – problemen, het bieden van passend onderwijs, het werken met ouders en gezinnen / bieden van mogelijkheden in behandeling, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke situatie van de individuele jeugdige, zorg voor een zorgvuldige overgang van instelling naar samenleving, nazorg / doorgaande zorg.
Het geheel is een multimodale aanpak: verschillende auteurs beschrijven dat mishandelde, misbruikte en/of verwaarloosde kinderen en jongeren het beste kunnen worden geholpen door uitgebreide, intensieve en flexibele programma's, uitgevoerd door professionals die in staat zijn een echte relatie met hen aan te gaan, gebaseerd op wederzijds respect en vertrouwen (Boendermaker et al., 2013). Hierdoor wordt veiligheid ervaren. Onderzoek van Weisz (2012) laat zien dat een enkele interventie maximaal 20% effect kan hebben en in klinische groepen vaak nog minder.

De onderbouwing van de aanpak per subdoel(en) wordt hieronder beschreven. De eerder beschreven kernconcepten dienen als uitwerking.

1. Het meisje is vanaf start opname fysiek veilig en beschermd.
2. Het meisje heeft een op maat gemaakt individueel en systeemgericht veiligheidsplan- en afspraken, die bij veranderde omstandigheden worden bijgesteld. Zij heeft haar

veiligheidsplan geactualiseerd wanneer zij met ontslag gaat en er zijn concrete afspraken gemaakt over nazorg en follow-up

Het belang van bescherming en veiligheid wordt bevestigd door de Commissie Azough (2014). Daartoe wordt eerst geïnvesteerd in het creëren van directe veiligheid, en vervolgens in duurzame veiligheid middels risicogestuurde en herstelgerichte zorg (Vogtlander & van Arum, 2016).

Een deel van de doelgroep van Eva-Zahir weet niet goed wat veilig en onveilig is. Zij hebben naast de bescherming voor het (dreigende) eergerelateerde geweld ook bescherming nodig ten aanzien van het omgaan met contacten in de buitenwereld. Een actueel veiligheidsplan en goede -afspraken zijn van groot belang.
Een belangrijke risicofactor is gelegen in de vraag of een meisje zich kan houden aan de afspraken rondom haar veiligheid. Er wordt daarom ook bij ieder meisje intensief geïnvesteerd in behandelmotivatie en op de werkrelatie mentor-meisje; de relationele veiligheid. Bij deze doelgroep is het van belang dat de professionals in staat zijn een echte relatie aan te gaan, gebaseerd op wederzijds respect en vertrouwen. Dit vergroot de motivatie voor het houden aan de afspraken (Boendermaker et al. 2013, Hafkenscheid, 2021).

In de Richtlijn Residentiele Jeugdhulp wordt een aantal aspecten van veiligheid gedefinieerd (Ten Berge & Bakker, 2005), die in het zorgprogramma naar voren komen en voor alle meiden gelden. Het gaat om een combinatie van veilig zijn, veilig voelen en de waarde van een pedagogisch leefklimaat (Struik, 2021). Door de principes van risicogestuurde zorg te volgen, wordt er gewerkt aan veilig zijn en een start gemaakt aan veilig voelen. Het geweld is afwezig, door opname, en er is bescherming tegen het geweld en misbruik. Er is regelmaat en stabiliteit, lichamelijke en emotionele zorg voor het meisje en gevoel van geborgenheid (Ten Berge & Bakker, 2005).
De Richtlijn Residentiële Jeugdhulp benoemt eveneens de kwetsbaarheid van jongeren in de residentiële settingen door eerdere ervaringen van misbruik en mishandeling en het risicovol gedrag dat jongeren mede hierdoor kunnen ontwikkelen. Deze risico’s ontstaan onder andere door de afhankelijkheidsrelatie waarin zij zich begeven. Ook hierin is een veilige werkrelatie door de professionals die met deze meiden werken, van groot belang (Boendermaker et al. 2013, Hafkenscheid, 2021). Daarnaast is dit verder uitgewerkt in het Kwaliteitskader voor jeugdhulporganisaties die gespecialiseerde opvang en hulp bieden.

Eva-Zahir biedt alleen opname aan meiden en niet aan jongens. Dit heeft er enerzijds mee te maken dat het voor een groot deel van de doelgroep niet gebruikelijks is dat een meisje zonder toezicht contact heeft met jongens die niet tot de familie of gemeenschap behoren. Het wordt gezien als schande, en van invloed op de morele reputatie van de familie. Anderzijds is plaatsing in een gemengde jongens-meiden groep risico verhogend voor seksueel misbruik (commissie Samson, 2012). Door alleen meiden op te nemen wordt er middels risicogestuurde zorg gewerkt aan het voorkomen van deze onveiligheid. Meiden (h)erkennen bovendien bij elkaar waardoor een homogene meidengroep motiverend werkt. Deze motivatie is weer van positieve invloed op de behandeling (Boendermaker et al. 2013; Hafkenscheid, 2021).

3. <u>De emotionele veiligheid van het meisje is toegenomen</u>
   Onveiligheid is niet alleen te vangen in fysiek onveiligheid, maar heeft ook te maken met

emotionele onveiligheid. Vanaf dag één wordt daarom een veilig pedagogisch klimaat geboden waardoor tevens de emotionele veiligheid toeneemt.
Het is voor de ontwikkeling van jongeren in een residentiële setting van belang stabiliteit te creëren door het bieden van een veilig, positief en open leefklimaat (Douma, 2011). Dit pedagogisch basisklimaat is voorspelbaar, betrouwbaar, heeft structuur, geeft verantwoordelijkheid voor eigen handelen (interne locus of control), vergroot de keuzevrijheid en levert constructieve vaardigheden voor sociale situaties (van der Helm, Hanrath & Jonker, 2011; van der Helm, Stams en van der Laan, 2011). Zonder dit responsief, veilig en ontwikkelingsgericht leefklimaat waar behandelend wort opgevoed, blijft ontwikkeling achter (Harten, 2008; van Rijn, 2013). Het leefklimaat op Eva-Zahir is gericht op normalisatie ('limit setting') en sociaal-emotionele ontwikkeling, met zo min mogelijk dwang en drang (de Valk, et al 2016; van der Helm, 2019).
Een positief leefklimaat vergroot de behandelmotivatie van jongeren in een residentiële voorziening. Hierdoor voelen zij zich in hogere mate verantwoordelijk voor hun eigen gedrag, is er minder agressie en zijn er positievere behandeluitkomsten (Van der Helm, Klapwijk, Stams & van der Laan, 2009; Roest, van der Helm & Stams, 2016). Of zoals van der Helm, van Tol & Stams (2013) zeggen: ''het orthopedagogisch klimaat in de instelling de belangrijkste motor van processen die leiden tot vooruitgang bij de jongere''.
Kok (1991) stelt een positief leefmilieu (1e graadstrategie) als voorwaarde om algemene methodieken, groepsinterventies (2e graadstrategie) en behandeling op maat (3e graadstrategie) te laten werken.

In het creëren van een veilig pedagogisch basisklimaat heeft de mentor drie belangrijke taken, namelijk: verzorgen + opvoeden en behandelen. Dit alles vanuit een professionele houding van voorspelbaarheid en beschikbaarheid (van Rijn, 2013). Het vormgeven aan de pedagogische relatie is hierin belangrijk. De werkrelatie met een meisje komt niet zomaar tot stand: ver weg van huis, de (traumatische) ervaringen van (dreigend) eergerelateerd geweld, het soms negatieve zelfbeeld, de overtuiging dat je kwetsbaarheid niet laat zijn, zijn factoren die een rol spelen. De mentor is professioneel nabij in de dagelijkse momenten en maakt vanuit die nabijheid het meisje bewust van haar kernovertuigingen en de effecten daarvan. Daardoor voelt het meisje zich gezien en gehoord: 'First connect, than correct' (Schuengel et al, 2006) en kunnen constructieve hechtingservaringen opgedaan worden die motiveren (Abdallah, Kooijmans, Sonneveld, 2016).

Naast een werkrelatie zijn ook klimaathantering en situatiehantering (van Rijn, 2013) van belang. De klimaathantering richt zich op het bieden van veiligheid, geborgenheid en de zorg en de aandacht die de mentor heeft voor individuele vragen en wensen. De mentoren creëren een veilige, trauma- gender en cultuursensitieve, stabiliserende en normaliserende omgeving waarin behandelend wordt opgevoed. Ze bieden de meiden mogelijkheden voor cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling en persoonsvorming (Ryan & Deci, 2000). De focus ligt ook hier op het versterken van autonomie motivatie, op normaliseren van gedrag, op het leren omgaan met sociale probleemsituaties, het ontwikkelingen van een gezonde copingstijl en op het vinden van eigen oplossingen (Bartelink, 2013). Mentoren zetten interventies in om op de behandelgroep situaties te organiseren die uitdagen en constructief lerend zijn voor de meiden. Ze baseren zich daarbij op methodieken als: Limit Setting (van der Helm, 2019), Shared Decision Makin (ten Brummelaar, 2016), Geweldloos Verzet (Omer, 2015). Bovenstaande punten komen overeen met de kenmerken van het pedagogisch basisklimaat zoals omschreven in de

Richtlijn Residentiele Jeugdhulp: steun en responsiviteit, groei en ontwikkeling, structuur en leefregels, onderlinge interactie en atmosfeer (Boendermaker et al. 2013; Van der Helm, 2011).

4. De eergerelateerde druk of dreiging is gestopt
5. De systeeminteracties zijn verbeterd

Ontwikkeling tussen mensen in de omgeving van een kind en in het kind zelf is een wederzijde transactie, aldus de socioculturele theorie. Deze theorie onderstreept het belang van het betrekken van de sociale omgeving en de culturele achtergrond ((Edwards, 2005, Vigotsky, 1978, & Winsler, 2003 in: Feldman, 2012). Juist voor de meiden van Eva-Zahir die in een collectieve context zijn opgegroeid is het van groot belang de omgeving die voor hen zo belangrijk is te betrekken bij hun individuele wensen en grenzen. Vanaf het eerste contact met de ouders van een meisje wordt er daarom in principe ingezet op bemiddeling of systeemtherapie om de eergerelateerde druk of dreiging te helpen stoppen. Tenzij de situatie als te gevaarlijk wordt geanalyseerd (hierbij worden de LEC-analyses en samenwerking met ketenpartners benut) of een meisje beslist geen contact wil. Indien er een Gecertificeerde Instelling voor Jeugdzorg betrokken is, wordt afstemming gezocht. Het uitganspunt is herstel van contacten met ouders en/of familie. Dit draagt namelijk ook bij aan het verminderen of wegvallen van de eergerelateerde dreiging.

Bij een geslaagde bemiddeling en/of systeemtherapie heeft (trauma)therapie (meer) kans van slagen omdat de stress gereduceerd is (Struik, 2011). Traumatherapie en systeemtherapie vormen een goed koppel bij de behandeling van gezinnen waarin klachten gerelateerd zijn aan onverwerkte traumatische of negatieve gebeurtenissen (De Beer & De Roos, 2013).

Uitgangspunten voor bemiddeling zijn: vrijwilligheid, vertrouwelijkheid en onafhankelijkheid van de bemiddelaar (Janssen & Sanberg, 2013).
Binnen de systeemtherapie zet de systeemtherapeut samen met het meisje en haar familie de vragen/behoeften van het meisje in een breed systeemkader, gerelateerd aan de collectieve waarden en normen (Savenije in Savenije, Van Lawick & Reijmers, 2010, Tjin A Djie & Zwaan, 2019).
De systeemtherapie beschikt over transculturele interventies waarin zowel ouders als meiden samen kunnen komen tot een nieuwe context (hercontextualisering) waarin ruimte is voor individuele wensen en tegelijkertijd voor culturele waarden en normen, de morele reputatie en (migratie)geschiedenis.
Vanuit deze nieuwe context ontstaan mogelijkheden de actuele en onderliggende problematiek aan te pakken met specifieke aandacht voor sociaal-culturele aspecten en oplossingsstrategieën zodat destructieve interactiepatronen kunnen worden omgezet in constructieve manieren van omgaan met elkaar (Jessurun, 2010, 2018; Jessurun in Savenije, Van Lawick & Reijmers, 2010; Tjin a Djie & Zwaan, 2019). Begeleiding van de ouders en systeemtherapie richten zich onder andere op het creëren van de juiste gezagsverhouding in het gezin door opvoedingsvaardigheden van de ouders te versterken (van der Pas, 2009), bewustwording van communicatiepatronen (Watzlawick, 1991), het aanleren van communicatieve (Pinto, 2007) en probleemoplossende vaardigheden van alle gezinsleden.
Vanuit de communicatietheorie wordt er gewerkt met wat er van elkaar verlangd wordt en hoe dit wordt gecommuniceerd. In de gezinnen van de meiden van EVA - Zahir wordt veelal veel verwacht maar weinig expliciet uitgesproken. Door stil te staan bij ‘de

boodschap' en de verschillende dimensies en betekenissen kan de boodschap ook worden herlabeld. De zich boos uitende vader is bijvoorbeeld vooral bezorgd over het welzijn van zijn dochter. M.b.t. die bezorgdheid kunnen gezamenlijke afspraken worden gemaakt en gezagsverhoudingen herstellen.

Interventies als bemiddeling en/of systeemtherapie richten zich naast de familieleden op personen in de sociale omgeving omdat veranderingen in opvattingen en gedrag alleen succesvol en duurzaam zijn als deze van binnenuit tot stand komen (Bakker, Meintser & Snelders, 2012). Deze sleutelfiguren komen uit de sociale omgeving, dienen vaak als rolmodel en helpen te komen tot een balans in individuele en collectieve wensen en grenzen van het meisje en de familie. Er wordt gestreefd naar een positieve transactie waardoor de interacties in gezin, familie en sociale omgeving zich constructief kunnen ontwikkelen. Juist omdat familie, de gemeenschap voor het meisje belangrijk zijn en ze daarom soms graag terug wil naar huis maar ook ruimte wil voor haar eigen wensen, is het van belang dat binnen de eigen sociale omgeving de verandering wordt ingezet. De sleutelfiguren zijn daarom van betekenis in het creëren/ borgen van veiligheid.

Transculturele interventies zijn belangrijk voor een succesvolle therapie gericht op ontwikkelings- mogelijkheden binnen de wederzijdse transactie (Jessurun, 2010, 2018; Jessurun in Savenije, Van Lawick & Reijmers, 2010).
Volgens de Handreiking van de VNG over Cultuursensitief Werken (Arink et al, 2018) gaat het bij cultuursensitieve dienstverlening over het volgende: kennis van de leefwereld en achtergronden, maatwerk voor ondersteuning en zorg, outreachend werken, samenwerking met ervaringsdeskundigen & diversiteit in personeel. Een cultuursensitieve dienstverlening draagt eraan bij dat het aanbod beter aansluit bij de leefwereld van cliënten. De aanpak EVA-Zahir beantwoordt aan deze cultuursensitiviteit. Transcultureel werken vraagt bovendien professionals die kunnen reflecteren op hun eigen perspectief en culturele bril en zich willen ontwikkelen in een pluriforme hulpverlening. Het gaat om (cultureel) sensitief vakmanschap (Distelbrink & Aarts, 2019).

6. <u>De (trauma)klachten zijn afgenomen. Autonomie, zelfwaardering en weerbaarheid zijn versterkt.</u>

Het inhoudelijke vertrekpunt in dit subdoel zijn de basisbehoeften van het meisje: autonomie, competentie en relationele verbondenheid (Ryan & Deci, 2017). Uit onderzoek blijkt dat psychologische behoeftebevrediging samenhangt met een positief zelfbeeld, minder schaamte, een vlottere identiteitsontwikkeling, meer prosociaal gedrag, veilige hechtingsrelaties (Verstuyf et al, 2014). In het werken aan de basisbehoeften, het verminderen van klachten en het vergroten van autonomie, zelfwaardering en weerbaarheid wordt daarom bij alle meiden op maat ingezet op: autonome motivatie, ontwikkelingsopgaven, gedrag- en gezagsproblematiek en onderliggende problematiek zoals ontwikkelingsstagnatie, trauma en hechtingsproblematiek. Dit past binnen de risico- en herstelgerichte zorg (van Arum, Vogtlander, 2016)

a) <u>Versterken van autonome motivatie</u>

Een samenhangende aanpak van bovenliggende en onderliggende problematiek is nodig om groei mogelijk te maken en weerbaarheid of het voorkomen van revictimisatie te bevorderen. Er is verschil in gecontroleerde (moeten) en autonome (willen) motivatie. Gecontroleerde motivatie noemen we 'moetivatie' en is meestal niet gekoppeld aan de basisbehoeften maar aan de externe druk iets aan de problemen te moeten doen

(Verstuyf, et al 2014). Eva-Zahir biedt gerichte aandacht aan autonome motivatie voor behandeling, zodat er aan eigen doelen gewerkt kan worden. Het opdoen van succeservaringen is hierin belangrijk. Dat geldt zowel voor het meisje als voor het systeem waar zij deel van uitmaakt. De autonome motivatie past in een behoeftenondersteunende context (van Rijn, 2013) met tegelijkertijd bijpassende inhoudelijke interventies en motiverende gespreksvaardigheden (Miller & Rollnick, 2014).

b) Werken aan ontwikkelingsopgaven

Door de achterblijvende ontwikkeling ontstaat een disharmonisch profiel. Hierdoor zijn meiden minder in staat adequaat sociale probleemsituaties het hoofd te bieden die mogelijk schadelijk voor hen zijn (Van der Helm, van Nieuwenhuizen & Wegter, 2010). Om de ontwikkelingsstagnatie zoveel mogelijk op te heffen richt het zorgprogramma zich op de drie ontwikkelingsopgaven:

- cognitieve ontwikkeling: zie kernconcept (trauma)sensitief onderwijs;
- sociaal emotionele ontwikkeling: een deel van de meiden ervaart problemen in sociale interacties (Van der Helm, Matthys, et al, 2013; Kim et al, 2015) in contact met leeftijdsgenoten, familie / omgeving, autoriteiten. Er wordt geïnvesteerd in het versterken van autonomie en verbeteren van het zelfbeeld; dit verlaagt de kans op mishandeling, misbruik (Vansteenkiste& Soenens, 2015). De psycho-educatiemodulen bieden mogelijkheden voor sociale interacties en probleemoplossing voor alle meiden, daarnaast worden er op maat behandelmodulen ingezet.
- persoonsvorming: de identiteitsontwikkeling heeft de kernvragen van Van Os (2017) als uitganspunt. Deze vragen lopen als een rode draad door alle interventies heen en worden op maat, per individueel meisje, ingevuld. Ieder meisje heeft of krijgt hiertoe een Verklarende Analyse (Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028 (vng.nl)

c) Verminderen van gedragsproblematiek - Painbased behavior

Onderzoek toont aan dat het niet vervullen of frustreren van de basisbehoeften kan leiden tot een gebrek aan welbevinden, deviant gedrag en psychiatrische problemen (Vansteenkiste & Soenens, 2015; Vansteenkiste & Ryan, 2013). Veelal leidt dit tot compensatiegedrag of tot het voorop stellen van behoeftesubstituten (Deci & Ryan, 2000).

Dit gedrag is echter een uiting van opeenstapeling van stress en heeft een directe verbinding met de (traumagerelateerde) ontwikkeling. Daarnaast heeft het 'probleemgedrag' de functie om de diep zittende psycho-emotionele pijn te verbergen/ te camoufleren: painbased behavior. Anglin (2004) stelt dat painbased behavior door professionals niet altijd wordt begrepen waardoor sancties en repressie volgen op het problematische gedrag. Ook recent onderzoek (Ashleigh et al, 2017) laat zien dat getraumatiseerde kinderen vaker een meer controlerende begeleidingsstijl bij opvoeders ontlokken.

Het zorgprogramma EVA-Zahir investeert in een behoeftenondersteunend klimaat waarin vertrouwen kernwaarde is en autonome motivatie wordt geprikkeld. Dan kan behandeling van onderliggende (trauma, ontwikkelingsstagnatie, hechtingsproblematiek) en bovenliggende problematiek (gedragsproblemen) werkelijk resultaat krijgen.

CGT en DGT bieden de meest effectieve mogelijkheden gericht op het ontwikkelen van adequaat gedrag (Lipsey, 2009; Linehan, 2016). Ook de Richtlijn ernstige gedragsproblemen noemt CGT als van belang. Met behulp van CGT worden irrationele cognities (bijvoorbeeld 'ik ben niets waard'), bijgesteld en leren de meiden constructieve en reële cognities aan. Dat gebeurt binnen de individuele en groepstherapieën maar ook in de contacten/ interventies van de mentoren met de meiden en de meiden onderling in de groep.

Gedragsproblemen kunnen eveneens verminderen door psychoeducatie waardoor kennis vergroot wordt en copingstijlen verbeteren. Psychoeducatie wordt zowel aan de meiden als aan hun families geboden.
Psychoeducatie levert een bijdrage aan terugval. Kernelementen zijn interactieve kennisoverdracht, erkenning van last en lijden, empowerment, vergroten van draagkracht door het aanleren van vaardigheden in gedragsverandering, het bevorderen van onderlinge sociale steun en zelfregulatie. Psychoeducatie vertoont nauwe verwantschap met CGT in het gebruik van de sociaal-leren theorieën (Van der Stel, 2004).

d) Behandeling van onderliggende problematiek

Om gedragsproblemen te verminderen is behandeling van onderliggende problematiek noodzakelijk. Het verminderen van/ het kunnen omgaan met de psychiatrische en/of (complexe) traumaproblematiek vermindert eveneens het risico op geweld en misbruik.

- Trauma: Voor getraumatiseerde kinderen/jongeren is het essentieel dat de leefomgeving veilig is, structuur biedt, voorspelbaar is en zorgzaam; dat werkt stabiliserend. Uit onderzoek (De Vereniging EMDR Nederland, 2012) blijkt dat EMDR een effectieve behandelmethode is bij trauma. Uit onderzoek blijkt dat zowel CGT, waaronder IE, als EMDR effectieve behandelingen zijn voor PTSS (Emmelkamp, Bouman, & Visser, 2009; Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009; Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002). Specifiek voor de doelgroep wordt ook gebruik gemaakt van de NET. In principe wordt traumatherapie zo snel mogelijk ingezet (Bicanic, e.a., 2015a, 2015b) : door zo snel mogelijk te starten met een traject (I)TB wordt stress verlaagd wat mogelijkheden biedt voor verdere therapie, onderwijs, maatschappelijke participatie. ITB maakt gebruik van de gangbare evidence based therapieën bij PTSS, vaktherapie en gerichte sportactiviteiten maar dan in zeer intensieve vorm gedurende 4 weken met uitloop tot 8 weken.
- Hechting: Onveilige gehechtheidsrelaties ontstaan door frustratie van basisbehoeften en zijn een risicofactor voor de ontwikkeling. Correctie van gehechtheidsstrategieën, vermindert het risico op instabiele, onbevredigende en/of bedreigende relaties met ouders, partner, en later de eigen kinderen (Moore & Holland, n.d., in: Schuengel et al, 2006). Het interne werkmodel speelt een cruciale rol in de interpretatie van ervaringen en gedrag in sociale relaties. Behandeling op maat concentreert zich op het doorbreken van de negatieve spiraal en het vormen van nieuwe cognities die een constructief intern werkmodel en groei bevorderen.
  Het NJI noemt voor wat betreft hechting als voorwaarde dat het kind een emotioneel beschikbare persoon heeft en verzekerd is van een veilige en stabiele plek, waarin het positieve interacties met de hechtingsfiguur kan aangaan (Bartelink, 2013 en Richtlijn problematische Hechting). We zien hier het belang van systeemtherapie en inzet van belangrijke anderen zoals de werkrelatie met de mentor, (hernieuwde) contacten met familie, vrienden en/of langdurige contacten met maatjes.
- Andere (psychiatrische) problematiek. Onderzoek (Anglin, 2014) heeft laten zien dat veel jongeren in de residentiële zorg willen dat hun leven zo normaal mogelijk is of zo voelt. Tegelijkertijd hebben zij speciale en individuele behoeften (Ward, 2004). Zij hebben vaak veel meegemaakt en als gevolg daarvan veelal psychosociale/ psychiatrische problemen. Het creëren van een normaal dagelijks leven wordt daarom binnen EVA-Zahir in evenwicht gebracht met de behandeling. Er wordt leeftijdsadequaat opgevoed; meiden gaan gewoon naar school, waar mogelijk extern, ze hebben contacten met familie en gezonde netwerken, ze gaan op verlof wanneer dat mogelijk is. Daarnaast volgen zij (intensieve en op maat) individuele, groeps- en systeembehandeling en leren constructief gedrag aan in hun contacten met professionals en groepsgenoten. Deze combinatie en de integrale aanpak maken het mogelijk om de actuele én de onderliggende problematiek in samenhang aan te pakken én tevens te normaliseren.

Het meeste effect wordt behaald met een goed onderbouwde en gecoördineerde combinatie van interventies (een multimodale en multisystemische aanpak). De aanpak biedt een onderling samenhangend hulpaanbod, dat zich richt op meerdere systemen (ouders, kinderen, gezinnen, families, sociaal netwerk en instellingen waar gezinnen mee te maken hebben). De programma's worden ingezet vanuit een analyse van de problemen, risico- en beschermende factoren. Multimodale programma's hebben een duidelijk omschreven conceptueel kader, waardoor de interventies in de verschillende contexten verbonden worden (Hermanns, 2008; Berger et al., 2004).

7. Het meisje participeert adequaat in de samenleving – school, werk, leefomgeving. Zij heeft (reëel zicht op) een startkwalificatie dan wel positie op de arbeidsmarkt

Onderwijs wordt door EVA-Zahir gezien als van groot belang in het ondersteunen van de basisbehoeften. Hierdoor kunnen de cognitieve, sociaal-emotionele ontwikkeling en persoonsvorming gestimuleerd worden (Biesta, 2015; Vansteenkiste & Soenens 2015). Bovendien kan het stimuleren van de basisbehoeften leiden tot een toegenomen autonome motivatie voor onderwijs bij de meiden die in hun onderwijscarrière vaak gefrustreerd zijn. Onderwijs versterkt bovendien het toekomstperspectief en heeft daardoor een sterk effect op de behandeling. Het interne onderwijs gaat zoveel mogelijk uit van de mogelijkheden en competenties van de leerlingen conform de kernvragen van Van Os (2017).

Trauma uit zich o.a. in verminderd cognitief functioneren (zoals IQ (Ryan & Deci, 2017, Enlow et al, 2012), geheugen, concentratie) en sociaal emotioneel functioneren (zoals agressie, angstklachten, laag zelfbeeld) en heeft direct invloed op zelfregulatie, gedrag en prestaties op school. De concentratieboog van de meiden kan kort zijn en ze hebben geregeld extra ondersteuning nodig (Werkman, 2018). Dit kan o.a. komen doordat traumatische ervaringen zorgen voor toxische stress, wat een negatieve impact kan hebben op de ontwikkeling van executieve functies (o.a. overzicht houden, aandacht vasthouden) en het geheugen (Coppens, Schneijderberg, & van Kregten, 2021). Ook kunnen zintuigelijke prikkels (bv geluiden, beelden) voor getraumatiseerde leerlingen (onbewust) hetzelfde overweldigende gevoel geven als tijdens de traumatische gebeurtenis. Deze "triggers" veroorzaken dat het stressniveau omhoog gaat, waardoor het gedrag van een leerling zomaar kan veranderen (Coppens, Schneijderberg, & van Kregten, 2021).

Uit onderzoek blijkt dat het voor docenten moeilijk is les te geven aan jongeren binnen een residentiele setting. Het risico bestaat dat docenten minder ondersteuning gaan geven bij gedragsproblemen en soms het lesgeven opgeven (transactionele processen, Sameroff, 2009). Een ander risico is dat docenten disfunctionele schema's toepassen die kunnen bijdragen aan uitsluiting in het onderwijs; 'Pygmalion effect'. Deze negatieve processen staan haaks op een positief leerklimaat met constructieve interacties tussen docenten en jongeren en jongeren onderling (Anderson, G.J. Anderson J.R. 1982).
Een stimulerend leerklimaat met een constructieve groepsdynamiek is daarom belangrijk (van der Helm, Bekken, Doornbos, 2018, Roorda, Koomen, Spilt en Oort, 2014).
Daarnaast zijn hoop en perspectief cruciale elementen die een belangrijke bijdrage aan de behandelmotivatie kunnen geven (Van der Helm, Wissink, de Jongh, & Stams, 2013) en zelfs doorslaggevend kunne zijn in behandeling (Van der Helm, Stams, & van der Laan, 2011).
Om gedrag goed te kunnen duiden en om een veilig, stimulerend leerklimaat te creëren is het daarom nodig dat docenten gedrag kunnen plaatsen vanuit het traumaperspectief.

De docent is de kalme en betrouwbare volwassene die het meisje de kans geeft te herstellen, weer te geloven dat ze er mag zijn en te ervaren dat andere mensen niet allemaal gevaarlijk zijn (Horeweg, 2018). Traumasensitieve docenten weten dat jongeren met een PTSS problemen laten zien in de executive functies (Polak, Witteveen, Reitsma, & Olff, 2012), zoals plannen, strategieën bedenken, starten met een taak, een stapsgewijze aanpak volgen, effectief reageren op problemen en veranderingen, impulsen beheersen en ondertussen het einddoel in de gaten houden (Cooper-Kahn & Foster, 2014) en bieden hierbij gepaste ondersteuning. In het interne onderwijs wordt waar nodig samengewerkt met mentoren, en met leermeesters, relevante professionals.

Er wordt grote waarde gehecht aan het behalen van startkwalificaties en diploma's zodat de meiden een goede positie op de arbeidsmarkt verkrijgen. Binnen dit geheel gelden enkele werkzame factoren:

- kleine groepen met veel persoonlijke aandacht en een stimulerende, positieve werkrelatie (Boendermaker et al., 2013). Het interne onderwijs voldoet hieraan;
- meiden krijgen een concreet toekomstperspectief. Door leerlingen cognitief uit te dagen, niet onder te stimuleren en perspectief te bieden blijven zij gemotiveerd en betrokken (Ryan & Deci, 2000). Het goede en stimulerende leerklimaat is hierin erg belangrijk, net als traumasensitieve docenten;
- meiden worden in contact gebracht met diverse banen/ vervolgopleidingen: toekomstperspectief. Versterking van geloof in eigen competenties, vergroot het plezier in onderwijs (Bandura, 1993).
- het onderwijs is deel van het behandelplan waarbinnen het toekomstplan;
- bij voorheen schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten wordt passend en zo hoog mogelijk onderwijs geboden. Een goede docent-leerling werkrelatie, een duidelijk, veilig, prettig leerklimaat en samenwerking met ouders worden als belangrijk gezien (De Baat, Messing, Prins, 2014). Ouders van meiden van EVA-Zahir zijn over het algemeen positief over het feit dat hun kinderen goed onderwijs kunnen volgen c.q. hun opleiding kunnen vervolgen. Zij worden waar mogelijk actief betrokken bij het onderwijsproces. Ook vanuit systeemtheoretisch perspectief worden ouders betrokken:
    - een meisje én haar ouders zijn vaak trots op de ontwikkeling die ze laat zien; het verbindt;
    - ouders kunnen een ondersteunend, stimulerende rol innemen t.a.v. het onderwijs van hun dochter. Zij nemen daarin (weer) de gezonde ouderrol op zich, het meisje voelt de betrokkenheid van haar ouders en ook dat verbindt.

Het hebben van een baan een belangrijke factor is voor het welzijn op latere leeftijd van mensen die in een residentiele instelling verbleven (Van der Geest, Bijleveld & Verbruggen, 2013 in: Werson e.a., 2015). Een toekomstperspectief én goede ervaringen in arbeidssituaties worden gezien als motiverend voor de behandeling én als middel om terugval te voorkomen. Onderzoek bevestigt dat werk mensen ook gezond maakt, gezond houdt of bevorderend is in de behandeling (Kolenberg, 2009; Boumans, 2025, Hagenaars, et al, 2021).

8. <u>Het meisje heeft na de behandeling bij EVA-Zahir een veilige woonplek bij ouders/familie, zelfstandig of in een voorziening (bijvoorbeeld begeleid of beschermd wonen, gezinshuis, een zorginstelling elders)</u>

Het werken aan alle subdoelen bewerkstelligt dat het meisje zich kan richten op het toewerken naar huis of, wanneer dat niet het geval is, naar begeleid/beschermd/zelfstandig wonen of hulpverlening elders.
Wat betreft de onderbouwing geldt deze zoals bij doel 1 t/m 7 beschreven. Daarnaast is het behandelplan in de laatste fase gericht op het vergroten van vrijheden, het vergroten

van eigen keuzemogelijkheden en eigen beslissingen en, erg belangrijk, het verder ontwikkelen en/of verstevigen van een goede steunstructuur.
Samenwerking met ouders/ familie blijft van belang. Onderzoek laat zien dat gezinsgerichte residentiële zorg tot betere uitkomsten leidt vergeleken met reguliere residentiële zorg. Dit geldt voor de gedragsproblemen van de opgenomen jeugdigen, de opvoedingsstress die ouders ervaren, het aantal gerealiseerde gezinsgerichte hulpdoelen, de beëindiging volgens plan en de ervaren effectiviteit en tevredenheid (Geurts, 2010, Werkplaatsen Jeugd, 2020). Voor de meiden van EVA –Zahir geldt dit eveneens, in combinatie met veiligheid.
Wanneer een meisje niet naar huis kan werkt zij haar doelen uit in EVA- Zahir. Een belangrijk onderdeel van haar behandelplan is dan gericht op het opbouwen van een nieuw netwerk, weerbaarheid en zelfstandigheid.

Studies naar de uitkomsten van nazorg laten zien dat deze positieve uitkomsten kan hebben (Harder, Kalverboer & Knorth, 2011). Uit onderzoek blijkt tevens dat de kwaliteit van vervolgzorg van groot belang is voor de bestendiging van de resultaten van de residentiële behandeling op de lange termijn (Epstein, Kutash & Duchnowsku, 2004). Ook Werson et al (2015) laten het grote belang van nazorg zien, gericht op veiligheid en het voorkomen van revictimisatie.
Sterk Huis/ Fier bieden mogelijkheden voor begeleid en beschermd wonen en EVA-Zahir biedt daarbinnen nazorg op basis van concrete afspraken (veiligheidsplan, behandelplan) tussen een meisje met haar nieuwe mentor en afbouw en opbouw van oud en nieuw mentorcontact. Bij vertrek naar huis of elders, en bij zelfstandig wonen wordt zorgvuldig afgestemd met een nieuwe hulpverlener en een follow-u moment besproken. Er is bovendien altijd een taakaccenthouder van de politie die gedurende een afgesproken periode contact met het meisje en haar gezin/familie onderhoudt.

Tenslotte
Binnen alle subdoelen geldt het belang van het opdoen van succeservaringen en kansen creëren, binnen en buiten Eva-Zahir. Successen bieden bevrediging en motiveren tot meer en/of verdieping en helpen om negatieve en destructieve overtuigingen om te buigen naar constructief (Abdallah, Kooijmans, Sonneveld, 2016). Het opdoen van succeservaringen binnen en buiten EVA-Zahir is daarom een belangrijk onderdeel binnen het zorgprogramma.

Algemeen gesproken heeft maatschappelijke participatie een positief effect op de psychische gezondheid van mensen. En hoe volwaardiger hun participatie, des te hoger het effect (Schuring, e.a., 2016 in Weeghel & Michon, 2018). Participatie bevordert tevens het voorkomen van destructieve contacten op de groep.
Ook Durrant (2006) en Bartelink (2013) pleiten voor het ontwikkelen van competenties en gezonde verhoudingen zodat ouders en jongeren adequaat deel nemen aan de samenleving.
Onderzoek laat zien dat langdurige werkloosheid doorgaans nadelig is voor de lichamelijke en psychische gezondheid van mensen en dat weer aan het werk komen of gaan juist leidt tot verbetering van algemene en geestelijke gezondheid (Bouwmans e.a., 2015).

Maatschappelijke participatie past daarom binnen de holistische visie van het zorgprogramma en bij de visie op positieve gezondheid (Huber, 2021).

Er zijn diverse mogelijkheden om deel te nemen. Er zijn vele vrijwilligers betrokken die als maatje activiteiten met de meiden ondernemen en dienen als rolmodel. Daarnaast zijn er projecten en activiteiten gericht op maatschappelijke participatie en talentontwikkeling en kunnen meiden zich ontwikkelen binnen de leerbedrijven en sociale ondernemingen van Sterk Huis en Fier. Onderzoek (Bouma 2021, Bouma et al, 2022) laat het belang van sociale ondernemingen en werk en de belangrijke rol van vrijwilligers zien. Jongeren die zich concentreren op hun talenten komen tot bloei hetgeen doet verlangen naar herhaling. Motivatie en inspanning worden hierdoor gestimuleerd (Kooijmans, 2009).
De geselecteerde vrijwilligers bieden tevens motivatie en ondersteuning om de onderwijscarrière voort te zetten, ook buiten EVA-Zahir. Doel is het meisje beter te laten functioneren in het dagelijks leven en haar zelfredzaamheid te vergroten. Amerikaans onderzoek laat zien dat de leerlingen die deelnamen aan een dergelijke maatjesprogramma's minder verzuimden op school, hogere cijfers haalden, minder agressief waren en minder alcohol en drugs gebruikten (DuBois, Holloway, Valentine & Cooper, 2002).

Actief zijn in sport is een belangrijk onderdeel in het zorgprogramma. Zo is sport van belang in het ontwikkelen van positief gedrag en helpt stress en frustratie te verminderen (Zoon & Trompetter, 2012). Ook hierin vervullen vrijwilligers een belangrijke rol.

4. Onderzoek

Kwalitatief onderzoek Fier

A) Titel en auteur

Fier en Verder. Werson, S., Lamers, F., Pers, M. van der, & Dijke, A. van (2015). Uitgegeven bij Uitgeverij.

B) Methode van onderzoek

Een kwalitatief onderzoek aangevuld met kwantitatieve data d.m.v. semigestructureerde interviews met 33 meiden na hun behandeling bij Fier. Van de 33 meiden behoorden 11 meiden tot de doelgroep van EVA-Zahir.

C) Samenvatting resultaten

In het onderzoek is nagegaan hoe het de 33 meiden die opgenomen waren én het zorgprogramma hebben doorlopen, is vergaan nadat zij Fier hebben verlaten. Het onderzoek beschrijft de situatie van de meiden bij binnenkomst, hoe ze het leven in de groep ervoeren, wat ze van de groepsbegeleiding en diverse therapieën vonden, hoe veilig ze zich binnen de instelling voelden en hoe ze het onderwijs en de buitenschoolse activiteiten hebben ervaren. Het eerste doel was om na te gaan hoe het met de meiden ging en of de opname en behandeling van betekenis zijn geweest. Het tweede doel het zorgprogramma van het onderzoek was van de meiden en hun ouders te horen wat de sterke en zwakke kanten van de zorgprogramma's zijn. Bevindingen en verbeterpunten zijn hierop beschreven en betroffen het belang van:

- een holistische visie (je bent niet je probleem);
- de meerdimensionaliteit van veiligheid; veiligheid betreft niet alleen de fysieke veiligheid. een fijn en veilig pedagogisch leefklimaat; je gehoord en gezien voelen;
- een systeemgerichte aanpak waardoor ook ouders zich gezien en gehoord voelen en de gezins/familiecontext wordt meegenomen in de behandeling;
- een integrale samenwerking en deskundige, reflecterende professionals die zowel in de groep als in de behandeling de relevante thema's bespreekbaar kunnen maken;
- de integrale samenwerking tussen professionals op de groep en behandelaren. Een integrale lijn is noodzakelijk om de te wensen resultaten te bereiken;
- de samenhang in bovenliggende en onderliggende problematiek;
- het doorbreken van de vele verplaatsingen van jongeren van instelling naar instelling;
- zo normaal mogelijk: het belang van goed onderwijs, sport en maatschappelijke participatie, passend binnen de holistische visie;
- goede vervolgzorg als onderdeel van duurzame zorg.

Bovenstaande punten zijn allemaal meegenomen in de doorontwikkeling van het zorgprogramma EVA-Zahir.
Hierbij is de betrokkenheid van de doelgroep van groot belang; deze is beschreven in Hoofdstuk 1.

Procesevaluatie EVA-Zahir

A) Titel en auteur

2021-2022 - Procesevaluatie Eva-Zahir – onderzoeksgroep Sterk Huis/ onderzoeksgroep Fier

B) Methode van onderzoek

- onderzoek registratiesysteem. Om vast te stellen wat het bereik is van de interventie sinds de vorige erkenning is het cliëntsysteem geraadpleegd. In dit systeem is te

vinden hoeveel cliënten er op EVA verbleven sinds 2017, hoe lang zij bij EVA zijn geweest en wat de reden is voor het (voortijdig) verlaten van de groep. Voor een toelichting op deze gegevens en om inzicht te krijgen in de context rondom voortijdige uitstroom, is een interview gehouden met de gedragswetenschapper verbonden aan EVA. Voor de groepen Zahir is voor het aantal cliënten vanuit het cliëntensysteem het bereik in 2020 en 2021 in kaart gebracht, alsmede de reden voor uitstroom (N = 11).
- Daarnaast is er om de waardering van de cliënten in kaart te brengen gebruik gemaakt van de CQ-index (EVA) en het leefklimaat onderzoek naar tevredenheid van cliënten met de opvang (Zahir). Bij beide groepen is er tevens gekeken naar de clienttevredenheidsvragenlijst en is er aanvullend een groepsinterview gehouden met (een deel van de) cliënten van EVA (N = 10). Om de waardering en ervaring van uitvoerders te meten is er een groepsgesprek gehouden met de pedagogisch medewerkers, de kook-werkbegeleider, en een stagiaire verbonden aan EVA. Voor dit gesprek zijn de onderzoekers aangesloten bij een teamvergadering.

C) Samenvatting resultaten

Binnen Sterk Huis en Fier wordt de methodiek doorlopend geëvalueerd, waardoor in de afgelopen jaren er al tal van aanpassingen zijn gedaan in de uitvoering omdat dit (nog) beter aansloot bij de hulp aan de desbetreffende doelgroep. In 2022 is er een procesevaluatie uitgevoerd waarin gekeken is naar hoe de cliënten de hulpverlening en hun verblijf ervaren en wat nog verbeterd kan worden; de mening van de cliënten en hun mening is van cruciaal belang. Ook de mening van de professionals is in deze cruciaal, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de methodiek, en de doorontwikkeling ervan.

Dit is middels de volgende onderzoeksvragen onderzocht:
- Onderzoeksvraag 1: Wat het is het bereik van de interventie?
- Onderzoeksvraag 2: Wat is de waardering en ervaring van de doelgroep en de uitvoerders van de interventie?

Resultaten onderzoeksvraag 1

In totaal heeft de interventie EVA tussen 2017 en 2021 227 cliënten bereikt. De meeste cliënten verblijven tussen 1 en 100 dagen bij EVA. Voor 36% van de plaatsingen geldt dat het cliëntplan is uitgevoerd en het traject succesvol is afgerond. Naast trajecten die afgerond worden omdat het cliëntplan uitgevoerd is en een cliënt terug kan naar huis of zelfstandig kan gaan wonen, wordt een deel van de trajecten afgebroken op verzoek van de cliënt. De exacte cijfers over voor hoeveel cliënten dit geldt zijn echter niet 100% betrouwbaar. Redenen voor het voortijdig afbreken vanuit de cliënt kunnen te maken hebben met dat het traject in de beleving van een cliënt te lang duurt, dat de verwachtingen over het verblijf anders zijn, dat de cliënt gelooft dat ze het thuis zelf kunnen oplossen, of dat de cliënt geen motivatie heeft voor een EVA traject.
Voor de groepen Zahir is gekeken naar het bereik in 2020 en 2021. In deze jaren stroomden 47 cliënten in bij Zahir1 en 43 bij Zahir2. Van deze 90 cliënten waren er 84 uitgestroomd in juni 2021. Onder de uitgestroomde cliënten waren 38% van de zorgtrajecten volgens plan beëindigd. Daarnaast werd 25% beëindigd door de cliënt en werd 24% van de cliënten intern overgeplaatst naar een andere behandelgroep of begeleid wonen.

Resultaten onderzoeksvraag 2

Ervaring en waardering cliënten

Over het algemeen wordt de hulp van Sterk Huis door de cliënten van EVA als goed ervaren. De ervaren effecten zijn over het algemeen ook positief. Alle cliënten geven bijvoorbeeld aan dat meestal beter met hen gaat en ze meer hoop hebben voor de toekomst. Op de meeste vragen is er steeds één cliënt die iets minder positieve antwoorden geeft. Uit deze analyse van de data is niet te halen of dit steeds dezelfde cliënt is, maar het zou aangenomen kunnen worden dat er één van de zeven cliënten is geweest die het hulpverleningstraject minder positief heeft ervaren dan de rest. De waardering voor Sterk Huis in z'n algemeen loopt uiteen van voldoende tot uitstekend.
Uit het groepsgesprek met de huidige EVA cliënten blijkt dat het verblijf en de hulp over het algemeen als positief wordt ervaren. De cliënten voelen zich veilig en gehoord bij EVA en ervaren hun verblijf er als helpend. De andere cliënten en begeleiders voelen als familie of vrienden en de begeleiders willen graag iets extra's doen voor de cliënten waardoor zij zich beter voelen. Wat voor de meeste meiden het moeilijkste is, is dat ze in hun eerste periode bij EVA niet zomaar naar buiten mogen en weinig tot geen contact kunnen hebben met de buitenwereld. De meesten kunnen wel begrijpen waarom dit is, maar de acceptatie hiervan is voor de jongere meiden wat lastiger dan voor de vrouwen. Het samen wonen met veel anderen wordt zowel als fijn (je leert om sociaal te zijn, je hebt altijd iemand om mee te praten) als soms minder fijn (er ontstaan wel eens ruzies of irritaties) ervaren.
Cliënten van de groepen Zahir beoordelen het leefklimaat op de afdeling positief. De begeleiding is behulpzaam en luistert naar hen. Als verbeterpunten wordt de drukte op de groepen benoemd. Ook uit het cliënttevredenheidonderzoek, welke aan het einde van het zorgtraject wordt gemeten, blijkt dat de groepen Zahir positief ervaren worden. Het gemiddelde rapportcijfer voor Zahir1 is hoger dan voor Zahir2. Mogelijk komt dit doordat meer cliënten van Zahir1 dan van Zahir2 zeggen geen verdere hulp nodig te hebben.

Ervaring en waardering uitvoerders
Uit de gesprekken met de hulpverleners verbonden aan EVA komt naar voren dat de werkwijze beschreven in de methodiek over het algemeen als goed en fijn wordt ervaren. Er is een goede samenwerking tussen de verschillende functies en er zijn veel mogelijkheden om maatwerk te bieden aan de cliënten waardoor zij elk op een manier geholpen kunnen worden die bij hen past. EVA is een warme plek waar de meiden en vrouwen zichzelf mogen zijn en tot rust kunnen komen. Daarbij komt wel dat er in de praktijk geen vaste fasering meer is met betrekking tot zelfstandigheid. Het traject dat de meiden en vrouwen doorlopen op dit gebied verschilt per cliënt. De hulpverleners hebben het idee dat de doelen beschreven in de methodiek over het algemeen goed bereikt kunnen worden met deze werkwijze. Er worden door de hulpverleners enkele verbeterpunten genoemd voor de methodiekbeschrijving. De focus moet veel meer komen te liggen op het bieden van maatwerk en uitgaan van vertrouwen en veel minder op een vaste fasering. Daarnaast mag er in de methodiek meer aandacht besteed worden aan het verschil in de hulpvraag en aanpak en bejegening tussen meiden en vrouwen. Hierbij moeten ook de kinderen van de vrouwen bij EVA meegenomen worden. Ten slotte mag er meer aandacht uitgaan naar het eventuele negatieve netwerk van een meisje of vrouw, en moeten de mogelijkheden voor nazorg vanuit de groep vergroot worden.

Op basis van bovenstaand onderzoek en resultaten zijn zowel medewerkers als cliënten betrokken in de doorontwikkeling van de methodiek Eva-Zahir. Dit heeft voor cliënten plaatsgevonden tijdens thema-avonden en groepsgesprekken. Medewerkers zijn hierin meegenomen in teamvergaderingen, werkbegeleiding, intervisie en themamiddagen.

D) Aanpassingen in het zorgprogramma

Binnen het zorgprogramma is nog meer aandacht voor het unieke beeld, zoals het feit dat ieder meisje een eigen Verklarende Analyse heeft, en het op maat inzetten van de (autonomieversterkende) interventies en nog meer aandacht voor de netwerkversterking. Er is tevens ingezet op groepsinterventies zoals Limit Setting (uitgaan van vertrouwen) en Geweldloos Verzet. De aandacht voor het al in een vroeg stadium anticiperen op het toekomstperspectief en bijpassende vervolgzorg is geconcretiseerd: het toekomstperspectief is nog sterker deel van het behandelplan.

5.Samenvatting Werkzame elementen

Organisatorisch

- Landelijk aanbod op het gebied van aanpak mensenhandel / LTA. Er is sprake van een gespecialiseerde categorale open opvang- en behandelsetting zodat veiligheid gegarandeerd is en de specifieke hulpverlening op actuele en onderliggende problematiek kan worden geboden in een multimodale integrale en intersectorale aanpak vanaf het begin.
- De integrale verbinding van (jeugd)hulp en (jeugd)GGZ .
- De geïntegreerde aanpak van hulpverlening, onderwijs, maatschappelijke participatie.
- Homogene meidengroepen; transcultureel, genderspecifiek.
- Het MDO als centraal overleg waar alle perspectieven samenkomen tot een behandellijn.
- Een kwaliteitsmanagementsysteem.

Inhoudelijk

- Het zorgprogramma vindt plaats binnen het concept van specifieke veiligheid, specifieke behandeling en intensief onderwijs: High Safety & High Intensive Care & Intensive Education. Veiligheidsrisico's worden zorgvuldig getaxeerd en geanalyseerd i.s.m. het LEC-EGG; een werkzame samenwerking.
- Behandeling actuele én onderliggende problematiek, in een systeemgerichte en transculturele context.
- Zorg op maat, passend bij het unieke beeld van het meisje.
- Integratie van verschillende perspectieven: veiligheid, trauma, ontwikkeling, veerkracht/ weerbaarheid, systeem, cultuur, gender, toekomst.
- Een duidelijke dagstructuur.
- Verbinding van normaal dagelijks leven aan specifiek passende behandeling.
- De werkrelatie met de mentor als veilig basis.
- De realisatie van een veilig, motiverend pedagogisch basisklimaat waarin behandelend wordt opgevoed.
- Het stimuleren van autonome motivatie m.b.t. het opheffen/ verminderen van de frustratie in psychologische basisbehoeften en ontwikkelingsstagnatie waardoor zelfbeeld en weerbaarheid zich versterken.
- De zelfdeterminatietheorie/ tegemoetkomen aan basisbehoeften als basis in behandeling, onderwijs, maatschappelijke participatie.
- De diversiteit aan (evidence based) behandelmogelijkheden op individueel, groeps- en systeemniveau en de bijpassende deskundigheid.
- De samenhang in 1^{e}, 2^{e}, 3^{e} graadsstrategie: pedagogisch basisklimaat, algemene groepsinterventies en psycho-educatiemodulen en individuele-, groeps- en bemiddeling/systeemtherapie op indicatie / maat.
- De inzet van evidence based interventies voor het verminderen van gedragsproblemen, psychiatrische problematiek, traumaproblematiek en hechtingsstoornissen.
- De systeemgerichte aanpak waarin ouders een belangrijke positie hebben en waarin samengewerkt wordt met belangrijke anderen/sleutelfiguren.
- Het, wanneer nodig, veilige, passende en stimulerende (trauma)sensitieve interne onderwijs.
- Aandacht voor het opdoen van succeservaringen.
- De holistische visie en daarbinnen de vele mogelijkheden van maatschappelijke participatie.
- Sport als een van de middelen tot het leren van adequaat gedrag, het opdoen van succeservaringen, verbeteren van het zelfbeeld.
- De reflectieve en cultureel sensitieve professionals.
- Een zorgvuldige overgang van EVA-Zahir naar vervolgzorg.

Praktisch

- Integrale samenwerking intern en focus op goede samenwerking met politie/OM /hulpverlening extern / thuissituatie.
- Het zorgprogramma kent een duidelijke opbouw en kent een dynamische fasering: veiligheid, stabilisatie en normalisatie, verwerking/behandeling, integratie, uitstroom/vervolgzorg.
- Goede interne diagnostiekmogelijkheden bij complex trauma.
- Behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie kunnen volwaardig intern geboden worden.
- De interne mogelijkheden van beschermd en begeleid wonen.
- Goede samenwerking met de politie en het OM.
- Goede samenwerking met regulier onderwijs en werkgevers in de regio.
- Jaarlijks onderzoek leef- en leerklimaat.
- Onderzoek naar de effecten van het zorgprogramma.
- Een eigen onderzoeksgroep en onderzoek en samenwerking met de kennisinstituten in Nederland.

6. Aangehaalde literatuur

- Abdallah, S., Kooijmans, M. & Sonneveld, J. (2016). Talentgericht werken met kwetsbare jongeren. *Ontwikkelwerk, erkenningswerk, verbindingswerk*. Bussum: Coutinho.
- Andersson Elffers Felix. (2019). *Verkenning 'schadelijke traditionele praktijken'. Voor een samenhangende aanpak van praktijken die zelfbeschikking beperken.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/12/16/verkenning-schadelijke-traditionele-praktijken .
- Anglin, J. (2004). Creating "well functioning" residential care and defining its place in a system of care. *Child and Youth Care Forum,* 33(3), 175-192.
- Anglin, J.P (2014). *Pain, normality, and the struggle for congruence: Reinterpreting residential care for children and youth.* Oxford: Routeledge.
- Anderson, G. J. (1970). Effects of classroom social climate on individual learning. *American Educational Research Journal,* 7, 135-152.
- Anderson, J. R. (1982). Acquisition of cognitive skill. *Psychological Review,* 89, 369-406
- Ankarsater, H., Nilsson, T., Stahlberg, O. Gustafson, M. Saury, J.M., Rastam,M., and Gillbergh, C. (2007). Prevalences and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents. *Developmental Neurorehabilitation*. 10, 57-65.
- Arink, B., Feenstra, D., Hamiddane, H. (2018). Handreiking Cultuursensitief werken. Den Haag: VNG.
- Ashleigh, I., Hodge, Jamie, R., Yoder (2017). *The Relationship Between Abusive Experiences and Staff Controls in Juvenile Correctional Facilities: The Mediating Effects of Externalizing Behavior.* Criminal Justice & Bahavior.
- Asquith, N. (2015). Honour, violence and heteronormativity, *International Journal for Crime, Justice and Social Democracy, 4,* 73-84.
- Azough, N. (2014). *Hun verleden is niet hun toekomst. Actieplan Aanpak meisjesslachtoffers van loverboys/ mensenhandel in de zorg voor jeugd .* Utrecht: NJI.
- Baat, M. de, Messing, C, Prins, D. (2014). *Wat werkt bij schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten?* Utrecht: NJI.
- Bakker, H., Meintser, N. & Snelders, P. (2012). *Twee stappen vooruit, één terug; Bestrijding van eergerelateerd geweld, huwelijksdwang en achterlating*. Utrecht: Movisie.
- Bakker, H., Storms, O. (2016). *Factsheet De meldcode bij (vermoedens van) eergerelateerd geweld.* Utrecht: Movisie.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. In *Educational Psychologist*, 28, 2, 117-148.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt. Oplossingsgerichte therapie*? Utrecht: NJI.
- Bartholomew, K.J., Ntoumanis, N., Ryan, R.M., Bosch, J.A., & Thogersen-Ntoumani, C. (2011). Self-determination theory and diminished functioning: The role of interpersonal control and psychological need thwarting. Personality and Social Psychology Bulletin, 37*,* 1459-1473.
- Bartholomew, K.J., Ntoumanis, N., Ryan, R.M., & Thogersen-Ntoumani, C. (2011). Psychological need thwarting in the sport context: Assessing the darker side of athletic experience. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 33,* 75-102.
- Beer, R. en De Roos, C. (2013). EMDR: een behandeling voor jonge kinderen en adolescenten met traumagerelateerde klachten. In: *C. Braet en S. Bögels. Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 2. Amsterdam: Boom*, blz. 313-333
- Berger, M., Berge I. ten, & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders.* Utrecht: NIZW Jeugd.

- Berge, I. ten, & Bakker, A. (2005). *Veilig thuis? Handreiking voor het beoordelen en bespreken van veiligheid van kinderen in hun thuissituatie*. Utrecht: NIZWJeugd.
- Bicanic, I.A.E., De Roos, C. de, Beer, R., Struik, A. (2015a). Traumaverwerking: waarom niet? *Kind en Adolescent Praktijk*, 14, 4, p.36-38
- Bicanic, I.A.E., De Jongh, A, Broeke, E. ten (2015b). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, volume 57, issue 5, pp. 332 - 339
- Biesta, G.J.J. (2015). Freeing teaching from learning: Opening up existential possibilities in educational relationships. *Studies in Philosophy and Education.* DOI:10.1007/s11217-014-9454-z
- Boendermaker, L., Rooijen, K. van, Berg, T., & Bartelink, C. (2013). *Residentiele jeugdzorg: wat werkt*? Utrecht: NJI.
- Bouma, S. (2021). *Als je werkt dan kun je echt leven. Inzicht in de waarde van werk voor slachtoffers van partnergeweld.* Amsterdam: Atria / UvA.
- Bouma, S., Steijaert, M., van der Kemp, S., & Zwinkels, W. (2022). *Een nieuwe toekomst voor slachtoffers van (ex-)partnergeweld.* Amsterdam: Atria / UvA.
- Bouwmans, J., Michon, H., Hulsbosch, L., Knispel, A., Lange, A. de (2015). *Achterblijvende arbeidsparticipatie*
- *onder mensen met psychische problemen.* Utrecht: Trimbos.
- Brand, O.R. & O'Dea, C.J. (2022). Less of a man? Masculine honor beliefs influence perceptions of hypothetical sons (and their father) coming out as gay, *Personality and Individual Differences,* 186. DOI:10.1016/j.paid.2021.111361
- Brenninkmeijer, N., e.a. (2009). *Eergerelateerd geweld in Nederland. Onderzoek naar de beleving en aanpak van eergerelateerd geweld.* Den Haag: Sdu Juridisch.
- Brekelmans, I. & Groot, G. de (2014). *De kleuren van Eva en Zahir.* Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Brummelaar, ten, M.D.C. (2016). *Space between the borders? The participation of young people in decision-making during their stay in secure residential care*. Groningen: Rijks Universiteit Groningen.
- Campbell, G., Roberts, K.A. & Sarkaria, N. (2020). Harmful traditional practices: Prevention, protection, and policing. DOI: 10.1057/978-1-137-53312-8.
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70, 1067-1074.
- Commissie Samson (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig. Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden.* Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Cooper-Kahn, J., Foster, M. (2014). *Executieve functies versterken op school. een praktische gids voor leerkrachten.* Amsterdam: Hogrefe Uitgeverij BV.
- Day, M., & Badou, M. (2019) Geboren en getogen. Onderzoek naar de identiteitsbeleving en gevoelens van binding van jongeren met een migratieachtergrond Utrecht: Kennisplatform Integratie & Samenleving.
- Day, M., Badou, M. & Van Breda, B. (2020). Geboren en getogen 2.0: onderzoek naar de meervoudige identiteit van jongeren met een migratieachtergrond van de tweede en derde generatie Utrecht: Kennisplatform Integratie & Samenleving.
- Dijke, A. van & Terpstra, L. (2010). *De dochters van Zahir. Tussen traditie en wereldburgerschap*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Distelbrink, M., & Aarts, W. (2019). *Werken met culturele diversiteit. Een handreiking voor professionals.* Utrecht: Verwey-Jonker instituut.
- Douma (2011). *Handreiking pedagogisch klimaat. Een praktijktheoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht-verstandelijke beperking.* VOBC, LKC LVB. Zie http://www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/publicaties/product/1-handreiking-pedagogisch-klimaat

- DuBois DL, Holloway BE, Valentine JC, Cooper H.(2002). Effectiveness of mentoring programs for youth: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol.:*157-97. doi: 10.1023/A:1014628810714 . PMID: 12002242
- Durrant, M. (2006). Oplossingsgericht werken met jongeren en hun gezin. Een creatieve benadering van de residentiele hulpverlening. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., & Visser, S. (2009). Behandeling van posttraumatische stressstoornis. *Angststoornissen Hypochondrie*, 201-207.
- Enlow, M.B., Egeland, B., Blood, E.A., Wright, R.O. and Wright, R.J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2012; DOI: 10.1136/jech-2011-200727
- Ermers, R. (2007). *Eer en eerwraak. Definitie en analyse*. Amsterdam: Bullaaq.
- Ermers, R. (2018). *Honor Related Violence. A new social psychological Perspective* . Oxfordshire: Taylor & Francis Ltd.
- Feldman, R.S. (2012). *Ontwikkelingspsychologie.* Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Felitti, Vincent J., MD, FACP, Robert F. Anda, MD, MS, Dale Nordenberg, MD, David F. Williamson, MS, PhD, Alison M. Spitz, MS, MPH, Valerie Edwards, BA, Mary P. Koss, PhD, James S. & Marks, MD.(1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine,* 14(4), pp. 245-258.
- Felten, H.(2014). *Handreiking LHBT – eergerelateerd geweld en seksuele en genderidentiteit.* Utrecht: Movisie.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD*. New York: The Guilford press.
- Frye, R.E. (2018). Social skills deficits in autism spectrum disorder: Potential biological origins and progress in developing therapeutic agents, *CNS Drugs, 32,* 713-734. DOI: 10.1007/s40263-018-0556-y
- Groot, G. de & Şimşek, J. (2008). *In ontmoeting. Een interactieve benadering van geweld binnen eerculturen*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Hafkenscheid, A. (2021). De therapeutische relatie. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Hagenaars, L. et al (2021). Wegen naar goede gezondheid liggen ook buiten de zorg. *ESB,* 106 (4794).
- Harten, M. van der, & Rijn, E. van (2008). *Behandelend opvoeden. Groepswerk in de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg.* Assen: Van Gorcum.
- Helm, G. H. P. van der, Klapwijk, M., Stams, G. J. J. M., & Laan, P.H. van der (2009). 'What Works' for juvenile prisoners: The role of group climate in a youth prison. *Journal of Children's Services*, 4, 36-48.
- Helm, G. H. P. van der, Van Nieuwenhuizen, M., & Wegter, H. (2010). Behandeling van jongeren met een licht verstandelijke handicap in een JJI (Adolescents suffering from a mild intellectual disability in youth prison), *Sozio,* 95, 6-11.
- Helm, G.H.P. van der, Hanrath, J., & Jonker, E. (red) (2011). *Wat werkt in de gesloten jeugdzorg*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Helm, G. H. P. van der, Stams, G. J. J. M., & Van der Laan, P. H. (2011a). Measuring group climate in prison. *The Prison Journal*, 91, 158-177.
- Helm, G. H. P. van der, Van Tol, N., & Stams, G. J. J. (2013). De invloed van het orthopedagogisch klimaat in de residentiële justitiële jeugdzorg: recidivevermindering door opvoeding, behandeling en scholing. Een wetenschappelijke onderbouwing. Leiden: Hogeschool Leiden.
- Helm, G. H. P. van der, Matthys, W., Moonen, X., Giesen, N., Van der Heide, E. S. & Stams, G. J. J. M. (2013). Measuring Inappropriate Responses of Adolescents to Problematic Social Situations in Secure Institutional and Correctional Youth Care: A Validation Study of the TOPS-A. *Journal of Interpersonal Violence,* 28(8), 1579-1595.
- Helm, G. H. P. van der (2017). *Naar een gezamenlijke opvoedstrategie in residentiële jeugdzorg (pdf, 522 KB)* Leiden: Hogeschool Leiden.

- Helm, G.H.P. van der, Bekken, F., Doornbos, B. (2018). Leer- en leefklimaat Fier. Intern document.
- Helm, G.H.P. van der (2019). *Leefklimaat: Regels en afspraken en de rol van limit setting. Een benadering vanuit de Sociale Domeintheorie.* Leiden: Hogeschool Leiden.
- Horeweg, A. (2018). *De traumasensitieve school. Een andere kijk op gedragsproblemen in de klas*. Houten: Lannoo Campus Nederland. Hermanns, J. (2008). *Het bestrijden van kindermishandeling. Een aanpak die werkt. Utrecht*: NJI.
- Huber, M., Jung, H.P., Brekel-Dijkstra, H van den (2021). *Handboek positieve gezondheid in de huisartsenpraktijk.* Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Hurd, N.M., Zimmerman, M.A. & Reischl, T.M. (2010). Role model behavior and youth violence: A study of positive and negative effects, *The Journal of Early Adolescence, 31,* 323-354. DOI: 10.1177/0272431610363160
- Janssen, J. Sanberg, R (2013). *Uniformiteit in cijfers. Mogelijke eerzaken in 2010, 2011, 2012.* Den Haag, Landelijk expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld
- Janssen, J. (2017). *Focus op eer. Een verkenning van eerzaken voor politieambtenaren en andere professionals.* Den Haag: Boom Criminologie.
- Janssen, J. (2018). Hoe herken je eergerelateerd geweld? De ene ruzie is de andere niet, *Tijdschrift Conflicthantering* (1), pp. 24-27.
- Janssen, J. e.a. (2019). Leren over geweld uit naam van de familie-eer. Terugblik op tien jaar Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld van de nationale politie: 2008-2018. *Cahiers Politiestudies Jaargang 2019-2, nr. 51,*p. 75-86
- Janssen, J. (2019). Samenwerken is bij eergerelateerd geweld van levensbelang. https://www.socialevraagstukken.nl/samenwerking-is-bij-eergerelateerd-geweld-van-levensbelang/
- Jessurun, N (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten. Een systeemtheoretisch behandelmodel.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Jesserun, N. warring, R. (2018). *Verschillen omarmen.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Kim, E. J., Pellman, B., & Kim, J. J. (2015). Stress effects on the hippocampus: A critical review. *Learning & Memory, 22*(9), 411–416.
- Kok J.F.W. (1973). *Opvoeding en hulpverlening in behandelingstehuizen*, Rotterdam: Lemniscaat.
- Kok, J.F.W. (1991). *Specifiek opvoeden. Orthopedagogische theorie en praktijk.* Amersfoort: Academische uitgeverij.
- Kolenberg A. (2009). Werk in behandeling: onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatiemogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis. LPGGz, Cross Over.
- Kolk, B.A. van der (2005). Complex Developmental trauma. *Journal of traumatic stress*, 18, 385-388.
- Kolk, B.A. van der (2016). Traumasporen. Eeserveen: uitgeverij Mens!
- Kooijmans, M. (2009). Battle zonder knokken. Talentcoaching van risicojongeren. Amsterdam: SWP.
- Krabbendam, A.,A. (2016). *Troubled girls, troubled futures: The adverse adult outcomes of detained adolescent females.* Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Landelijke Expertisecentrum Eergerelateerd Geweld (LEC EGG). (2023). *Vormen van eergerelateerd geweld.* http://www.leceergerelateerdgeweld.nl/vormen/.
- Linehan (2016). *De DGT- vaardigheden*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders*, 4:124-147.
- Lünnemann, K, en Wijers, M. (2010). *Eergeweld voorbij. Een nieuwe gemeentelijke aanpak van eergerelateerd geweld*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut
- McClain, M. & Waite-Wright, O. (2016). The LGBT community in Turkey: Discrimination, Violence and the Struggle for Equality, *Creighton International and Comparative Law Journal,* 7, 152-181
- Miller, R. & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering. Mensen helpen veranderen..* Theologische Uitgeverij Ekklesia info@ekklesia.nl

- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature, *Child Psychology and Psychiatry Review, 6,* 172-180. DOI: 10.1017/S1360641701002738
- Omer, H. (2015). *Geweldloos verzet in gezinnen. Een nieuwe benadering van gewelddadig en zelfdestructief gedrag bij kinderen en adolescenten.* Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Os, J. van (2017). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Diagnosis uitgevers, www.diagnosisuitgeverij.nl
- Pas, A. van der (2009). *De Interventiefase. Keuzes en kansen. Handboek methodische ouderbegeleiding, deel 6.* Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Perry, B.D. (2007). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and mind,* 3(1), 79-100.
- Pinto, D. (2007). *Interculturele communicatie, een stap verder.* Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Polak, A.R., Witteveen, A.B., Reitsma, J.B. & Olff, M.(2012). Review. The role of executive function in posttraumatic stress disorder: A systematic review*. Journal of Affective Disorders.* Volume 141, Issue 1, 1 December 2012, Pages 11-21.
- Reichel, D. (2017). Determinants of intimate partner violence in Europe: The role of socioeconomic status, inequality, and partner behavior, *Journal of Interpersonal Violence, 32,* 1853-1873. DOI: 10.1177/0886260517698951.
- Rijn, E. van & Pelt, Y. van (2013). Integratieve behandeling van complex trauma. Individuele traumatherapie geïntegreerd met de behandeling op de leefgroep. In: *Tijdschrift Kinder & jeugd psychotherapie, Trauma 3, 40e jaargang, 2013.*
- Robbins, E. (2016). How do we explain honor violence as a function of gender norms and identity? A case study of Turkey, *The Journal of International Relations, Peace Studies and Development, 2.*
- Roest, Jesse J., Peer (G.H.P.) van der Helm, and Geert-Jan J.M. Stams. 2016. "The Relation Between Therapeutic Alliance and Treatment Motivation in Residential Youth Care: A Cross-Lagged Panel Analysis." *Child and Adolescent Social Work Journal* 33(5):455–68. DOI: 10.1007/s10560-016-0438
- Roorda, D.L., Koomen, H. M. Y. ,. Spilt, J. L , Oort, F. J. (2014). De invloed van affectieve leraar-leerlingrelaties op het schools leren van leerlingen: Verschillen tussen basis- en voortgezet onderwijs. *Pedagogische studiën,* (91), 97-112.
- Rooijen, K. van, Bartelink, C, & Berg, T. (2013). *Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling.* Utrecht: NJI.
- Ronan, K.R, Conoy, D. F., & Burke, K. J. (2009) Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles, *Australian Psychologist*, 44(3), 195 — 213.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist* vol. 55, No. 1, 68-78.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2017). Self-Determination Theory Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Welness. New York, London: the Guilford Press
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist*, 39, 193-260.
- Sameroff, A. (Eds). (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Savenije, A., Lawick, J. van, & Reijmers, E.T.M. (2010). *Handboek systeemtherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Schuengel, C., Venmans, J., IJzendoorn R. van, & Zegers, M. (2006) *Gehechtheid strategieën van zeer problematische jongeren. Onderzoek, diagnostiek en methodiek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Schot, A. (2021). Twee werelden: De omgang met dubbele verwachtingen van vrouwelijke adolescenten met een migratieachtergrond [master thesis], *Universiteit van Leiden*

- Sedem, M. & Ferrer-Wreder, L. (2014). Fear of the loss of honor: Implications of Honor-Based Violence for the development of youth and their families, *Child Youth Care Forum, 44,* 225-237. DOI: 10.1007/s10566-014-9279-5
- Segrin, C., McNelis, M. & Swiatkowski, P. (2016). Social skills, social support, and psychological distress: A test of the social skills deficit vulnerability model, *Human Communication Research, 42,* 122-137. DOI: 10.1111/hcre.12070
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford Press, 1999.
- Smits van Waesberghe, E., Felten, H., Drost, L., Taouanza, I., & Vijlbrief, A. (2017). *Dilemma's van hulpverleners bij gedwongen partnerkeuze en relatievorming. Onderzoek naar hulpverlening en zelfbeschikking in de context van mensen met een niet Nederlandse of biculturele achtergrond.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Speentjes, P., Thielen, F., ten Have, M., de Graaf, R., Smit, F. (2016). Kindermishandeling: economische gevolgen op lange termijn, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 58 10, 706–711.
- Steketee, M., Römkens, R., Pels, T., Lünnemann, K., Smits van Waesberghe, E., Mak, J., Mejdoubi, J. & Harthoorn, H. (2016). Preventie van intergenerationeel geweld Nederland en EU: Verkenning van wat werkt, *Verwey-Jonker Instituut*
- Stel, P. van der (204). *Handboek preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Struik, A. (2011). Vroegkinderlijk, chronische traumatisering bij kinderen. *GZ-PSYCHOLOGIE 2*, 18-23.
- Struik, A. (2021). Slapende honden? Wakker maken! Een behandelmethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
  Timshel, I., Montgomery, E. & Thorup Dalgaard, N. (2017). A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families, *Child Abuse & Neglect, 70,* 315-330. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.06.023
- Tjin A Djie, K. & Zwaan, I. (2019). *Beschermjassen in de praktijk*. Assen: van Gorcum.
- Turnell, A. & Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien : de oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderbescherming*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Valk, S. de, Van der Helm, G. H. P., Beld, M., Schaftenaar, P., Kuiper, C., & Stams, G. J. (2015). Does punishment in secure residential youth care work? An overview of the evidence. *Journal of Children's Services,* 10(1).
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration,* 23, 263–280.
- Vansteenkiste, M. & Soenens, B. (2015). *Vitamines voor groei. Ontwikkeling voeden vanuit de zelf-determinatie theorie.* Leuven: Acco.
- Verstuyf, J., Vansteenkiste, M., Pauw, S. de, Boone, L., Kaap-Deeder, J, van der & Weymeis, H. (2014). 'Moetivatie' of motivatie? Over de vitamines voor therapietrouw, duurzame gedragsveranderingen en groei. *Signaal, 89*, 22-49.
- Visee, H.C., & Homurg, G.H.J. (2010). Verzuimkosten werkgevers ten gevolgde van huiselijk geweld. Eindrapport. Amsterdam: Regioplan.
- Vogtlander, L., van Arum, S. (2016). *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg.* VNG & GGD GHOR Nederland.
- Vossole, A., van & Gilbert, E. (2011). *Wetenschappelijk fenomeenonderzoek naar eergerelateerd geweld in België. Eindrapport. Wetenschappelijk fenomeenonderzoek naar eergerelateerd geweld in België* | Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (belgium.be)
- Walker-Descartes, I., Mineo, M., Condado, L.V. & Agrawal, N. (2021). Domestic violence and its effects on women, children, and families, Pediatric Clinics of North America, 68, 455-464. DOI: 10.1016/j.pcl.2020.12.011
- Ward, A. (2004). Towards a theory of the everyday: the ordinary and the special in daily living in residential care. *Child & Youth Care Forum*, 33 (3), 209-225.

- Weeghel, J. & Michon, H. (red.) (2018). IPS Werkt! Handboek werken en leren met Individuele Plaatsing en Steun. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., Daleiden, E. L., Mayberg, S. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness. *Archives of General Psychiatry, 69*, 274 –282.
- Werkman, K (2018). Meisjes met een verstandelijke beperking. De perfecte prooi voor loverboys. Fiermagazine dec 2018
- Werson, S., Lamers, F., Pers, M. van der, & Dijke, A. van (2015). *Fier en verder. Meiden over hun leven na de hulpverlening.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Wesselmann, E.D., Williams, K.D., Ren, D. & Hales, A.H. (2021). Ostracism and Solitude. In R.J. Coplan, J.C. Bowker & L.J. Nelson (Eds.), The Handbook of Solitude. DOI: 10.1002/97811195764
- Werkplaatsen Jeugd. (2018). Gezinsgericht werken in de JJI, jeugdzorgplus en residentiële jeugdzorg. Academische Werkplaatsen Jeugd. https://werkplaatsenjeugd.nl/deelproject-3- gezinsgericht-werken-jji-jeugzorgplus-en-residentiele-jeugdzorg/
- Wiele, D. van der. & Ruiter, E. de. (2011) *De Kleine Gids. Signalering en behandeling slachtoffers loverboys. Moeilijke zaken, makkelijk uitgelegd*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Zoon, M., & Trompetter, A. (2012). Sport als zorgtraject. Een verkennende studie naar de effecten van sport in de geïndiceerde jeugdzorg. Utrecht: NJI

Welke vormen van eergerelateerd geweld zijn er? (leceergerelateerdgeweld.nl)
Routekaart schadelijke praktijken | Publicatie | Huiselijk Geweld
Grensoverschrijdend gedrag jegens mensen met een verstandelijke beperking | Factsheet | Huiselijk Geweld
Home - Landelijk Kenniscentrum LVB
Eergerelateerd geweld en seksuele en genderdiversiteit | Movisie
5_janssen_sanberg-als_de_nood_aan_de_man_komt-justitiele_verkenningen-2013.pdf (politie.nl)
Eergerelateerd geweld in Nederland: Onderzoek naar de beleving en aanpak van eergerelateerd geweld — Vrije Universiteit Amsterdam (vu.nl)
Documenten Gendersensitief werken - Vereniging Valente

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJi), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.