



Residentiële jeugdzorg: wat werkt?

Leonieke Boendermaker

Karen van Rooijen

Tijne Berg & Cora Bartelink

Juli 2013

www.nji.nl

Aanleiding

Dit document maakt deel uit van de NJi-reeks van documenten over welke interventies en typen behandeling werken. Deze overzichten zijn te vinden via de link www.nji.nl/watwerkt. Jeugdzorg Nederland heeft de vraag naar wat werkt in de residentiële jeugdzorg als thema aangedragen omdat zorgaanbieders gericht zijn op het leveren van evidence based zorg van goede kwaliteit. Een handzaam overzicht van de kennis over wat werkt binnen de residentiële zorg helpt hen om binnen de organisatie na te gaan of er in voldoende mate evidence based gewerkt wordt.

Residentiële jeugdzorg is een benaming voor uiteenlopende typen zorg voor jeugdigen¹ en wordt vaak aangeduid als verblijf in een tehuis of instelling. Het betreft zorg voor jeugdigen tussen de 0 en 23 jaar, met uiteenlopende problemen, bij wie de plaatsing verschillende doelen dient en daarom ook verschilt in duur. Residentiële jeugdzorg wordt geboden in instellingen van verschillende omvang, met verschillende specialisaties en met personeel met uiteenlopende opleidingen en achtergronden. Omdat residentiële zorg zo'n breed begrip is, besteden we in dit document eerst aandacht aan de vraag wat residentiële jeugdzorg is, wat de omvang van dit type jeugdzorg is en welke doelen er in onderscheiden kunnen worden. Vervolgens maken we onderscheid in vier deelterreinen van residentiële jeugdzorg. Per deelterrein geven we een overzicht van de kennis die op basis van onderzoek beschikbaar is.

¹ In deze tekst hanteren we de term kinderen voor de leeftijdsgroep tot en met 12 jaar. Bij de groep van 13 jaar en ouder spreken we van jongeren. Met de term jeugdigen worden beide groepen aangeduid.



1 Residentiële jeugdzorg

Loeffen (2007) onderscheidt verschillende sectoren die residentiële jeugdzorg bieden: de door de provincies gefinancierde jeugdzorg, de jeugd-ggz, de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (LVG) en de justitiële jeugdinstellingen (JJI) (Loeffen, 2007).

In een rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) worden binnen de provinciaal gefinancierde jeugdzorg diverse varianten van residentiële hulp onderscheiden, zoals kamertraining, opvoeding en verzorging, crisisopvang en behandeling.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt residentiële hulp verleend op jeugdafdelingen van de afdeling psychiatrie van ziekenhuizen en kinder- en jeugd psychiatrie klinieken.

Een belangrijke voorziening voor jeugdigen met een verstandelijke beperking zijn de orthopedagogische behandelcentra. De licht verstandelijk beperkte jeugdigen die hier worden opgevangen, verzorgd en behandeld hebben tevens al dan niet ernstige problemen met opvoeding, ontwikkeling of gedrag. De justitiële jeugdinstellingen bieden opvang en behandeling aan jongens en meisjes die daar door de kinderrechter zijn geplaatst in het kader van een straf of maatregel (Stevens et al., 2009).

Sinds 1 januari 2008 kunnen jeugdigen met een civielrechtelijke maatregel die een gesloten plaats nodig hebben, in een instelling voor jeugdzorgplus worden geplaatst. Instellingen voor jeugdzorgplus bieden trajectzorg, startend met een (relatief korte) periode van gesloten residentiele zorg (Ten Brummelaar et al., 2011).

Binnen deze sectoren bestaan er verschillende typen residentiële zorg zoals gesloten, besloten en open instellingen en leefgroepen, en verblijf in deeltijd, dagbehandeling of 24-uurszorg. Ook verschillen instellingen in omvang en daarmee in het aantal jongeren dat er verblijft en het aantal personeelsleden dat er werkt. Gemiddeld gaat het om zo'n 150 jeugdigen en zo'n 200 tot 225 personeelsleden. Binnen de instellingen wonen jongeren doorgaans in leefgroepen die meestal bestaan uit acht, tien of twaalf jeugdigen. In veel instellingen zijn er aparte leefgroepen voor jongens en meisjes, maar er zijn ook instellingen met gemengde leefgroepen.

Aantal plaatsen

In diverse rapporten komt de omvang van de residentiële jeugdzorg aan de orde. De aantallen die daarin gerapporteerd worden lopen uiteen, omdat de rapporten over verschillende sectoren gaan. De aantallen die Loeffen (2007) noemt hebben betrekking op alle vier door haar genoemde sectoren. Zij rapporteert dat er in totaal in de verschillende instellingen 18.247 plaatsen beschikbaar zijn, waarvan 54 procent binnen de door de provincies gefinancierde jeugdzorg, 25 procent binnen de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten, 14 procent in een justitiële jeugdinstelling en 7 procent binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

In het rapport 'Monitoring gebouwkwaliteit Kinder- en Jeugdzorg' (2007) waarop de MO-groep haar cijfers baseert, is alleen informatie opgenomen van de provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Volgens dit rapport gaat het om 6.633 residentiële plaatsen, waarvan 4.704 plaatsen in leefgroepen, 1.276 plaatsen in kamertrainingscentra en 653 plaatsen in gezinshuizen.

In het rapport van de Commissie financiering jeugdzorg (2009) worden geen bedden maar gebruikers als uitgangspunt genomen. In 2007 maakten 12.529 jeugdigen gebruik van residentiële zorg.

De brancherapportage Jeugdzorg (2010) gaat uit van 11.178 gebruikers van 24-uurs accommodaties in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg in 2009. Het gebruik van Jeugdzorgplus is volgens de brancherapportage in 2010 2.952 en van de JJI's 1.242. Volgens de trendrapportage van het GGZ (2010) waren er in 2007 5984 jeugdigen die gebruikt maakten van residentiele jeugd-ggz.

Doelen van residentiële zorg

Met het verblijf in een instelling worden verschillende doelen nagestreefd. Hierboven werd al het onderscheid tussen opvoeding en verzorging, behandeling of kamertraining genoemd. Bij verzorging en opvoeding gaat het er om jeugdigen kwalitatief goede verzorging en opvoeding te bieden, op zo'n manier dat een gezonde ontwikkeling mogelijk is. Anders dan thuis wordt verzorging en opvoeding in leefgroepen gegeven. Dit is een specifiek kenmerk van residentiële zorg dat bijzondere stelt eisen aan professionals die de verzorging en opvoeding bieden en aan de organisatie waarin zij werken. Groepsleiding moet niet alleen verzorgen en opvoeden maar ook kunnen omgaan met groepsdynamische aspecten van het werken met jeugdigen die in een groep samenleven. Wordt een jeugdige geplaatst voor crisisopvang, kamertraining of behandeling, dan moet er een bepaald probleem aangepakt worden. De crisis dient gestabiliseerd te worden en er moet een vervolg op de opvang worden gerealiseerd. Ook moeten vaardigheden voor zelfstandig wonen aangeleerd worden of dienen gedragsproblemen te verminderen. In die gevallen worden er bovenop het doel van een gezonde ontwikkeling andere doelen gesteld die gericht zijn op vermindering van bepaalde problemen en het leren van bepaalde vaardigheden. Bij deze laatste doelen past de vraag naar wat werkt, naar wat de beste aanpak is om die doelen te bereiken. Welke aanpak werkt dan in een leefgroep met jeugdigen het beste en welke interventies kunnen het beste ingezet worden om de problemen te verminderen?

Care en cure

De Landelijke werkgroep prestatie-indicatoren jeugdzorg heeft in 2006 voor de jeugdzorg afspraken gemaakt over prestatie-indicatoren. Eén van de indicatoren is de mate waarin problemen zijn verminderd en het gebruik van zorg en hulp is afgenomen. Omdat instellingen dit niet beschouwen als de enige uitkomstmaat voor het beoordelen van het verblijf in een instelling, wordt in discussies vaak een onderscheid gemaakt tussen 'care' en 'cure'. Jeugdigen kunnen na vermindering van de problemen toch nog in de instellingen verblijven, bijvoorbeeld op last van de rechter ter bescherming van de samenleving, of vanwege onveiligheid thuis. Hen wordt dan geen 'cure' meer geboden, maar 'care' (Van der Steege, 2009).

Tegen de achtergrond van de verschillende doelen die in de residentiële zorg onderscheiden worden is dit een begrijpelijk onderscheid. De term care past dan bij de verzorging en opvoeding die geboden wordt en die van goede kwaliteit moet zijn. De term cure past bij de interventies die tot vermindering van problemen moeten leiden.

Het beschikbare onderzoek op deze twee terreinen verschilt. Kort gezegd is er op het terrein van de care vooral beschrijvend onderzoek beschikbaar, bijvoorbeeld naar het handelen in leefgroepen en naar het welzijn van jeugdigen. Ook is onderzocht wat cliënten en hun ouders belangrijk vinden en wat er vanuit het oogpunt van cliëntenrechten van belang is. Deze laatste zijn internationaal vastgelegd in kwaliteitsstandaarden of -richtlijnen.

Op het terrein van de cure is effectonderzoek beschikbaar over de vraag welke interventies helpen om de problemen die bij opname aanwezig zijn, te verminderen.

We willen benadrukken dat care en cure niet strikt van elkaar te scheiden zijn. Zoals we hierboven al stelden zijn beide vormen in leefgroepen sterk verweven. Zowel in andere Europese landen als in ons

eigen land is het aantal jeugdigen met ernstige problemen in de residentiële zorg de afgelopen jaren toegenomen (Harder et al., 2009). De meeste groepsleiders werken daardoor in leefgroepen waarin zij zowel moeten verzorgen en opvoeden als moeten werken aan het verminderen van problemen.

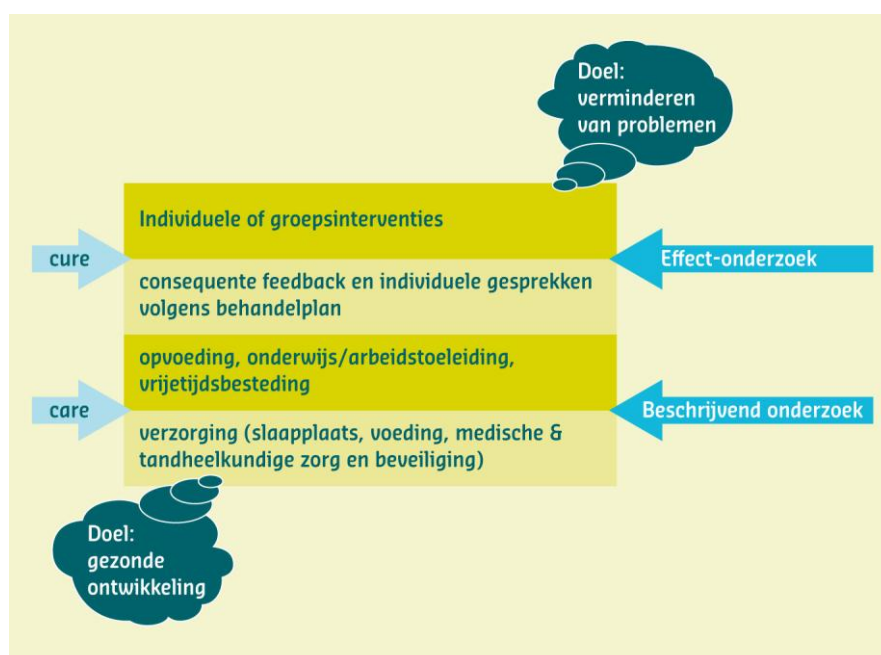
Specifiek opvoeden

Verzorgen en opvoeden in leefgroepen verschilt van het verzorgen en opvoeden zoals de meeste ouders dat thuis doen. Kok (1999) duidt het opvoeden van jeugdigen met problemen en stoornissen aan als ‘specifiek opvoeden’. Dit opvoeden is specifiek, omdat er een specifieke manier van reageren nodig is op de (gedrags)problemen van de opgenomen jeugdigen. En het is ook specifiek, omdat de ontwikkeling op een bepaald punt stagneert en speciale aandacht nodig is om de ontwikkeling weer vlot te trekken en een gezonde ontwikkeling mogelijk te maken. De problemen van elke individuele jeugdige vragen om een eigen reactie en aanpak. Dit noemt Kok een ‘overaccentuering’ van bepaalde aspecten in de opvoeding die een speciale houding en specifieke vaardigheden vraagt. Kok noemt dat de ‘eerste graadsstrategie’, Hoe de opvoeder reageert en handelt hangt af van welke aspecten in de opvoeding extra aandacht nodig hebben. Knorth (2005) noemt dit het bieden van ‘orthopedagogische basiszorg’: zorgvuldig pedagogisch handelen, binnen een bepaalde cultuur van omgaan met elkaar, bepaalde leefregels en een bepaalde sfeer.

Behalve het toepassen van een specifieke pedagogische aanpak, kan het bij een individuele jeugdige nodig zijn om iets extra’s in te zetten om zijn ontwikkeling snel weer op gang te helpen of om het veranderingsproces te versnellen. Een jeugdige kan bijvoorbeeld naast het verblijf in de leefgroep en de specifieke opvoeding daar deelnemen aan een training in zelfcontrole of psychomotorische of creatieve therapie volgen. Dit duidt Kok aan als de ‘tweede graadsstrategie’.

Als de groepsleiding vervolgens in de leefgroep reageert en feedback geeft op gedrag dat een jeugdige in de individuele training geleerd heeft, doet de groepsleiding meer dan specifiek opvoeden. Kok noemt dit de ‘derde graadsstrategie’. In termen van care en cure gaat het bij de beide laatste strategieën om cure. Bij de eerste graadsstrategie gaat het om care (zie Figuur 1).

Figuur 1: onderdelen residentiële zorg



Opbouw van dit document

We besteden in dit document aandacht aan de verschillende onderdelen van residentiële zorg. Zowel care als cure komen aan de orde. We ordenen de informatie in dit document in vier hoofdstukken:

- orthopedagogische basiszorg: verzorging en opvoeding in de leefgroep of care;
- toepassing van interventies of cure;
- organisatie;
- fysieke omgeving.

Bij het onderdeel orthopedagogische basiszorg besteden we aandacht aan de taken van groepsleiding in de leefgroep (2.1) en aan de vaardigheden die nodig zijn om het werk goed te doen, en dus om goede kwaliteit te leveren (2.2). Daarna gaan we kort in op onderzoek naar welbevinden en op de standaarden (2.3).

Rond de toepassing van interventies behandelen we onderzoek naar de uitkomsten van interventies binnen instellingen. We beginnen met onderzoek waarin de aanpak in een instelling als geheel is opgenomen (3.1). Daarna besteden we aandacht aan de resultaten van programma's bij gedragsproblemen en -stoornissen (3.2), specifieke aanpakken in de leefgroep (3.3), de toepassing van interventies voor individuele jeugdigen (3.4) en informatie uit de standaarden (3.5). Daarna gaan we in op onderzoek naar de invloed van kenmerken van de organisatie op het leveren van goede zorg (4.1), op algemeen werkzame factoren (4.2) en op informatie uit de standaarden (4.3).

Tot slot komt in hoofdstuk 5 de fysieke omgeving aan de orde, We sluiten het document af met een overzicht van de gevonden werkzame elementen van residentiële zorg.

Aan het einde van elk onderdeel vatten we de kenmerken van kwalitatief goede zorg of de werkzame elementen binnen dat onderdeel samen.

Gebruikte bronnen

Dit document is samengesteld op basis van informatie uit diverse publicaties.

Allereerst is er gebruik gemaakt van verschillende recente overzichtsstudies op het terrein van de residentiële jeugdzorg (Boendermaker et al., 2005; Boendermaker et al., 2007; Clough et al., 2006; Department of Health, 2008; Hair, 2005; Harder, Knorth & Zandberg, 2006; Loeffen, 2007; Thomson, McArthur, Long & Camilleri, 2005; Johnson, Browne & Hamilton-Giachritsis, 2006; Sutton & Mannes, 2011; Ten Brummelaar et al., 2011). Vervolgens worden verschillende primaire studies bekeken die in deze overzichtsstudies genoemd worden. Daarnaast is gebruik gemaakt van twee recente dissertaties (Harder, 2011; Van der Helm, 2011). Ook is gebruik gemaakt van een monografie over de justitiële jeugdinrichtingen (Boendermaker & Uit Beijerse, 2008), van een overzicht van onderzoek naar het gebruik van de fysieke omgeving in residentiële instellingen (in: Boendermaker et al., 2006), de inaugurele rede van Knorth (2005) en een recente publicatie over de pedagogische kwaliteit van Harder, Knorth, Kalverboer en Zandberg (2009).²

Ter aanvulling is gericht gezocht in de wetenschappelijke databases PsychInfo, de Cochrane Library en de Campbell Collaboration naar recent verschenen meta-analyses³ of reviews over residentiële

² Studies die niet hier onder gebruikte bronnen zijn genoemd, maar waar wel in de tekst aan gerefereerd wordt, zijn afkomstig uit de genoemde overzichtswerken en opgenomen in de literatuurlijst. Voor de leesbaarheid van het document hebben we vermelding van de desbetreffende paginanummers achterwege gelaten.

³ In een meta-analyse worden de resultaten van verschillende onderzoeken samengevoegd, gecodeerd in een nieuw bestand, en met behulp van statistische methoden opnieuw geanalyseerd. Een review bevat een grondige en samenvattende bespreking van onderzoek, maar hierin vindt geen nieuwe statistische analyse plaats.

zorg voor jeugdigen. Dit leverde twee meta-analyses op (Armelius & Andreassen, 2007; Genoves et al., 2006). Ook werd in deze bestanden gezocht naar studies over personeel en organisatie (o.a. Mainey & Crimmens, 2006; Heron & Chakrabarti, 2003; Hicks, Gibbs, Weatherly & Byford, 2008), positive peer culture (o.a. Handwerk, Field & Friman, 2000; Gibbs, Potter, Barriga & Liao, 1996) en algemeen werkzame factoren van interventies.

Tot slot is informatie verzameld over kwaliteitsstandaarden op het terrein van de (residentiële) jeugdzorg (Berg, 2009). Sinds het begin van deze eeuw hebben diverse internationale organisaties, nationale en lagere overheden standaarden ten aanzien van de (residentiële) jeugdzorg ontwikkeld. Dat is doorgaans gebeurd vanwege een gebrek aan consistentie of kwaliteit in het zorgaanbod. De standaarden hebben niet alleen betrekking op de residentiële jeugdzorg. Het toepassingsgebied van diverse standaarden is smaller, omdat ze gaan over een specifieke vorm van residentiële jeugdzorg, of breder, dat wil zeggen ook over een andere vorm van jeugdzorg gaan. De standaarden zijn veelal gebaseerd op uitgebreide raadpleging van jeugdigen en hun ouders of verzorgers en op wet- en regelgeving.

2 Orthopedagogische basiszorg

Uit onderzoek naar verzorging en opvoeding in leefgroepen komen diverse aspecten naar voren die van belang zijn voor het bieden van kwalitatief goede, orthopedagogische basiszorg. Het gaat om taken die groepsleiders dienen te verrichten en vaardigheden die zij daar voor nodig hebben. Uit het beschikbare onderzoek komt duidelijk de verwevenheid van care en cure naar voren. Groepsleiding heeft taken op beide terreinen.

2.1 Taken van groepsleiding

Harder en anderen (2006) karakteriseren goede groepsleiders binnen de residentiële zorg als 'interactionele duizendpoten', omdat zij zoveel dingen tegelijkertijd moeten doen, zoals regels stellen, individuele jeugdigen ondersteunen, werken met de groep jeugdigen, zorgen voor een goed leefklimaat, samenwerken met andere professionals en aandacht besteden aan het gezin (Whitaker et al., 1998; Wigboldus, 2002; Harder et al., 2006).

Bruininks (2000) stelt dat het werk in de leefgroep draait om het bewust hanteren van situaties, dagritme en ruimte. De groepsleiding moet deze inzetten om een bepaald doel te bereiken.

Anglin (2002) beschrijft op basis van interviews en observatie de interactie tussen hulpverleners en jongeren. Hij ordent die interactie in elf verschillende interactionele processen die van betekenis zijn voor de kwaliteit en effectiviteit van de geboden hulp. Het gaat bijvoorbeeld om luisteren en met respect reageren en om het tot stand brengen van structuur, routine en verwachtingen, maar ook om het overbrengen van de basisfilosofie van waaruit de groepsleider werkt en het delen van macht en besluitvorming. Harder en anderen (2006) wijzen ook op onderzoek van Moses uit 2000 waaruit blijkt dat groepsleiders een dubbele taak hebben. Zij moeten niet alleen werken met een groep en de onderlinge dynamiek in een groep kunnen hanteren, maar ook aandacht besteden aan individuele jongeren.

In de overzichtsstudies komt het creëren van een positieve, ondersteunende omgeving als belangrijk naar voren (o.a. Thomson, McArthur, Long & Camilleri, 2005; Clough et al., 2006; Department of Health, 1998). Voor een deel ligt de verantwoordelijkheid daarvoor bij het management, maar vooral de groepsleiding speelt er een belangrijke rol in. Het gaat dan om het creëren van een omgeving die voldoet aan de individuele behoeften van jongeren en waarin jongeren in staat zijn belangrijke vaardigheden te ontwikkelen en zich veilig en begrepen voelen. Zo'n omgeving is van invloed op het functioneren van jeugdigen. In onderzoek van Harker, Dobel-Ober, Lawrence, Berridge en Sinclair (2003) gaven jeugdigen uit residentiële instellingen en pleegzorg bijvoorbeeld zelf aan dat hun onderwijsprestaties afhankelijk waren van het ervaren van een veilige, stabiele en ondersteunende omgeving.

Aandacht voor normaliteit en individualiteit

Binnen de residentiële setting moet zowel aandacht zijn voor normaliteit als voor individualiteit (Whitaker, Archer & Hicks, 1998; Sinclair & Gibbs, 1998; Brown, Bullock, Hobson & Little, 1998). Onderzoek heeft laten zien dat veel jongeren in de residentiële zorg willen dat hun levens zo normaal mogelijk zijn of zo normaal mogelijk voelen (Thomson et al., 2005; Anglin, 2002; Martin & Jackson, 2002). Tegelijkertijd hebben jongeren in residentiële instellingen speciale en individuele behoeften waaraan voldaan moet worden. Zij hebben vaak veel meegemaakt en als gevolg daarvan veel

psychosociale problemen. Het creëren van een normaal dagelijks leven moet daarom altijd in evenwicht gebracht worden met de behoefte aan een speciale behandeling (Ward, 2004).

Luisteren naar jongeren

Een aantal studies laat zien dat jongeren het belangrijk vinden dat de groepsleiding naar hen luistert en begrip en medeleven toont. Van der Vlugt en De Jong (2005) deden bijvoorbeeld een praktijkgericht onderzoek onder ondertoezichtgestelde (OTS-) jongeren in de JJI. Daarvoor vulden 152 jongeren vragenlijsten in en werd met 31 jongeren een gesprek gevoerd. De jongeren gaven aan dat luisteren, betrokkenheid en 'echt' praten voor hen belangrijk is. Ook andere studies wijzen uit dat het krijgen van individuele aandacht voor hun zorgen en spanningen, maar bijvoorbeeld ook voor speciale gebeurtenissen in hun leven, belangrijk is voor jongeren. Dat geldt ook voor sympathie, begrip, troost en individuele aandacht (Harder et al., 2006; Clough, 2000, Whitaker, Archer & Hicks, 1998; Berridge, 2002; Parker, 1988). Daarnaast kan het betrekken van jongeren bij beslissingen over de zorg die zij krijgen en over hun dagelijks leven een positieve invloed hebben op hun zelfvertrouwen (Gilligan, 2000; 2001; Cashmore, 2002; Clough, 2000).

Harder (2011) verwijst in dit kader naar een studie van Palareti en Berti (2010). Zij namen vragenlijsten af bij 59 adolescenten in residentiële instellingen en vonden dat de communicatie met groepsleiders kon worden verdeeld in open, problematische en selectieve communicatie. Open communicatie stond voor het luisteren naar en begrijpen van de jongeren; problematische communicatie verwees naar conflicten tussen jongeren en groepsleiders en selectieve communicatie betekende dat jongeren hun gedachten en gevoelens eerder voor zichzelf hielden dan deze te delen met groepsleiders. Daarnaast vonden Palareti en Berti drie soorten routines die groepsleiders en adolescenten in de dagelijkse praktijk gebruikten. Relationele routines verwezen naar afspraken en communicatie tussen groepsleiders en adolescenten. Regulatieve routines sloegen op activiteiten die de dag/week van de jongeren organiseerden. Daarnaast waren er routines die verbonden waren aan het samenleven in een groep ('coexistence routines') zoals samen dineren. De jongeren gaven aan dat groeps werkers op dagelijkse basis meer aandacht voor hen hadden in termen van praktische ondersteuning dan in termen van aanmoediging of persoonlijke communicatie. Dit laatste blijkt juist erg belangrijk voor het welzijn van de jongeren.

Letten op veiligheid en onderlinge verhoudingen

Belangrijk voor een positieve cultuur is het creëren van een veilige omgeving (Abramovitz & Bloom, 2003; Morton, Clark & Peard, 1999; Scottish Institute for Residential Child Care, 2004). Dit houdt in dat er aandacht is voor goede verhoudingen onder jongeren onderling en bijvoorbeeld maatregelen worden genomen tegen pesten.

Programma's die zich richten op een positieve groepscultuur (zie verder paragraaf 3.2) worden ingezet om negatieve onderlinge beïnvloeding tegen te gaan.

Vooraf in groepen jongens met gedragsstoornissen blijkt snel een vorm van 'deviantietraining' te ontstaan: jongeren nemen probleemgedrag, zoals pesten, intimideren en bedreigen, van elkaar over (Dishion, McCord & Poulin, 1999). Deze zogenaamde deviantietraining wordt overigens niet consistent in verschillende studies gevonden. Handwerk en anderen (2000) benadrukken bijvoorbeeld dat in verschillende studies naar groepsbehandeling van antisociale jeugdigen wel positieve effecten zijn gevonden. Ook Mager, Milich, Harris en Howard (2005) vonden in hun studie geen negatieve effecten van het bij elkaar plaatsen van jongeren met gedragsproblemen. In deze studie werd de effectiviteit van probleemoplossende vaardigheidstraining onderzocht. Adolescenten

werden onderverdeeld in twee groepen. De ene groep bestond puur uit adolescenten met gedragsproblemen, de andere groep uit zowel adolescenten met als adolescenten zonder gedragsproblemen. In tegenstelling tot de hypothese over deviantietraining vertoonden adolescenten in de 'pure groep' na de interventie meer adaptief gedrag tijdens de sessies en scoorden zij lager op ouder- en leerkrachtbeoordelingen van externaliserend gedrag dan de adolescenten uit de gemixte groep. In de gemixte groepen trad wel deviantietraining op.

Ook Huefner en anderen (2009) onderzochten de mogelijke invloed van deviantietraining binnen 'treatment- focused' residentiele jeugdzorg. Zij deden onderzoek onder 712 jongeren (waarvan 247 met een gedragsstoornis) in een groot residentieel behandelprogramma en vonden geen bewijs voor deviantietraining. Lee en Thompson (2009) vonden wat bewijs voor 'peer contagion' in hun studie van administratieve gegevens binnen een nationale residentiele instelling, maar concluderen dat meer dan 90% van de jeugdigen geen toename in probleemgedragingen liet zien.

Onderzoek van Cawson (2005) naar het voorkomen van geweld in een dwarsdoorsnede van Engelse instellingen laat zien dat jongeren elkaar bijna alleen maar uitschelden en afbekken en dat de groepsleiders dat zien als iets dat nou eenmaal hoort bij deze groep. Zij hebben niet het idee dat jongeren er veel last van hebben, terwijl jongeren in het onderzoek vertellen er wél degelijk last van te hebben. Ook het slaan, schoppen en onderling dreigen blijkt heel gewoon. De helft van de jongeren maakt dit mee. Hoewel groepsleiders hier wel bij ingrepen, zagen zij het ook als onvermijdelijk. Seksueel geweld kwam gelukkig sporadisch voor, maar ook daar werden gevallen van gemeld.

Een vergelijkbaar onderzoek in eigen land is niet beschikbaar. Wel blijkt onder andere uit onderzoek van de Inspectie jeugdzorg in de justitiële jeugdinrichtingen (2007) dat er in een aantal inrichtingen sprake is van een hoog risico op onveilige situaties voor zowel jongeren als personeel. Diverse instellingen werden onder verscherpt toezicht geplaatst om de veiligheid in de gaten te houden. Anno 2010 is bij alle inrichtingen het verscherpt toezicht weer opgeheven. Wat er kan gebeuren blijkt uit het onderzoek van Van Binsbergen (2003) in één van de justitiële jeugdinrichtingen. Haar onderzoek richtte zich op de vraag of de behandelmotivatie van jongeren zich gedurende het verblijf ontwikkelt. Daartoe had zij diverse gesprekken met jongeren tijdens verschillende fasen van hun verblijf. Uit de eerste gesprekken kwam niet zoals verwacht naar voren dat jongeren boos waren over de plaatsing. Zij bleken vooral bang te zijn voor wat hen te wachten stond. Op basis van ervaringen in eerdere inrichtingen bleken zij bang voor pesterijen, mishandeling, seksueel misbruik, groepsdruk en machtsverhoudingen. In het onderzoek van Van Binsbergen zeggen jongeren hierover zelf dat de groepsleiding jongeren moet durven aanspreken en moet durven ingrijpen. Ze moeten duidelijk zijn, zodat de jongeren weten waar zij aan toe zijn.

Aandacht besteden aan het gezin

Harder (2011) concludeert op basis van verschillende empirische studies dat de gezinnen van jongeren relatief weinig betrokken worden bij de residentiele zorg (Baker, Blacher, & Pfeiffer, 1993; Van der Ploeg & Scholte, 2003). Daarentegen laat onderzoek zien dat het zorgen voor betrokkenheid van het gezin bij de behandeling de effectiviteit daarvan kan vergroten (Harder et al., 2006; Hair, 2005; Barth, 2005).

Sunseri (2001) vond bijvoorbeeld dat kinderen van 9 tot 17 jaar die meer contact hadden gehad met gezinsleden tijdens de residentiële behandeling, een grotere kans hadden op succesvolle afronding

van de behandeling. Ook Gorske, Srebalus en Walls (2003) vonden bewijs voor de relatie tussen ondersteuning en betrokkenheid van het gezin en afronding van het residentiële programma. Ondermeer op basis van deze resultaten concludeert Hair (2005) dat onderzoek voldoende heeft aangetoond er een positief verband is tussen regelmatige gezinsbezoeken en deelname aan gezinstherapie en succesvolle resultaten. Onderzoek in eigen land van Geurts (2010) 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.

Wanneer ouders niet in de behandeling worden betrokken is het volgens Chamberlain (2003) niet waarschijnlijk dat behandelresultaten ook in de thuissituatie behouden blijven. Clough (2006) benadrukt dat aandacht voor het gezin voor iedere jeugdige iets anders kan betekenen. Het is dan ook belangrijk individueel te bekijken of en hoe het gezin het beste betrokken kan worden. Zo heeft contact met mishandelende gezinsleden waarschijnlijk geen goede effecten op het kind. Ditzelfde benadrukken ook Sen en Broadhurst (2011) in hun narratieve review naar contacten van kinderen die uithuisgeplaatst waren met thuis. Zij vonden positieve invloeden van contact met gezinsleden en vrienden maar benadrukken het belang van het goed plannen en ondersteunen van dit contact en van oog hebben voor de individuele situatie van het kind.

Recentelijk is een aantal beschrijvende studies verschenen van residentiele zorg waarin meer aandacht is voor het gezin. McLendon et al (2012) geven bijvoorbeeld een beschrijving van de Family-Directed Structural Therapy (FDST) en Chance et al (2010) beschrijven de eerste uitkomsten van een aantal organisationele veranderingen (meer betrokkenheid van het gezin, sleutelpersonen die het kind kunnen ondersteunen) in een residentiele instelling voor tieners met ernstige emotionele en gedragsproblemen.

Ondersteuning bij deelname aan onderwijs en vrijetijdsbesteding

Clough en anderen (2006) geven aan dat het belangrijk is dat kinderen binnen de residentiële zorg dezelfde toegang hebben tot onderwijs, werk en vrije tijdsbesteding als leeftijdsgenoten. Dit versterkt gevoelens van normaliteit en stelt hen bovendien in staat eigenschappen als zelfvertrouwen en weerbaarheid op te bouwen (Martin & Jackson, 2002). Daarnaast bouwen de jongeren relaties op buiten de instelling. Dit sociale netwerk kan weer van belang zijn als vangnet wanneer de jongere de instelling verlaat (Newman, 2002). Het is ook belangrijk dat jongeren individuele ondersteuning krijgen bij het maken van keuzes op deze gebieden (Ward, 2004). Zo kan de jongere ondersteund worden bij het kiezen van activiteiten die passen bij zijn eigen wensen en capaciteiten.

Kwaliteit van leven

Knorth (2005) refereert aan onderzoek naar de kwaliteit van leven in de residentiële jeugdzorg van Israël van Wozner en anderen en van Davidson-Arad en anderen waaraan ruim 900 jeugdigen tussen de 6 en 14 jaar en meer dan 300 uitvoerend werkers deelnamen. Beide groepen werden ondervraagd over de kwaliteit van leven van de jeugdigen. De kwaliteit van leven werd geoperationaliseerd in vier dimensies: een fysiek-materiële, een psychische, een sociale en een culturele dimensie. Jeugdigen en hun hulpverleners bleken het redelijk eens te zijn over de mate van welbevinden op sociaal en cultureel gebied. De jeugdigen beoordeelden de fysiek-materiële dimensie positiever dan de medewerkers, maar bleken negatiever over hun psychisch welbevinden dan de

hulpverleners. Naar aanleiding hiervan vragen de auteurs zich af of medewerkers zich wel voldoende realiseren met welke internaliserende problemen jeugdigen kampen. Knorth pleit er voor om de kwaliteit van leven nadrukkelijker mee te nemen in het beoordelen van de residentiële zorg.

Onderzoek in Nederland

Onderzoek in Nederland biedt ondersteuning voor bovengenoemde taken van groepsleiders. Recentelijk verrichtte Van der Helm (2011) een aantal crossectionele studies naar het leefklimaat bij jongeren en medewerkers in de gesloten jeugdzorg. De studies vonden plaats in Forensisch Centrum Teylingereind. Hij vond dat de belangrijkste indicatoren voor een open en ondersteunend leefklimaat waren:

1. 'Steun'; responsiviteit van de pedagogische medewerker (aandacht voor de jongere als deze dat nodig heeft, het gevoel hebben dat pedagogisch medewerkers te vertrouwen zijn, complimentjes en ondersteuning bij problemen).
2. 'Groei'; leren en zingeving, werken aan een beter toekomstperspectief (dat wat jongeren leren heeft zin en geeft een perspectief op een beter leven).
3. 'Repressiviteit' en gebrek aan structuur; met name wanneer jongeren ervaren dat regels oneerlijk en onconsequent worden toegepast en ze geen uitleg krijgen ervaren de jongeren het leefklimaat als negatief.
4. De 'atmosfeer' tussen jongeren onderling; het is belangrijk dat jongeren elkaar kunnen vertrouwen en bijvoorbeeld geen spullen worden gestolen, drugs verhandeld of wordt gepest.

In verschillende studies onder de jongeren in de gesloten instelling vond van der Helm onder meer dat een open en ondersteunend leefklimaat bijdraagt aan een grotere behandelmotivatie, een hogere interne locus of control (de mate waarin jongeren de gevolgen van hun daden aan zichzelf of aan anderen toeschrijven), en een actieve manier van coping. Een repressief klimaat was daarentegen gerelateerd aan meer passieve vormen van coping als vermijding. De open leefklimaatvariabelen 'responsiviteit' en 'atmosfeer' hadden een positieve relatie met de cognitieve empathieontwikkeling van de jongeren. Daarnaast bleek er een relatie tussen een open leefklimaat en de stabilisatie van persoonlijkheidsproblemen. De studies van Van der Helm doen dan ook de suggestie dat een open leefklimaat een positieve invloed kan hebben op de ontwikkeling van jongeren. Jongeren gaven daarnaast zelf aan dat individuele pedagogisch medewerkers een grote invloed hebben op het klimaat (Van der Helm, Klapwijk, Stams & van der Laan, 2009).

2.2 Vaardigheden van groepsleiders

Belangrijk voor inzicht in de benodigde vaardigheden van groepsleiding is het onderzoek van Van den Berg (2000). Zij observeerde en filmde de interacties tussen groepsleiders en jeugdigen in vier leefgroepen.⁴ Twee leefgroepen waren gericht op het bieden van structuur, twee anderen op het bieden van emotionele en affectieve steun. De verwachting was dat de groepsleiding in beide groepen anders handelde. Het onderzoeksmateriaal liet zien dat het handelen van de groepsleiding in beide groepen te ordenen was op twee dimensies: onderlinge genegenheid met als polen vriendelijkheid en vijandigheid, en onderlinge afhankelijkheid met als polen autonomie en controle. Ondanks het verschil in opzet van de leefgroep bleken er meer overeenkomsten dan verschillen tussen groepsleiding van beide groepen te bestaan. De groepsleiding bleek vooral te handelen op basis van

⁴ Gefilmd werd de interactie tussen één groepsleider en één kind tijdens de 'vrije' tijd.

een eigen persoonlijke stijl en veel minder op basis van een bepaalde methodiek (Knorth, in: Harder et al., 2009, pp. 113).

Dit laatste blijkt ook uit onderzoek van Wigboldus (2002). Zij deed onderzoek in een instelling waarvan medewerkers getraind werden aan de hand van de Interactiewijzermethodiek, zoals ontwikkeld door Verstegen en Lodewijks (1999). Centraal in deze methodiek staat de zogenaamde Interactieroos van Leary waarin een ordening is aangegeven van interpersoonlijke gedragingen in stijlen van reageren op elkaar. Uitgangspunt is dat elke opvoeder en dus ook elke groepsleider een eigen manier van reageren heeft en daarmee een eigen pedagogische stijl. Een soepele, tolerante groepsleider roept op dat jongeren in de groep meer initiatief tonen en zich gelijkwaardig aan de groepsleider gedragen. Zo'n groepsleider vindt het vaak lastig om constructief te reageren op conflicten. Een strenge groepsleider zal meer volgzaam of juist opstandig gedrag oproepen.⁵ Niet alleen roept het gedrag van jongeren in de leefgroepen bepaald gedrag van de groepsleiding op, omgekeerd reageren jongeren ook op gedrag van de groepsleiding. Problematisch gedrag kan in stand gehouden worden doordat negatief gedrag negatieve reacties oproept. Een beroepsopvoeder zou zo'n negatieve interactie moeten kunnen ombuigen door bewust een bepaalde reactie te kiezen. Dat is echter niet eenvoudig. Iedereen heeft een eigen voorkeursstijl in het omgaan met anderen. Voor succesvol opvoeden is het nodig dat iemand in staat is de voorkeursstijl te verlaten als dat in een bepaalde situatie nodig is. De stijl dient afgestemd te zijn op wat de jongeren die in de inrichting opgenomen zijn nodig hebben. Het voert te ver om hier de verschillende mogelijkheden uit te werken. In het boek van Verstegen en Lodewijks wordt voor acht veel voorkomende situaties een pedagogische aanpak uitgewerkt.

Het onderzoek van Wigboldus laat zien dat een juiste uitvoering van deze pedagogische aanpak in de praktijk lastig is. Groepsleiders blijken eerder gericht te zijn op het afzwakken van ongewenst gedrag dan op het gericht stimuleren van gewenst gedrag. Hun reactie is er vooral één van corrigeren en inperken en is gericht op ordehandhaving. Zij blijken onvoldoende te beseffen dat zij door hun eigen gedrag en houding jongeren kunnen stimuleren om gewenst gedrag te vertonen. Ook beschikt de groepsleiding over onvoldoende vaardigheden om dat te doen. De nadruk ligt op het aangaan van een persoonlijke relatie met de jongere. Als een jongere niet vanzelf openstaat voor begeleiding is het risico groot dat de groepsleiding reageert met boosheid, teleurstelling en onmacht.

Uit een onderzoek van Schuengel en anderen (2006) blijkt dat ook de hechtingsrelaties van jongeren en groepsleiders een rol spelen in de onderlinge interactie. Een kind kan veilig of onveilig gehecht zijn. Een onveilige hechting of hechtingsproblemen kunnen ontstaan als het kind niet voldoende gelegenheid krijgt om emotionele banden te vormen, bijvoorbeeld als het regelmatig andere verzorgers krijgt. Het genoemde onderzoek werd verricht in een open justitiële behandelinrichting voor jongeren. Maar bij een klein deel van de opgenomen jongens en meisjes bleek er sprake te zijn van een veilige hechting. Ook bij een deel van de groepsleiding was sprake van een onveilige gehechtheid. Dit heeft gevolgen voor de onderlinge interactie. Hoe onveiliger gehecht jongeren zijn, hoe minder zij in de inrichting een beroep doen op mentoren voor steun en troost en advies, hoe minder contact zij zoeken en hoe vijandiger hun gedrag. Zijn de mentoren zelf veilig gehecht dan is er sprake van meer ondersteuning en communicatie. Zijn zij echter zelf onveilig gehecht, dan is er meer sprake van vermijding en van het strakker hanteren van de regels.

⁵ In het boek van Verstegen & Lodewijks (1999) gaat het over leerkrachten.

Goed reageren op het gedrag van deze jongeren en hun gedrag begrijpen vraagt van groepsleiding een sensitieve houding. De eigen gehechtheid van groepsleiders bepaalt mede hoe goed zij in staat zijn om die sensitiviteit op te brengen. Naast kennis en vaardigheden speelt daarmee ook de eigen persoonlijkheid een belangrijke rol in het handelen van de groepsleiding.

Op basis van een uitgebreide literatuurstudie concludeert Harder (2011) dat een positieve relatie tussen de jeugdige en groepsleiders/docenten in de residentiële jeugdzorg positieve uitkomsten voor de jeugdige voorspelt. Zo liet Zegers (2007) bijvoorbeeld zien dat adolescenten die een hoge mate van emotionele en sociale steun ervoeren van groepsleiders, minder delinquent gedrag vertoonden. Adolescenten die minder ondersteuning ervoeren, lieten juist meer delinquent gedrag zien. Ook het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie lijkt van belang (Holmqvist et al., 2007). Zowel Harder als van der Helm (2011) benadrukken echter dat het ontwikkelen van zo'n positieve relatie lastig kan zijn. Er is vaak sprake van veel en zware problemen bij de jongeren, een lage behandelmotivatie en negatieve verwachtingen. Daarnaast concludeert ook Harder dat groepsleiders geneigd zijn om primair te vertrouwen op hun eigen persoonlijke stijlen en intuïtie. De methoden die zij gebruiken in hun contacten met jongeren en ouders verschillen daarom van de methoden die in theorie het beste gebruikt zouden kunnen worden (Andersson & Johansson, 2008). Zeker bij jongeren met moeilijker gedrag passen groepsleiders eerder een controlerende aanpak toe (Lipsey, 2009). Deze controlerende aanpak heeft vervolgens een negatieve invloed op de kwaliteit van hun relatie met de jongere en kan weer van invloed zijn op het effect van de behandeling. Uit onderzoek van Van der Helm (2011) onder 59 pedagogisch medewerkers op de leefgroepen van Forensisch Centrum Teylingereind blijkt bijvoorbeeld dat veel pedagogisch medewerkers zelf niet overtuigd zijn van de invloed die zij kunnen hebben op jongeren. Tevens bleek dat pedagogisch medewerkers vaak bang waren voor agressie op de groep en daardoor strakker optraden naar de jongeren.

Op basis van de literatuur concludeert Harder dat het van belang is bij het opbouwen van een relatie met jongeren met zware emotionele en gedragsmatige problemen een goede balans te vinden tussen empathie en emotionele steun enerzijds en een goede samenwerkingsrelatie, die zich richt op de taken en doelen van de behandeling, anderzijds. Het bieden van een standvastig (maar niet hard) therapeutisch klimaat in combinatie met consistente (maar niet opdringerige) emotionele ondersteuning biedt de beste kansen voor de ontwikkeling van jongeren.

Om tot een dergelijk therapeutisch klimaat te komen moet er volgens Harder (2011) meer bewustzijn komen bij groepsleiders over hun persoonlijke stijlen en beperkingen in het contact met jongeren en hun ouders. Meer training en supervisie van groepsleiders en docenten, zodat zij beter voorbereid zijn op het werken met deze jongeren, is daarom van belang.

Harder (2011) verrichtte zelf ook een empirisch onderzoek naar de kwaliteit van de relatie tussen 135 jongeren en medewerkers (groepsleiders en docenten) in de gesloten residentiële jeugdzorg en naar factoren die samenhangen met een goede relatie. De resultaten laten, in strijd met de verwachting, zien dat jongeren, groepsleiders en docenten twee maanden na opname van jongeren in de instelling een beperkte affectieve band ervaren in hun relatie. Dit kan te maken hebben met het moment van dataverzameling (relatief kort na de opname, waardoor er mogelijk nog niet voldoende tijd is geweest om een affectieve band op te bouwen). De jongeren zijn wel geneigd om de groepsleiders en docenten als een veilige hechttingsfiguur te gebruiken, wat suggereert dat een affectieve band geen voorwaarde is voor jongeren om medewerkers te ervaren als een veilige basis. Deze bevinding komt overeen met resultaten van Holmqvist en anderen (2007) die laten zien dat een

samenwerkingsrelatie tussen groepsleiders en jongeren (groepsleiders die een duidelijke focus op werk of taken hadden) meer van invloed was op het behandelsucces dan het ervaren van een wederzijdse, affectieve band.

2.3 Standaarden

In de meeste standaarden komen dezelfde punten aan de orde als die hierboven op basis van onderzoek beschreven zijn. Standaardeisen voor de taken van de groepsleiding en de vaardigheden die groepsleiding zijn:

- aandacht voor individualiteit en normaliteit;
- het beheersen van het gedrag van de medebewoners en groepsleiding door het bieden van een veilige omgeving, de wijze van bejegening van de jongere door de groepsleiding en gedragsregulering;
- het betrekken van de jongere en het gezin bij de besluitvorming;
- aandacht voor diverse leefgebieden zoals onderwijs, sociaal netwerk, gezondheid, vrije tijd, financiën en werk;
- aandacht voor andere zaken zoals gezondheid, voeding en het uiterlijk.

Bij het bieden van een veilige omgeving gaat het om het voorkomen van diverse mogelijke vormen van geweld, zoals pesten of (seksueel) geweld. Zo stelt de Welse standaard voor het tegengaan van pesten dat 'kinderen beschermd zijn tegen pesten en profiteren van een atmosfeer waar bekend is dat pesten niet geaccepteerd wordt' (Wales, standaard 30). Daarnaast luidt één van de standaarden van New South Wales (Australië): 'Er zijn richtlijnen en specialistische trainingen voor direct verzorgend personeel en verzorgers om de kans te minimaliseren dat kinderen en jongeren geschaad worden of emotioneel, fysiek of seksueel misbruik ondervinden' (New South Wales, Australië, standaard 3.1.9).

Alle standaarden gaan in op de wijze waarop de groepsleiding de jongere bejegt. In sommige standaarden staat bijvoorbeeld dat de groepsleiding ondermeer naar jongeren moet luisteren. Eén van de Nederlandse Q4C standaarden luidt: 'Pleegouders en professionals luisteren naar jongeren en nemen hen serieus' (Q4c Nederland, standaard 12).

In nagenoeg alle standaarden komt individualiteit aan de orde doordat wordt beschreven hoe voldaan moet worden aan de zeer speciale en individuele behoeften van jongeren in - residentiële - instellingen. In de Engelse standaarden wordt bijvoorbeeld gesproken van 'ondersteuning aan individuele kinderen' (Engeland, standaard 8). Ook in andere standaarden is aandacht voor individualiteit, bijvoorbeeld omdat er in staat dat er aandacht besteed moet worden aan de specifieke behoeften en achtergrond van de jongeren op specifieke gebieden. Zo staat in de Ierse standaarden: 'Jongeren worden verzorgd op zo'n manier dat hun wensen, voorkeuren en hun individualiteit worden gerespecteerd en dat daar rekening mee wordt gehouden' (Ierland, standaard 6.1).

Ook voor andere belangrijke punten zijn standaarden opgesteld, zoals:

- Het voorbereiden op overplaatsingen: zo staat in de Schotse standaarden over verhuizen: 'Je weet dat personeelsleden sensitief omgaan met elke verhuizing. Ze nemen de tijd om naar je zorgen te luisteren, jouw vragen te beantwoorden en je advies te geven als je dat nodig hebt' (Schotland, standaard 17).

- Het betrekken van de jongere bij de besluitvorming over de geboden zorg: de Europese Q4C standaarden zijn geclusterd naar de verschillende fasen in het zorgproces en in elke fase gaat één standaard expliciet over dit onderwerp. Zo luidt één van de standaarden van de zorgverleningsfase: ‘het kind wordt in staat gesteld actief te participeren in het nemen van beslissingen die zijn leven direct kunnen beïnvloeden’. Het betrekken van jongeren bij de besluitvorming over de hen geboden zorg of hun leven komt ook in alle andere standaarden aan de orde. Zo luidt de Engelse standaard op dit punt: ‘jongeren worden aangemoedigd en ondersteund om beslissingen te nemen over hun leven en over de manier waarop het tehuis wordt geëxploiteerd. Van geen enkel kind wordt verondersteld dat het zijn standpunten niet kan uiten’ (Engeland, standaard 8).
- Het behouden van contact met familie en gezin van herkomst: ‘Jeugdigen kunnen contact (onder)houden met familie en vrienden’ (Q4C NL, standaard 10) en ‘jeugdigen krijgen de mogelijkheid in contact te komen met leeftijdgenoten in een vergelijkbare situatie’ (Q4C NL, standaard 15).
- Aandacht besteden aan de gezondheid van jeugdigen. In een standaard van New South Wales staat: ‘Alle kinderen en jongeren die niet thuis wonen hebben toegang tot adequate gezondheidszorg zodat hun gezondheidsbehoeften regelmatig gemonitord worden en naar hen wordt geluisterd’ (New South Wales, standaard 3.4). Daarnaast stelt de Engelse standaard dat roken en drinken door jongeren actief ontmoedigd moet worden (Engeland, standaard 12.6). In de Schotse standaarden gaat het over ondersteuning van de jongeren bij het gebruik van internet.

2.4 Kenmerken van goede orthopedagogische basiszorg

Op basis van de in dit hoofdstuk gepresenteerde informatie concluderen we dat vijf elementen van belang zijn voor het bieden van kwalitatief goede orthopedagogische basiszorg:

1. Aandacht voor en het stimuleren van de normale ontwikkeling van jeugdigen. Dat kan door het stimuleren en ondersteunen van de deelname aan onderwijs, vrijetijdsbesteding, sport en werk. En door het bieden van een zo normaal mogelijk dagelijks leven, zonder daarbij de speciale behoeften van de jeugdigen uit het oog te verliezen.
2. Oog voor de fysieke gezondheid van jeugdigen. Dat kan bijvoorbeeld door het ontmoedigen van roken en alcohol of druggebruik en het helpen bij gezond internetgebruik. En door het bieden van een adequate toegang tot de gezondheidszorg.
3. Aandacht voor jeugdigen als individu in plaats van als groepslid. Dat kan door jeugdigen serieus te nemen en tijd te nemen om naar jeugdigen te luisteren en er voor hen te zijn.
4. Een veilige omgeving en dus het voorkomen van pesten en onderling verbaal en fysiek geweld.
5. Aandacht voor het gezin van herkomst en de relatie tussen jeugdigen en hun ouders, bijvoorbeeld door er voor te zorgen dat een jeugdige contact kan onderhouden met vrienden en familie. Het kan ook betekenen dat er hulp en begeleiding voor de ouders nodig is. Het is van belang om per individuele jeugdige te beoordelen of, hoe en met welke intensiteit er contact met het gezin van herkomst wenselijk is.

Om kwalitatief goede orthopedagogische basiszorg te kunnen bieden blijkt het noodzakelijk dat groepsleiders:

- zich bewust zijn van het feit dat zij professionele opvoeders zijn en overeenkomstig handelen;
- handvatten of richtlijnen krijgen voor hun dagelijks handelen als beroepsopvoeder: voor specifiek opvoeden, voor het bewust afwijken van de eigen pedagogische stijl in reactie op het gedrag van jeugdigen en voor het hanteren van gedrag dat voortkomt uit onveilige hechting;
- handvatten of richtlijnen krijgen voor het omgaan met de groepsdynamische aspecten van het werken in een leefgroep;
- handvatten of richtlijnen krijgen om de veiligheid van jeugdigen en personeel te kunnen garanderen.

3 Toepassing van interventies

De beschikbare literatuur over de effectiviteit van de residentiële zorg is onder te verdelen in vier soorten. Op de eerste plaats is er onderzoek beschikbaar naar de uitkomsten van de residentiële zorg in het algemeen. Het tweede type onderzoek gaat over instellingen voor jeugdigen met emotionele- en gedragsproblemen of gedragsstoornissen, al dan niet in combinatie met delinquent gedrag. In dit onderzoek wordt niet zozeer een specifieke aanpak onderzocht, als wel gekeken naar de uitkomst van residentiële zorg voor deze doelgroep. Daarbij wordt vaak globaal aangegeven welke aanpak een instelling hanteert (zie o.a. Boendermaker et al., 2006). Het is niet verwonderlijk dat er relatief veel onderzoek naar deze specifieke groep gedaan is, omdat bekend is dat het voornamelijk deze jeugdigen zijn die in de residentiële jeugdzorg terechtkomen (Harder et al., 2006). Ten derde is er onderzoek gedaan naar aanpakken of interventies die in leefgroepen toegepast worden. Tot slot is er onderzoek beschikbaar naar de toepassing van individuele interventies binnen een instelling. Vooral deze laatste twee soorten onderzoek leveren aanwijzingen op voor de cure die de instellingen leveren.

3.1 Uitkomsten van residentiële zorg in het algemeen

Effecten op ontwikkeling van jonge kinderen

Recentelijk zijn een aantal overzichtsstudies verschenen waarin aandacht is voor de invloed van residentiele zorg op de ontwikkeling van jonge kinderen. Johnson, Browne en Hamilton-Giachritsis (2006) geven een overzicht van onderzoeken naar de effecten van een plaatsing in een residentiële instelling. In de overzichtsstudie zijn 27 onderzoeken meegenomen die kinderen in een residentiële instelling vergeleken met thuiswonende kinderen of kinderen die in een pleeggezin geplaatst waren. Het soort residentiele plaatsingen dat werd bekeken varieerde, zo werden ook onderzoeken naar Roemeense kindertehuizen meegenomen. Standaarden van zorg varieerden dan ook sterk tussen de instellingen wat het trekken van conclusies bemoeilijkt. Desalniettemin blijkt uit het overzicht dat vooral jonge kinderen een groot risico lopen op allerlei problemen in hun ontwikkeling wanneer zij in een residentiële instelling worden geplaatst. Kinderen tot 4 jaar die in een residentiële instelling verblijven, blijken aanzienlijke achterstanden in hun ontwikkeling op te lopen, waaronder groei-, gehoor- en zichtproblemen, achterstanden in motorische vaardigheden, gezondheidsproblemen, fysieke problemen. Een overzichtsstudie van Sutton en Mannes (2011) laat ook zien dat residentiële zorg negatieve effecten kan hebben op jonge kinderen. Ook in dit overzicht werden diverse soorten residentiele instellingen meegenomen, waaronder Roemeense kindertehuizen. Zij concluderen op basis daarvan dat jonge kinderen in de residentiële zorg meer internaliserende stoornissen, zoals depressie en angststoornissen hebben. Ook kampen zij vaker met externaliserende stoornissen, zoals ADHD, agressie en antisociaal gedrag. Verblijf in de residentiële zorg heeft volgens de onderzoekers bovendien een langdurig negatief effect op het functioneren van de hersenen. Kinderen blijken echter ook veerkrachtig: zelfs een korte periode in een pleeggezin blijkt negatieve effecten van een verblijf in de residentiële zorg te verminderen.

Effecten op probleemgedrag en functioneren

Studies die in ons land zijn gedaan naar de situatie van jongeren bij vertrek uit de instelling, laten zien dat de problemen door het verblijf verminderen. De problemen zijn daarmee echter niet verdwenen en niet bij alle opgenomen jeugdigen is sprake van verbetering. Harder en anderen (2006) laten op basis van hun overzicht van internationaal onderzoek op residentieel terrein zien dat, afhankelijk van het onderzoek dat bekeken is, bij ongeveer 20 tot 40 procent van de jeugdigen de problemen niet afnemen en dat bij een klein deel de situatie zelfs verslechtert. Harder (2011) concludeert op basis van een meta-analyse van studies uit 1990-2005 naar de uitkomsten van residentiële zorg dat de invloed van residentiële zorg op algemeen en externaliserend probleemgedrag middelgroot tot groot is ($d=.60$). De invloed op internaliserend probleemgedrag is kleiner ($d=.45$).

Een recente meta-analyse van De Swart en collega's (2012) laat zien dat residentiële zorg in het algemeen niet zoveel effect heeft ($d=.13$). De zorg heeft meer effect als er cognitieve gedragstherapie in de behandeling wordt geboden ($d=.52$). Toevoeging van sociale vaardigheidstraining bleek geen effect te hebben, maar hetzelfde effect als de gebruikelijke residentiële zorg te hebben.

Bij jeugdigen die **voortijdig** uit de residentiële zorg vertrekken, wat in ongeveer een vijfde tot de helft van de gevallen het geval is, zijn de resultaten minder gunstig dan bij jeugdigen die volgens plan vertrekken. Het risico op voortijdige beëindiging neemt toe bij jongeren die een geschiedenis hebben van weglopen en spijbelen, die een relatief hoge delictfrequentie kennen, en die vóór opname al meerdere verblijfplaatsen en hulpverleners hebben meegemaakt. De ernst van de gedragsproblemen blijkt ook gerelateerd aan de kans op voortijdig vertrek en dat geldt ook voor de leeftijd: hoe ouder bij opname, hoe ernstiger gemiddeld genomen de problemen zijn en hoe hoger de kans is op voortijdige beëindiging van de plaatsing (Ten Brummelaar et al., 2011). Daarnaast lijken uitkomsten bij voortijdige uitval vooral slechter bij jongeren die ongemotiveerd zijn voor behandeling, ontoegankelijk zijn voor de staf en die problematisch gedrag laten zien tijdens de zorg (Harder, Kalverboer, & Knorth, 2011; Van der Ploeg, Scholte, & Berg, 2000; in: Harder, 2011).

Verschillende factoren kunnen van invloed zijn op het resultaat van residentiele behandeling. Zo vonden Den Dunnen en collega's (2012) in hun studie onder 170 jeugdigen met complexe problematiek onder andere dat jeugdigen die voorafgaand aan de behandeling minder internaliserende en externaliserende problemen hadden, 2 jaar na afloop van de behandeling beter functioneerden. Jeugdigen die voorafgaand aan de behandeling al beter op school presteerden hadden ook de grootste kans om na afloop weer onderwijs te volgen. Gezinnen van jeugdigen waarbij voorafgaand aan de behandeling al sprake was van een beter gezinsfunctioneren deden het ook na de behandeling beter. Deze zogenaamde 'pre treatment' factoren kunnen de effecten van residentiele zorg beïnvloeden. Ten Brummelaar en collega's (2011) vonden in hun literatuurstudie dat factoren als veerkracht van de jongere en het hebben van ondersteunende ouders een belangrijke rol spelen bij het opbouwen van een zelfstandig leven na vertrek uit de instelling. Zij vonden eveneens dat jongeren met ernstige, chronische problemen meer moeilijkheden ervaren bij en na het verlaten van de zorg. Dit geldt ook voor jongeren zonder schooldiploma, allochtone jongeren en gehandicapte jongeren. Daarnaast bleken problemen in het gezin (bijvoorbeeld drugsgebruik of psychische problemen bij de ouders) van invloed op de situatie na vertrek (Dumaret et al., 2009; Stein, 2006; in: Ten Brummelaar et al., 2011). Lee, Chmelka en Thompson (2010) vonden juist dat de belangrijkste voorspeller van de uitkomsten van residentiele jeugdzorg het gedragspatroon **tijdens**

de zorg was. Veranderingen in het probleemgedrag gedurende de zorg bleek de belangrijkste voorspeller voor uitkomsten na het vertrek van de jeugdige.

De omstandigheden waarin een jeugdige na vertrek terecht komt, blijken ook van groot belang voor het functioneren van de jeugdige (Harder et al., 2006). Hair (2005) concludeert in haar review dat bij het vertrek uit de residentiële instelling, residentiële zorg effectief lijkt, maar dat op de langere termijn, als bewoners eenmaal in een minder restrictieve omgeving wonen, het behandel-effect lijkt af te nemen. Het behouden van de resultaten na vertrek uit de instelling hangt volgens Hair met drie factoren samen: de mate waarin het gezin van de bewoner is betrokken bij het behandelproces voor vertrek, de stabiliteit van de plek waar het kind of adolescent na vertrek gaat wonen en de beschikbaarheid van nazorg voor het kind of de adolescent en het gezin (Burns, Hoagwood & Mrazek, 1999; Frensch & Cameron, 2002).

Harder (2011) onderzocht de kwaliteit van leven, leefomstandigheden en de sociale context van jongeren ($n = 26$) een jaar na vertrek uit de gesloten instelling. Daarnaast verzamelde zij gegevens over recidive ($n = 199$). De resultaten laten zien dat er redelijk positieve uitkomsten behaald kunnen worden. Zo was er sprake van een afname in het probleemgedrag en het aantal delinquente vrienden van de jongeren. De interviews met de adolescenten laten geen significante verschillen in delinquent gedrag of middelenmisbruik zien, maar indiceren wel een algemene afname in zowel delinquentie als middelenmisbruik. Deze bevinding komt volgens Harder overeen met andere studies die laten zien dat delinquent gedrag van adolescenten verminderd kan worden door residentiële zorg, maar dat de bereikte vermindering (9-12%) relatief klein is (Grietens & Hellinckx, 2004; Lipsey & Wilson, 1998). Het komt ook overeen met onderzoek dat laat zien dat behandeling van middelenmisbruik in de residentiële zorg leidt tot minder middelenmisbruik, maar dat jongeren vaak wel middelen blijven gebruiken (Garner, Godley, Funk, Dennis & Godley, 2007). De adolescenten zijn een jaar na vertrek uit de instelling minder tevreden over hun financiële situatie, vrije tijd, sociale participatie en leefsituatie dan voorafgaand aan de opname. Meer studies laten zien dat jongeren na de residentiële zorg vaak problemen hebben met school, werk of vrije tijd (Bullis & Yovanoff, 2006; Bullock et al., 1998; Van der Ploeg & Scholte, 2003). Een derde van de adolescenten is nog in residentiële zorg, bijna de helft woont weer bij de ouders thuis en maar weinig adolescenten wonen op zichzelf. Bij meer dan een derde van de adolescenten was daarnaast sprake van recidive. In tegenstelling tot de verwachting bleken het voortijdig vertrekken uit de gesloten zorg en het krijgen van nazorg niet gerelateerd aan recidive. Delinquent gedrag voorafgaand aan de opname in de residentiële instelling bleek wel een belangrijke voorspeller van recidive. Deze bevinding komt overeen met andere studies waarin delinquent gedrag voorafgaand aan de opname een van de meest belangrijke factoren blijkt voor recidive (Abrams et al., 2008; Cottle et al., 2001).

Harder (2011) verrichtte tevens een review om meer inzicht te krijgen in de uitkomsten van nazorg na vertrek uit een residentiële instelling. Op basis van de studies in de review (Biehal & Wade, 1996; Sinclair, Baker, Wilson, & Gibbs, 2005; Stein & Munro, 2008) geeft zij aan dat jongeren die de residentiële jeugdzorg verlaten in 1 van 3 groepen vallen:

- De eerste groep, *those moving on*, heeft baat gehad bij de zorg en beschikt over voldoende veerkracht om de eisen die het leven aan hen stelt vaardig tegemoet te treden.
- De tweede groep, de *survivors*, ondervindt meer moeilijkheden bij en na het verlaten van de zorg. Deels door de steun van een sociaal netwerk kunnen ze zich toch redden.
- De laatste groep, de *strugglers*, ervaart tijdens en na het verlaten van de zorg veel moeilijkheden. *Strugglers* hebben merendeels een zeer problematische opvoedingssituatie

gehad en kampen met onthechting. Ze kennen veel emotionele en gedragsproblemen, die tot ver in hun volwassen jaren kunnen optreden.

De *strugglers* zijn blijvend aangewezen op ondersteuning en zorg. Maar ook *those moving on* en de *survivors* hebben begeleiding nodig bij het opbouwen van een leven na de residentiele behandeling. Wel kan de begeleiding voor hen korter en minder intensief zijn dan voor *strugglers* (Stein, 2006; Ten Brummelaar et al., 2011).

Nazorg biedt een aanknopingspunt voor het verbeteren van de situatie van deze jongeren na afloop van de residentiele jeugdzorg. Studies naar de uitkomsten van nazorg laten zien dat deze positieve uitkomsten kan hebben (Harder, Kalverboer & Knorth, 2011). Het trekken van conclusies wordt echter bemoeilijkt door de zwakke onderzoeksdesigns van de studies. Programma's zijn vaak niet goed beschreven en het is ook niet duidelijk op welke theoretische principes ze zijn gebaseerd. De huidige stand van het onderzoek doet de suggestie dat nazorg in de praktijk van onvoldoende kwaliteit is om ook daadwerkelijk effecten op de lange termijn te bewerkstelligen (Harder, 2011). Jeugdigen die nazorgprogramma's voltooiën lijken beter af dan jeugdigen die nazorg voortijdig verlaten. Daarbij hangt de ernst van de problematiek bij de jeugdigen vaak samen met het gebruik van nazorg. Nazorgdiensten voor jongeren met delinquent gedrag laten namelijk slechtere uitkomsten zien dan nazorg voor jongeren met bijvoorbeeld emotionele- en gedragsproblemen. Geen van de studies die Harder heeft bekeken in haar review is gericht op gezinsgerichte nazorg, ondanks het feit dat juist deze vorm van nazorg de langere termijn uitkomsten van residentiële zorg kan verbeteren. Harder benadrukt dat verschillende gezinsgerichte programma's zoals Multi Systemic Therapy (MST) en Functional Family Therapy (FFT) geschikt zouden kunnen zijn voor gezinsgerichte nazorg, maar onderzoek moet uitwijzen of dit het geval is.

Er zijn in Nederland verschillende interventies die ingezet kunnen worden om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van jongeren te bevorderen na het verlaten van een residentiele instelling. In de 'Handreiking interventies kwetsbare jongeren' (Waltz, van Ommeren, Stroeker, Bokdam, Bourdrez en Ince, 2011) worden goede invalshoeken, werkwijzen en methoden genoemd om kwetsbare jongeren – waaronder jongeren die residentiele instellingen verlaten – naar participatie en/of betaald werk toe te leiden. In de handreiking wordt weergegeven hoe intensieve, individuele begeleiding op maat voor deze doelgroep eruit zou kunnen zien. Succesfactoren zijn:

- Diversiteit en flexibiliteit; een traject samenstellen dat optimaal aansluit bij behoeftes, wensen en (on)mogelijkheden van individuele jongere.
- Positieve insteek; kijken naar de mogelijkheden van jongeren.
- Een vaste begeleider (en vertrouwenspersoon) die outreachend werkt, zich inleeft in de jongere, de juiste aansluitingen kan vinden.

De concrete invulling van de individuele begeleiding verschilt per project. Toch zijn er een aantal vaste elementen te onderscheiden van intensieve begeleiding naar zelfstandigheid.

1. Probleem, doelen en plan vaststellen.
2. Jongeren motiveren.
3. Training van vaardigheden (bijvoorbeeld agressieregulatie, sociale vaardigheden of werknemersvaardigheden).
4. Praktische hulp bij het zoeken van werk, regelen van inkomen of vinden van onderdak
5. Voortgangsbewaking en toezicht op nakomen afspraken



6. Nazorg

Een voorbeeld van een programma voor intensieve begeleiding op maat in Nederland is het *Buitenprogramma Work-Wise*. Dit programma biedt individuele trajectbegeleiding aan jongeren van 15-23 jaar die na een verblijf in een (Justitiële) Jeugdinstelling terugkeren in de samenleving. Doel is terugdringen van recidive door middel van het bereiken van een stabiele school- en/of werksituatie. Versterken van competenties op het gebied van arbeid en school (positieve werkhouding, positieve omgang met klasgenoten, leerkrachten, collega's en leidinggevenden en een positieve oriëntatie op de toekomst) staat centraal. Het specifieke aanbod wordt afgestemd op de behoeftes en mogelijkheden van de jongere. Het Buitenprogramma Work-Wise is erkend door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. Dit betekent dat de aanpak van de interventie goed is onderbouwd en dat aannemelijk is dat met de aanpak de beoogde doelen behaald zullen worden (Waltz et al., 2011). Andere erkende interventies die ingezet kunnen worden om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van jongeren te bevorderen na het verlaten van een residentiële instelling zijn Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer (NPT) en Nieuwe Perspectieven bij terugkeer voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (NPT-LVB). NPT is een interventie voor jeugdigen van ongeveer 12 tot 23 jaar die zijn vastgelopen of dreigen vast te lopen en maatschappelijke overlast veroorzaken, hetgeen zich uit in (de neiging tot) delinquent gedrag. De interventie biedt kortdurende (3 maanden), intensieve begeleiding en geeft jeugdigen "nieuwe perspectieven" op de verschillende leefgebieden waar zij problemen hebben, zoals huisvesting, gezondheid, gezinsleven en vrienden en beheer van financiën.

Naar het functioneren van het gezin van opgenomen jeugdigen wordt overigens weinig onderzoek gedaan. De enige twee studies die hiernaar in eigen land zijn gedaan (Ten Brink, 1998 en Jansen & Oud, 1993; in: Boendermaker, Harder et al., 2006, pp. 47) laten zien dat er tijdens het residentiële verblijf van hun kind weinig verandert in het gezin van herkomst. Dit is opmerkelijk, aangezien veel van de jongeren na het verblijf in de residentiële instelling terug naar huis gaan.

3.2 Uitkomsten van programma's bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen

Internationale overzichtsstudies

Garrett (1985) was de eerste die een meta-analyse uitvoerde van onderzoek naar de uitkomsten van het verblijf in instellingen, zowel instellingen voor veroordeelde jongeren als niet-justitiële instellingen. Zij analyseerde 111 onderzoeken die tussen 1960 en 1983 waren voltooid en concludeerde dat een residentiële interventie werkt en positieve veranderingen in het gedrag van jongeren tot gevolg heeft. Residentiële programma's met gedragsmatige interventies of gericht op 'life skills' hadden betere resultaten dan psychodynamische of overige programma's. Programma's waarin veel aandacht werd besteed aan school of gewerkt werd met ouders en gezinnen, hadden betere resultaten dan programma's waarin dat niet het geval was.

Pfeiffer en Strzelecki (1990) deden een meta-analyse op basis van 34 studies naar de uitkomsten van residentiële psychiatrische behandeling voor zowel kinderen als jongeren. Zij komen tot de conclusie dat de beschikbaarheid van hulpverlening of ondersteuning na vertrek van grote invloed is op het voortbestaan van positieve uitkomsten na vertrek. Ook de inhoud van de behandeling maakt uit. Betere resultaten worden geboekt door deelname aan een cognitief gedragstherapeutische training, gericht op het aanleren van probleemoplossende vaardigheden, door het afmaken van de behandeling en door het werken met een 'therapeutisch contract'. Ook zijn de uitkomsten beter bij

een langer verblijf - dus als de behandeling is afgemaakt -, een hogere intelligentie en een beter functionerend gezin. Adolescenten reageerden minder goed op de behandeling dan kinderen. De uitkomsten bij psychose en bij antisociale gedragsstoornissen zijn slechter dan bij andere diagnoses. Een derde belangrijke meta-analyse naar residentiële zorg voor deze doelgroep is die van Lipsey en Wilson (1998). In hun meta-analyse hebben zij 200 studies naar de uitkomsten van ambulante en residentiële interventies voor jeugdige delinquenten geanalyseerd. Gemiddeld bleken de verschillende typen interventies een recidivereductie van 12 procent te bewerkstelligen. De uitkomsten van de programma's verschilden echter sterk. Zo bleken overlevingstochten en programma's gericht op afschrikking een negatief effect te hebben. De best werkende programma's waren gericht op het leren van sociale en probleemoplossende vaardigheden en leverden een reductie van de recidive op van tussen de 40 en 50 procent vergeleken met controlegroepen die geen interventie ondergingen of die reguliere zorg kregen. Bij de residentiële programma's blijken vaardigheidstraining en het 'Teaching Family Home' het meest effectief. Dit laatste betreft een kleinschalig instelling in familiestijl, met pleegouders die grondig getraind zijn in gedragstherapeutisch werken. Deze aanpak houdt in dat opvoeders consequent feedback geven op het gedrag van jongeren en ook hun voortgang op school en omgang met kinderen in de buurt goed in de gaten houden.

Deze aanpak is bijvoorbeeld ook aan de orde in Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). De jeugdige woont tijdelijk in een pleeggezin met pleegouders die geschoold zijn in gedragstherapie. Daarnaast heeft hij een individuele trainer die gericht bepaalde vaardigheden traint, én een individuele coach, die als beloning leuke dingen met de jeugdige onderneemt en hem positieve aandacht geeft. De ouders van de jeugdige worden getraind in opvoedingsvaardigheden en krijgen enkele maanden begeleiding nadat de jeugdige weer thuis is gaan wonen. De effectiviteit van MTFC in Nederland kan nog niet met onderzoeksresultaten worden aangetoond. De invoering en uitvoering zijn wel onderzocht en recentelijk is een studie naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit gestart. Diverse Amerikaanse overzichtsstudies noemen MTFC een effectieve interventie in het voorkomen van recidive. De positieve resultaten gelden niet alleen voor jongens (Chamberlain, 2003), maar ook voor meisjes. Uit een vrij recente studie van Chamberlain, Leve & De Garmo (2007) blijkt dat MTFC recidive voorkomt bij meisjes die twee jaar eerder aan de interventie hadden deelgenomen, gemeten in het aantal opnamedagen in gesloten instellingen, contact met politie en justitie en zelfgerapporteerde delicten. Smith en collega's (2010) vonden daarnaast positieve effecten van MTFC op middelenmisbruik bij delinquente jongens.

Daarnaast vonden Lipsey en Wilson (1998) goede resultaten van programma's die een combinatie zijn van theoretische en praktische scholing, die aangepast zijn aan het niveau van de opgenomen jongeren, van individuele- en groepstherapie, en van andere vormen van individuele ondersteuning waarvan de inhoud verder niet genoemd wordt.

De laatste jaren is het onderzoeksbestand van Lipsey en Wilson aangevuld met nieuwe studies. In 2009 publiceerde Lipsey een nieuwe analyse die gebaseerd was op dit grotere bestand. Uit de analyses wordt wederom duidelijk dat interventies gericht op het leren van sociale en probleemoplossende vaardigheden met een gedragstherapeutische of cognitief-gedragstherapeutische aanpak de grootste effecten laten zien, terwijl op afschrikking en disciplinerende gerichte interventies en op inzicht gerichte psychotherapie geen of negatieve uitkomsten hebben. Uit de meta-analyse blijkt voor het eerst ook dat mentorprogramma's tot een aanzienlijke vermindering van gedragsproblemen en delinquentie kunnen leiden. Kenmerkend voor

een mentorprogramma is dat een jeugdige begeleid wordt door een oudere, meer ervaren persoon, de mentor, die als rolmodel fungeert en emotionele ondersteuning en advies biedt.

In deze analyse besteedt Lipsey tevens meer aandacht aan algemene factoren die van invloed zijn op de mate van effectiviteit van interventies. De analyse bevestigt het al langer bekende principe dat intensieve interventies beter werken bij jongeren die een hoog risico lopen op recidive en bij jongeren met een groot aantal risicofactoren en weinig beschermende factoren. Intensieve interventies leiden juist tot meer recidive als zij ingezet worden bij jongeren die een laag risico lopen op recidive. De nieuwe analyses laten ook zien dat de context waarin de interventie plaatsvindt geen verschil maakt voor de uitkomsten. Goede interventies kunnen zowel binnen als buiten een residentiële setting plaatsvinden.

Grietens en Hellincks (2003) wijzen erop dat de beschikbare meta-analyses zich baseren op Amerikaans onderzoek en dat de uitkomsten kunnen verschillen omdat de maatschappelijke context per land kan verschillen. In hun overzichtsstudie hebben zij ook de drie beschikbare Europese meta-analyses meegenomen. De uitkomsten bevestigen dat residentiële opname leidt tot een gemiddelde reductie van recidive van rond de 9 procent.

In twee meta-analyses van Genoves en anderen (2006) en Armelius en Andreassen (2007) zijn de uitkomsten van verschillende interventies in gesloten instellingen onderzocht. In de ene studie zijn meer Europese studies meegenomen dan in de andere, maar beide studies komen tot dezelfde conclusie: jongeren die tijdens het verblijf deelnemen aan cognitief gedragstherapeutische of gedragstherapeutische programma's plegen een jaar na vertrek respectievelijk 7 en 10 procent minder delicten dan jongeren die niet deelnemen. Over de uitkomsten op langere termijn zijn echter nog geen conclusies te trekken.

Wat opvalt is dat in de meest succesvolle programma's gewerkt wordt met ouders en gezinnen of dat sprake is van een zorgvuldige overgang naar de samenleving. Bijvoorbeeld, in het Teaching Family Home fungeren de gezinshuisouders als pleitbezorger voor de opgenomen jongeren in de omgeving, op school en bij verenigingen. Daardoor nemen hun kansen op succesvolle deelname aan de samenleving toe. Ook uit ander onderzoek blijkt dat het bieden van nazorg, individuele ondersteuning na vertrek en begeleiding in het gezin helpen om de behaalde resultaten op langere termijn te behouden (Whittaker, 2004; Hair, 2005). Het belang van nazorg wordt geïllustreerd in een recente Engelse studie van Biehal et al (2011) onder jongeren met ernstige gedragsproblemen die in Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) werden geplaatst. Zij werden vergeleken met een groep jongeren in detentie. Een jaar na de plaatsing bleek dat jongeren uit de MTFC groep minder vaak (opnieuw) veroordeeld waren dan jongeren uit de detentiegroep. Bovendien had de groep jongeren in MTFC minder en minder ernstige delicten gepleegd dan de groep in detentie. Op de langere termijn bleken deze verschillen echter te verdwijnen: na de pleegzorgplaatsing vielen jongeren uit de MTFC groep terug in hun oude gedrag. Er konden dan ook geen significante verschillen meer worden aangetoond tussen jongeren uit de detentiegroep en jongeren uit de MTFC groep.

In de literatuur zijn verschillende goed uitgewerkte voorbeelden te vinden van programma's waarin het trainen van vaardigheden van jongeren en ouders gecombineerd wordt en de overgang naar huis, pleeggezin of een andere verblijfplaats meer of minder intensief wordt begeleid. Door deze combinatie van hulp aan kind én ouders wordt geprobeerd de duur van het verblijf kort te houden

(zie Armelius & Andreassen, 2007; McCurdy & McIntyre 2004; Underwood et al., 2004). Whittaker (2004) wijst erop dat de effectiviteit van residentiële hulp hiermee omhoog gaat, maar dat er ook aandacht nodig is voor de specifieke behoeften van jeugdigen die juist lang in een instelling verblijven. Een relatief kleine groep jeugdigen gaat niet naar huis of naar een pleeggezin. Als zij al op jonge leeftijd opgenomen worden, dan duurt het lang voordat zij kunnen vertrekken naar een vorm van zelfstandig wonen. Voor deze groep moet nagegaan worden wat de beste manier is om het verblijf inhoudelijk vorm te geven.

Nederlandse studies

Boendermaker en collega's (2007) geven een overzicht van Nederlandse studies naar semi- en residentiële zorg. Dit betreft deels hetzelfde materiaal als in de studie van Harder en anderen. Deze hulpverleningsvormen worden ingezet bij jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen en bij ernstige gedragsproblemen of -stoornissen. Hoewel uit de meeste studies blijkt dat jeugdigen vooruit gaan en hun problemen gemiddeld genomen afnemen, zijn de meeste studies zodanig opgezet dat het moeilijk is om die vooruitgang toe te schrijven aan de residentiële hulp. Drie studies zijn dusdanig van opzet dat wel conclusies mogelijk zijn.

De eerste studie betreft Beter met Thuis (BMT), een aanpak waarin opname in deeltijd plaatsvindt en groepsleiding ook hulp aan ouders biedt, in de instelling en bij hen thuis. Opname vindt plaats gedurende het aantal uren per dag dat nodig is, ook als dat maar enkele uren per dag zijn. Bij BMT constateren de ouders bij hun kinderen minder problemen bij afronding van de hulp. De groepsleiding ziet minder afname van problemen en blijkt vooral te focussen op wat nog niet goed gaat.

De tweede studie betreft een onderzoek naar het Residentieel Gedragstherapeutisch Programma (RGP). Uit dit onderzoek blijkt dat bij de groep die aan het RGP deelnam de gedragsproblemen en middelengebruik meer afnamen en de sociale vaardigheden meer toenamen dan bij een vergelijkbare groep jongeren in een reguliere behandelgroep.

Het derde onderzoek gaat over de toepassing van Equip bij jongens in een justitiële jeugdinstelling. Equip is een trainingsprogramma van dertig groepsessies waarin agressieregulatie, probleemoplossende vaardigheden en moreel denken aan de orde komt. Naast deze training nemen de jongens deel aan onderlinge hulpbijeenkomsten. In de trainingssessies leren zij vaardigheden om in de onderlinge hulpbijeenkomsten op een positieve manier met elkaar om te gaan. Het onderzoek naar Equip laat zien dat jongens die deelnemen aan Equip minder zogenaamde denkfouten maken, bijvoorbeeld doordat ze vaststaande denkbeelden hebben, zoals: 'ze moeten altijd mij hebben' of 'iedereen is tegen mij'. Ook blijken zij negatiever te staan tegenover delinquentie dan vergelijkbare jongens die niet aan het programma deelnemen. Het programma blijkt geen verschil te maken voor hun moreel, hun sociale vaardigheden en de manier waarop zij sociale informatie verwerken.

Voorafgaand aan de wetwijziging van 1 januari 2008 (waarmee gesloten behandeling binnen de jeugdzorg mogelijk werd), werd bij wijze van experiment een aanbod voor gesloten jeugdzorg opgezet wat het Nieuwe Zorgaanbod werd genoemd. Van Dam en anderen (2010) verrichtten een evaluatie om inzicht te krijgen in de effectiviteit van dit aanbod. Bij bijna alle onderzochte jongeren was sprake van externaliserend en internaliserend probleemgedrag in combinatie met problemen in de ouder-kindrelatie en/of een bedreigde opvoedingsomgeving. 71% van de jongeren had delicten gepleegd. Naast het bieden van een veilig basisklimaat in de leefgroep werden bij bijna alle jongeren (96%) aanvullende interventies ingezet. 68% van de jongeren kreeg één of meerdere gezinsinterventies (bijvoorbeeld, MST, FFT) en 89% kreeg één of meerdere individuele interventies

(bijvoorbeeld Rots & Water, agressieregulatietraining, Equip, EMDR). Bij 89% van de jongeren waren de ouders betrokken bij de hulpverlening.

Uit de evaluatie blijkt dat het behandelproces bij de meeste jongeren goed is verlopen. De gemiddelde behandelduur was 11 maanden. Bij 20% van de jongeren werd de behandeling voortijdig afgebroken. Na vertrek ging bijna de helft (46%) naar een gezinssituatie, 8% woonde (semi-) zelfstandig, 11% was naar een JJI overgeplaatst en 18% naar een andere vorm van residentiële zorg. Van 15% van de jongeren is onbekend waar ze naartoe zijn gegaan, 1% verbleef nog in het Nieuwe Zorgaanbod. De gedragsproblemen van de jongeren namen volgens de jongeren zelf en hun ouders tijdens de behandeling fors af. Ook delictgedrag, problemen met alcohol en drugsgebruik, en opvoedingsstress van ouders nam significant af. Mentoren rapporteerden daarentegen wel een lichte stijging van gedragsproblemen en een afname in de vaardigheden van jongeren.

Aan de hand van een follow-up interview werd gekeken hoe de jongeren het na een half jaar deden. 82% van de jongeren deed het goed (wat betekende dat zij positief scoorden op 6 van de 9 indicatoren). De jongeren scoorden het beste op angst- en depressieve gevoelens (slechts 7% gaf aan hier last van te hebben) en het slechtste met betrekking tot politiecontacten: 36% van de jongeren gaf aan in aanraking te zijn geweest met de politie. Factoren die de uitkomsten op de lange termijn bleken te beïnvloeden waren vooral kenmerken van de leefgroep (betere sfeer leidde tot betere resultaten) en de problematiek die jongeren bij aanvang van de behandeling hadden: jongeren met minder zware problematiek deden het bij de follow-up beter.

3.3 Interventies op het niveau van de leefgroep

Eerder in dit document hebben we een onderscheid gemaakt tussen care: de dagelijkse opvoeding en verzorging in de leefgroep en onderwijs en vrijetijdsbesteding als orthopedagogische basiszorg, en cure: het gebruik van een specifieke aanpak in een leefgroep met jeugdigen met een bepaald type probleem in combinatie met individuele interventies of groepsinterventies. De onderzoeken die we in voorgaande paragrafen gepresenteerd hebben, geven een totaalbeeld van het resultaat van instellingen die in hun programma bepaalde onderdelen aanbieden die voornamelijk bedoeld zijn voor jeugdigen met emotionele problemen en gedragsproblemen of -stoornissen. In deze paragraaf gaan we in op programma's of interventies die specifiek bedoeld zijn voor het gebruik in de leefgroep. In de onderzoeken gericht op residentiële behandeling van jeugdigen met gedragsproblemen komen twee modellen aan de orde. Het ene gebruikt een 'token-economy' systeem, een puntensysteem om jeugdigen te belonen. Het andere model maakt gebruik van 'positive peer culture': positieve beïnvloeding door leeftijdsgenoten.

Token economy

Het gebruik van een puntensysteem is onderdeel van een gedragsmatige aanpak die volgens veel van de studies uit 3.1. werkzaam is. Ook werd het 'Teaching Family Home' genoemd als omgeving waarin positieve feedback gegeven wordt en gewerkt wordt met beloningen. Het geven van punten waarmee beloningen verdiend kunnen worden is een manier om positieve feedback te geven.

In veel instellingen in ons land wordt in de leefgroepen gewerkt volgens het zogenaamde taakvaardigheidsmodel of het sociale competentiemodel. Dit is een op gedragstherapeutische principes gebaseerde aanpak waarin jongeren voortdurend aanwijzingen krijgen over hun gedrag. De aanpak is geïnspireerd op de hierboven genoemde Amerikaanse Teaching Family Homes. Het uitgangspunt is dat jongeren door positieve reacties op pro-sociaal gedrag gestimuleerd worden om

dat gedrag meer te vertonen. Ze merken op die manier dat pro-sociaal gedrag hen meer oplevert dan anti-sociaal gedrag (Slot & Spanjaard, 1999).

In dit model worden jongeren competent genoemd als ze over voldoende vaardigheden beschikken om de ontwikkelingstaken waarmee zij in het dagelijks leven geconfronteerd worden, op adequate wijze kunnen vervullen. Ontwikkelingstaken zijn thema's die normaliter bij een bepaalde levensfase horen en die van een persoon bepaalde gedragingen vragen. Naarmate jeugdigen ouder worden, ontwikkelt hun lichaam zich, neemt hun denkvermogen toe en ondernemen ze meer activiteiten zelfstandig. Deze veranderingen vragen om ander gedrag en stellen jeugdigen daarmee voor bepaalde taken. Het adequaat vervullen van taken op een bepaalde leeftijd is de basis voor een gezonde ontwikkeling in de volgende fase. Ontwikkelingstaken zijn gebonden aan tijd en cultuur. Zo komen jeugdigen nu voor andere taken te staan dan vijftig jaar geleden. En zo zijn bijvoorbeeld in de hedendaagse westerse cultuur het individu en de autonomie van het individu van belang. In andere culturen staat onderlinge verbondenheid en loyaliteit aan de groep meer voorop en dat vereist andere vaardigheden.

Hierboven is al geconstateerd dat de jeugdigen die in instellingen opgenomen worden met steeds meer gedragsproblemen kampen. Door deze problemen bezitten zij onvoldoende vaardigheden voor het vervullen van de ontwikkelingstaken die bij hun leeftijd horen. Daardoor is er doorgaans juist in leefgroepen van jeugdigen met gedragsproblemen sprake van negatief gedrag, zoals schelden, dreigen, onderlinge ruzies en pesten. Dat gedrag is te ernstig om genegeerd te worden en vraagt om een reactie. Daarentegen wordt de groepsleiding niet vanzelf gestimuleerd om complimenten uit te delen. Vaak vergeten groepsleiders daardoor om aandacht te geven aan de zaken die wél goed gaan. Het adequaat geven van feedback op het gedrag van jongeren vraagt van groepsleiders specifieke vaardigheden die ze niet zomaar hebben. Een onderzoek van Beenker en Bijl uit 2003 naar de implementatie van het competentiegericht werken in enkele justitiële jeugdinrichtingen liet zien dat er nog geen sprake was van een afgeronde implementatie. Voor groepsleiding bleek het heel moeilijk om consequent vanuit het model te werken. Daardoor bestaat vooral in gesloten inrichtingen het risico dat de technieken van belonen en straffen gericht zijn op disciplineren en op het handhaven van de orde in de leefgroep, in plaats van op het stimuleren van ander gedrag. De houding van groepsleiders wordt dan snel als passief gezien omdat zij jongeren niet aanspreken op hun gedrag (Oosterbeek, 2005). Zonder goed opgeleid en goed getraind personeel kan een gedragstherapeutische aanpak, waarin bijvoorbeeld gebruik gemaakt wordt van een puntensysteem om gericht feedback te geven, snel verworpen tot een rigide beheerssysteem (Easson, 1996; Murray & Sefchik, 1992).

In eigen land is één onderzoek gedaan waarin gebruik van een puntensysteem in de leefgroep vergeleken is met de reguliere aanpak in leefgroepen (Kok et al., 1991). Het onderzoek naar dit Residentieel Gedragstherapeutisch Programma laat zien dat bij de jeugdigen in de leefgroep met dit programma de gedragsproblemen en het middelengebruik meer afnamen en de sociale vaardigheden meer toenamen dan bij een vergelijkbare groep jongeren in een reguliere behandelgroep.

Positive peer culture

Verschillende studies hebben aangetoond dat jeugdigen elkaar in groepen snel negatief beïnvloeden. Zeker in leefgroepen van jeugdigen met gedragsproblemen en antisociaal gedrag ontstaat er snel een vorm van deviantietraining waardoor jeugdigen probleemgedrag van elkaar overnemen. Antisociaal gedrag wordt zo in stand gehouden of zelfs versterkt (Dishion, McCord & Poulin, 1999; Handwerk et

al., 2000). Een deviante groeps cultuur kan een grote belemmering zijn voor effectieve residentiële jeugdzorg (Buehler, Patterson & Furnis, 1966; Gwynn, Meyer & Schaefer, 1988; in: Handwerk et al., 2000, p. 224).

Door de jaren heen zijn verschillende initiatieven ontwikkeld om de kracht van de groep leeftijdsgenoten, de 'peergroup', te gebruiken om het antisociale gedrag van jongeren een positieve wending te geven. Het doel van het peergroup-model is jongeren zelf de negatieve groeps cultuur waarin zij zich bevinden te laten ombuigen tot een positieve groeps cultuur (Kruijs, 2008). In een positieve groeps cultuur voelen jongeren zich niet alleen verantwoordelijk voor hun eigen gedrag, maar ook voor het gedrag van de hele groep. Jongeren worden bovendien gemotiveerd om elkaar te helpen en van elkaar te leren (Kruijs, 2008; Ryan, 2006). Dit zou moeten resulteren in 'retroflexive reformation': doordat de jongere wordt betrokken bij de verandering van een ander, verandert hij zelf ook (Nas, Brugman & Koops, 2006).

Volgens Nas en anderen (2006) zijn peergroup programma's gebaseerd op vier principes:

- de macht van de jongere: de jongere draagt zelf actief bij aan het oplossen van eigen en andermans problemen;
- de macht van de groep: het streven naar een positieve groeps cultuur;
- de macht van de staf: deze moet duidelijk zijn;
- veeleisende verantwoordelijkheid: alle leden zijn individueel en als groep verantwoordelijk voor het management van de groep en de staf moet dit de jongeren leren.

De term 'Positive Peer Culture' (PPC) komt voort uit een programma met de naam Guided Group Interaction (GGI). Dit programma bestond uit regelmatige groepsbijeenkomsten waarin delinquente jongeren elkaar hielpen om te gaan met hun problemen (Vorrath & Brendtro, 1974; Brendtro, Mitchell & McCall, 2007). Vorrath en Brendtro (1974) pasten dit programma aan en zo ontstond PPC. Het uitgangspunt van PPC is het stimuleren van positieve interacties tussen jongeren. In het programma leren jongeren basisnormen en waarden, maar zij krijgen geen regels opgelegd. Wel spreken zij gezamenlijk normen af waaraan de groep belooft te voldoen. De enige regel is dat mensen voor elkaar moeten zorgen. Jongeren hebben zelf de verantwoordelijkheid om elkaar te helpen (Nas et al., 2006). Centraal element van PPC is een dagelijkse therapeutische bijeenkomst waarin de groep een belangrijk persoonlijk probleem van een medebewoner aanpakt (Ward, 2004, Brendtro et al., 2007).

Naar PPC zijn verschillende evaluatieonderzoeken verricht en de resultaten zijn niet eenduidig. In een overzicht van vijf effectstudies vinden Brendtro en Wasmund (1989) positieve effecten van PPC op ondermeer eigenwaarde, internal 'locus of control', prosociale waarden en houdingen, en persoonlijke verantwoordelijkheden. Ook had PPC een positief effect op schoolprestaties en morele ontwikkeling. PPC leidde echter niet tot een vermindering van recidive (Nas et al., 2006).

Ook Handwerk en anderen (2000) concluderen dat de meeste studies naar de toepassing van PPC onder antisociale jeugdigen positieve resultaten vinden. Zij verwijzen daarbij ondermeer naar Gold & Osgood (1992) die de effecten van PPC onderzochten bij 336 jongens van vier residentiële instellingen voor delinquente jeugdigen. De grote meerderheid (78 procent) rondde het programma succesvol af en liet statistisch significante afnamen zien in het antisociale gedrag. Verschillende andere studies en reviews laten volgens Handwerk en anderen (2000) ook positieve behandel-effecten zien.

De auteurs onderscheiden op basis daarvan een aantal omstandigheden waaronder een groepsinterventie positieve uitkomsten kan hebben. Ten eerste lijkt gestructureerde behandeling

effectiever dan niet-gestructureerde behandeling. Bovendien lijkt een groepsinterventie grotere effecten teweeg te brengen wanneer zij in een 'community' setting wordt toegepast in plaats van in een institutionele setting. Zij refereren daarbij aan het Teaching Family Homes-model en aan 'community residential programs'. Ook betekenisvolle relaties met volwassenen in de omgeving, waarin de volwassenen positieve aandacht gebruiken, jongeren prijzen en toezicht houden, kunnen een positieve uitwerking hebben op behandelresultaten. Ditzelfde geldt voor de attitudes van de jongeren tegenover de setting of behandeling. Een positieve attitude leidt tot beter resultaat. Ook Hipwell en Loeber (2007) beschrijven positieve uitkomsten van een programma waarin feedback door leeftijdgenoten centraal stond. Het gaat om onderzoek onder vier groepen van vijftien meisjes die per groep een andere behandeling kregen. In de eerste groep gaf de groepsleiding beloningen bij het achterwege laten van antisociaal gedrag. In de tweede groep werden meisjes beloond bij pro-sociaal gedrag. In de derde groep werden de beloningen voor prosociaal gedrag gecombineerd met beloningen door groepsleden. In de vierde groep gaven alleen groepsleden beloningen. Ook was er een controlegroep zonder behandeling. Van deze laatste groep was na negen maanden 33 procent weer wegens gedragsproblemen opgenomen in de instelling. Van de meisjes die een van de eerste drie behandelmogelijkheden hadden ondergaan, kwam 53 tot 67 procent weer terug. Van de vierde conditie - beloning door leeftijdgenoten - hoefde maar één meisje, 7 procent, weer opgenomen te worden. Bij deze groep viel het in de instelling al op dat de meisjes steeds zelfverzekerder en gemotiveerder werden. Hoewel het om een erg kleine groep meisjes gaat, lijkt het erop dat positieve feedback van leeftijdgenoten beter helpt dan positieve feedback van volwassenen.

Gottfredson (1987) vond daarentegen juist dat PPC vaak niet helpt bij het verminderen van recidive. Verschillende auteurs (onder andere, Gibbs et al., 1996 & Hoge, Guerra & Boxer, 2008) benadrukken bovendien dat de studies die positieve resultaten vinden, over het algemeen grote methodologische beperkingen hebben zoals geen randomisatie en beperkte follow-ups. Bovendien worden programma's in de praktijk vaak niet uitgevoerd zoals zij aanvankelijk bedoeld zijn. Dit maakt het moeilijk om de resultaten te interpreteren. Studies met een sterker onderzoeksdesign vinden vaak minder positieve resultaten van PPC.

In een recent onderzoek van Ryan (2006) werd gekeken of het PPC - model werkt bij slachtoffers van kindermishandeling en verwaarlozing, die daardoor een groter risico lopen delinquent gedrag te gaan vertonen. Het onderzoek vond plaats op een grote residentiële campus onder 286 delinquenten. Jongeren met een geschiedenis van fysiek misbruik en verwaarlozing bleken na afloop van het programma een groter risico te lopen op een volgende arrestatie: 50 procent tegenover 37 procent van de andere jongeren. De auteur concludeert dat het inzetten van PPC-programma's mogelijk niet de meest effectieve strategie is voor deze groep jeugdigen binnen justitiële jeugdinrichtingen.

Dit sluit aan bij de resultaten die Kapp (2000) eerder vond. Deze onderzoeker hield diepte-interviews in een kleine groep jonge mannen in de gevangenis die, terugkijkend op de jeugdinrichtingen waarin zij verbleven, negatief waren over de PPC in die inrichtingen. Hun ervaring was dat de groepsleiding onvoldoende ingreep en het proces onvoldoende begeleidde waardoor zij niet het gevoel hadden elkaar onderling te helpen, maar eerder dat zij elkaar onderling de grond inboorden en confronteerden. Ook werd regelmatig 'holding' toegepast, waarbij een jongen op de grond lag en anderen hem in bedwang hielden. Jongens moesten leren omgaan met confrontatie omdat zij anders het programma niet konden doorlopen. Aangezien groepsleden ook beslisten over verlof en vrijlating, moesten zij zich er wel aan onderwerpen. Confrontatie werd daarmee vaak

een kunstje dat vooral vaak toegepast moest worden om te laten zien dat je goed meedeed en om het programma daarmee te manipuleren.

Het begeleiden van een dergelijk groepsproces vergt heel specifieke vaardigheden van de groepsleiding. Volgens Lyman en Campbell (1996) is PPC alleen optimaal toe te passen als de jeugdigen op een redelijk hoog niveau verbaal en intellectueel functioneren en als de groepsleiding in staat is op enige afstand de groep zo te sturen dat negatieve onderlinge beïnvloeding voorkomen wordt.

Equip: toerusten voor PPC

Een belangrijke kritiek op PPC is dat de effectiviteit van het programma ondermijnd wordt door de tekortkomingen van antisociale jongeren. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om tekortkomingen in hun sociale en probleemoplossende vaardigheden, zoals niet weten welke stappen nodig zijn om een probleem op te lossen; om tekortkomingen in de morele ontwikkeling waardoor bijvoorbeeld de jeugdigen hun eigen behoeften voorrang geven boven die van anderen; en om cognitieve beperkingen zoals anderen de schuld geven voor het eigen slechte gedrag (Gibbs, Potter, Barriga & Liau, 1996; Kruijs, 2008).

In hun werk in Amerikaanse jeugdgevangenissen en andere instellingen maakten Gibbs en Potter in de jaren tachtig gebruik van zogenaamde onderlinge hulpbijeenkomsten en groepsdiscussies in een poging om de negatieve jeugdcultuur in dergelijke instituten te verminderen. Het bleek erg moeilijk om dergelijke groepsbijeenkomsten goed te laten verlopen als het een groep problematische jongeren betrof. Met hun antisociale gedrag bleken jongeren elkaar negatief te beïnvloeden en onderling negatieve reacties uit te lokken, terwijl de groep bedoeld was om elkaar te helpen en zo het zelfvertrouwen en zelfbewustzijn van de groepsleden te bevorderen. Gibbs en Potter kwamen bij toeval met elkaar in contact in dezelfde tijd dat Goldstein zijn programma 'Agression replacement training (ART)' publiceerde (Gibbs, Potter & Goldstein, 1995). Deze training bood precies wat er volgens Gibbs en Potter nodig was, omdat het jongeren de vaardigheden leerde om elkaar op een goede manier te kunnen helpen. Met de drie elementen uit ART, namelijk tien trainingssessies sociale en probleemoplossende vaardigheden, tien trainingssessies in het beheersen van boosheid en woede en tien trainingssessies in moreel redeneren konden jongeren toegerust worden om elkaar in onderlinge hulpbijeenkomsten daadwerkelijk te helpen. In samenwerking met Goldstein kwamen Gibbs en Potter vervolgens met Equip: een methode die jongeren in staat stelt om elkaar positief te beïnvloeden.

Equip verschilt van ART door de toevoeging van een extra onderdeel: de onderlinge hulpbijeenkomsten. Deze bijeenkomsten lopen door, ook na afsluiting van de trainingssessies rond sociale vaardigheden, agressieregulatie en moreel redeneren. Door de trainingssessies is er een gemeenschappelijke taal ontstaan die het makkelijker maakt om onverantwoordelijk gedrag en overtuigingen te bespreken; niet alleen in de trainingssessie, maar ook in de onderlinge hulpbijeenkomsten.

Leeman, Gibbs en Fuller (1993) onderzochten de Amerikaanse versie van Equip en vonden positieve effecten. Deze studie werd uitgevoerd in een jeugdgevangenis. Aan het onderzoek deden 57 delinquente jongens mee in de leeftijd van 15 tot 18 jaar die in de voorziening waren opgesloten. Zij werden random toegewezen aan de Equipgroep of aan een van de twee controlegroepen waarvan de eerste geen interventie kreeg en de tweede van tijd tot tijd een motiverende boodschap kreeg (Gibbs, Potter, Barriga & Liau, 1996). In het gedrag van jongeren uit de Equipgroep werd een substantiële

verbetering waargenomen, zowel tijdens als na hun verblijf in de inrichting (Kruijs, 2008). Een jaar na de behandeling was de recidive binnen de Equipgroep 15 procent tegenover 40,5 procent in de controlegroepen.

Nederlands effectonderzoek vindt deels positieve resultaten van Equip. Een verbetering werd waargenomen in de sociale informatieverwerking, de houding ten opzichte van delinquent gedrag en denkfouten. Geen effecten werden gevonden op sociale vaardigheden of morele ontwikkeling (Brugman, 2007; Elling, 2004; Nas, 2005; Nas, Brugman & Koops, 2006; in: Kruijs, 2008). Nas en anderen (2006) en Brugman en Bink (2011) vonden vooralsnog geen overtuigend bewijs dat de afname van denkfouten bij de Equip-deelnemers resulteerde in minder recidive.

Toepassingen van PPC in Nederland

In Nederland bieden diverse instellingen Equip aan als ambulante interventie. Daarnaast is de aanpak in de leefgroepen in justitiële jeugdinstellingen gebaseerd op Equip. Alle jeugdigen nemen deel aan de trainingsbijeenkomsten en onderlinge hulpbijeenkomsten en de groepsleiding is getraind in het herkennen en benoemen van en het feedback geven op de denkfouten en andere onderdelen van het Equip-programma. In deze instellingen is Equip onlangs samen met het Sociaal Competentie Model (SCM) doorontwikkeld tot 'YouTurn', een methodiek voor het werken in de leefgroepen waarbij groepsleiders getraind zijn in het hanteren van cognitief gedragstherapeutische technieken en ook als co-trainers optreden bij de Equip-sessies waaraan alle opgenomen jongeren deelnemen (PSW, 2008). Een eerste procesevaluatie van You Turn binnen zes JJI's wijst uit dat er voldoende draagvlak voor de methodiek is en dat medewerkers en jongeren overwegend positief zijn. Wel blijkt dat de methodiek onvoldoende wordt uitgevoerd zoals beschreven in de handleiding, met name als het gaat om het gebruik van screenings- en meetinstrumenten, ouderparticipatie en de stabilisatie- en motivatieperiode (Hendriksen-Favier, Place & van Wezep, 2010).

Naast het gebruik van Equip zijn er in Nederland nog twee andere toepassingen van PPC-programma's bekend: de aanpak in de Glen Mills School (Hilhorst & Klooster, 2004) en de Socio Groeps Strategie (SGS; Jonker, 2004). Deze twee programma's omvatten veel meer dan deelname aan groepsessies in een training als Equip. Het zijn residentiële programma's waarin de groepsaanpak zowel in de leefgroep als tijdens onderwijs, werk en vrije tijd gebruikt wordt. Als groepsaanpak is PPC een tijd toegepast in deze twee instellingen. Over de uitkomsten is weinig bekend. Duidelijk is dat de recidive niet minder was dan bij andere aanpakken. Beide programma's bestonden tot voor kort, maar hebben recent ingrijpende wijzigingen ondergaan en worden thans aangeboden in twee instellingen voor JeugdzorgPlus.

3.4 Toepassing van individuele interventies

Naast de in de leefgroep gehanteerde aanpak komen er in de residentiële jeugdzorg in toenemende mate interventies beschikbaar waaraan jeugdigen deelnemen als dat voor hen geïndiceerd is. Vaak gaat het om individuele psychomotorische of creatieve therapie of om groepstrainingen zoals de eerder beschreven Agressie Regulatie Training (ART) of het aanverwante Equip. De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie heeft inmiddels diverse interventies erkend die binnen en buiten de muren van een residentiële omgeving toegepast kunnen worden.⁶ Ook niet-

⁶ <http://www.erkenningscommissie.nl/beoordelingen/erkendegedragsinterventies/jeugdigen/index.aspx>

justitiële voorzieningen hebben in toenemende mate interventies beschikbaar als onderdeel van hun zorgaanbod. Het voert te ver hier alle mogelijke interventies te behandelen. We verwijzen voor mogelijke interventies naar de andere ‘wat werkt’- documenten op de website van het NJi.⁷

Voor het uitvoeren van deze interventies is het belangrijk dat de continuïteit in de aanpak gegarandeerd is. Wanneer jeugdigen in een individuele of groepsgewijze training werken aan agressieregulatie of denkfouten leren benoemen, dan is het van belang dat zij in de leefgroep deze vaardigheden kunnen oefenen en dat groepsleiding feedback kan geven op hun gedrag. In het begin van het document noemden we al dat de orthopedagoog Kok dit ‘de derde graadsstrategie’ noemt: het ondersteunen van het toepassen van geleerde vaardigheden.

De factor continuïteit is een algemeen werkzame factor te noemen voor een goede implementatie van interventies binnen een residentiële omgeving. Algemeen werkzame factoren zijn te zien als randvoorwaarden voor een goede uitvoering van evidence based interventies. In paragraaf 4.2 gaan we hier nader op in.

3.5 Standaarden

De toepassing van interventies komt alleen in de Engelse en Welse standaarden aan de orde, voorzover het gaat over wanneer welke therapeutische technieken toegepast mogen worden. Zo staat in de Engelse standaarden dat elke specifieke therapeutische techniek alleen gebruikt mag worden ‘als die veilig is en als bekend is dat het effectief gebruik ervan wordt ondersteund met bewijs’ (Engeland, standaard 7.12). In de standaarden gaat het verder niet zozeer om de beschrijving van de inhoud van de interventies en om welke interventies bij welk probleem moeten worden toegepast, maar meer om de procesmatige aspecten van de toepassing, om de organisatie van de hulpverlening. Zo wordt in veel standaarden ingezoomd op de diverse hulpverleningsfasen en op andere aandachtspunten in de uitvoering van de hulpverlening. Deze meer organisatorische aspecten bespreken we in het volgende hoofdstuk.

3.6 Kenmerken van effectieve residentiële programma’s

Effectieve residentiële programma’s voor jeugdigen met gedragsproblemen en gedragsstoornissen:

1. bieden cognitief gedragstherapeutische interventies: interventies gericht op het verbeteren van sociale en probleemoplossende vaardigheden;
2. bieden jeugdigen individuele en groepstherapie naast het verblijf in leefgroepen;
3. besteden aandacht aan school, monitoren de ontwikkeling op school en zorgen ervoor dat elke jeugdige onderwijs geboden wordt dat past diens niveau;
4. werken met en behandelen ouders en gezinnen, waarbij zij wel rekening houden met de specifieke situatie van de individuele jeugdige;
5. bieden ook zorg na vertrek, zorgen voor een zorgvuldige overgang van instelling naar samenleving en bieden elke jeugdige bij die overgang een ‘pleitbezorger’;

⁷ zie bijvoorbeeld www.nji.nl/angststoornissen of www.nji.nl/depressie voor mogelijke interventies bij deze problemen. Raadpleeg voor alle overzichten www.nji.nl/watwerkt.

6. werken met kleinschalige woonvormen met verzorgers of gezinshuisouders die grondig getraind zijn in een gedragsmatige aanpak.

Voor leefgroepinterventies zijn bovendien de onderstaande punten van belang:

7. Het hanteren van een puntensysteem in de leefgroep gericht op het belonen van gewenst gedrag leidt tot verbetering van sociale vaardigheden en vermindering van gedragsproblemen en middelengebruik. Grootschalig onderzoek hiernaar ontbreekt echter en een goede uitvoering van een dergelijk systeem vergt goed getraind personeel en monitoring van de uitvoering.
8. Of PPC als groepsaanpak in een alomvattend programma in leefgroepen tot goede uitkomsten leidt is nog niet duidelijk. Buitenlandse onderzoeksresultaten spreken elkaar tegen. Het verrichte onderzoek laat tekortkomingen zien en kwalitatief onderzoek toont negatieve ervaringen van jeugdigen en ouders.
9. Met onderlinge hulpbijeenkomsten of het onderling toepassen van positieve feedback door jongeren is een positieve sfeer in de groep te stimuleren. Voorwaarde is dan wel dat jongeren eerst getraind worden in probleemoplossende vaardigheden, agressieregulatie en het ontwikkelen van inzicht in andermans standpunt. Het bespreken van morele dilemma's traint jongeren in het bekijken van situaties vanuit een andere invalshoek.
10. Voor het verminderen van deviantietraining en negatieve onderlinge beïnvloeding moeten groepsleiders en trainers speciaal toegerust zijn voor het hanteren van groepsdynamische processen.
11. Voor Equip zijn deels positieve resultaten gevonden. Zo was er bijvoorbeeld sprake van een afname van denkfouten en een minder positieve houding tegenover het plegen van delicten. Er werden geen effecten op recidive gevonden.

4 Organisatie

Ook organisatorische aspecten zijn van invloed op de kwaliteit van de geboden zorg en op de effectiviteit van de interventies. In dit onderdeel zetten we op dit punt de informatie uit onderzoek op een rij.

4.1 Management van de instelling

Studies naar residentiële jeugdzorg die in de jaren negentig in Engeland werden uitgevoerd, hebben aangetoond dat een combinatie van factoren van invloed is op de prestaties van instellingen:

- het leiderschap binnen de instellingen;
- de context waarbinnen de manager werkt, met name het hebben van duidelijke, haalbare doelen;
- de mate waarin het personeel achter de manager staat;
- de grootte van de instelling;
- en de mate waarin de manager van de instelling een duidelijke visie heeft op de manier waarop de instelling gerund moet worden.

In instellingen waarin managers een duidelijk uitgewerkte strategie hadden voor het omgaan met en het verbeteren van het gedrag van kinderen en voor hun onderwijsmogelijkheden, bleek het moreel onder het personeel hoger. Zij voelden zich beter gesteund en konden hun werk beter aan. Daardoor gedroegen de kinderen zich ook beter. Jongeren werden minder snel van school gestuurd en er was sprake van minder criminaliteit. De jongeren zelf hadden ook een positievere kijk op het sociale klimaat in het huis en waren op bepaalde punten gelukkiger (Berridge & Brodie, 1998; Brown et al., 1998; Sinclair & Gibbs, 1998; Whitaker et al., 1998; Hicks et al., 2008).

Tussen 2002 en 2005 werden vier studies uitgevoerd in Engeland, Noord-Ierland, Schotland en Wales (Mainey & Crimmens, 2006). In één van die studies (Milligan, 2006) stond het moreel van personeel in de residentiële jeugdzorg en factoren die daarmee samenhangen centraal. Kwalitatieve en kwantitatieve gegevens werden gecombineerd. De drie belangrijkste factoren voor het moreel onder het personeel bleken: een goede samenwerking binnen het team, het gevoel dat goed werk gewaardeerd wordt, en ondersteuning.

Samenwerking binnen het team was de belangrijkste motiverende factor. Factoren die samenhangen met een positieve samenwerking zijn ondermeer:

- consistentie binnen het team: overeenstemming over de aanpak;
- een goede communicatie waardoor personeel informatie met elkaar deelt;
- een duidelijke rolverdeling binnen het team (Sinclair & Gibbs, 1998);
- stabiliteit: niet teveel uitval en verloop en geen reorganisatie die de stabiliteit onder druk zet (Mainey, 2006).

Ook waardering en ondersteuning vanuit het management komen naar voren als belangrijke factoren om het personeel te behouden en gemotiveerd te houden (Berridge & Brodie, 1998; Penna, Paylor & Soothill, 1995; Sinclair & Gibbs, 1998). Glisson en Hemmelgarn (1998, in: Harder et al., 2009) hebben gekeken naar de invloed van het klimaat in de organisatie op de uitkomsten van hulpverlening aan jongeren. Met het organisatieklimaat bedoelen zij de collectieve perceptie van de hulpverleners over hun werkomgeving. Hun studie richtte zich op 250 jeugdigen die in 32 verschillende instellingen werden behandeld. Jongeren die in een instelling met een positief klimaat

hadden gewoond, waren significant meer vooruit gegaan in hun psychosociale functioneren. Een positief klimaat betekent in deze studie: een werkomgeving die zorgactiviteiten stimuleert die tot succes leiden. Kenmerken van een organisatie met een positief klimaat zijn: een hoge mate van arbeidssatisfactie en een lage emotionele vermoeidheid onder medewerkers.

Training en ondersteuning

Edens (1998) onderzocht in Nederland een trainingsprogramma voor groepsopvoeders waarin het aanleren van professionele vaardigheden, zoals basisgespreksvaardigheden, individuele contacten met jongeren en hun ouders en omgaan met groepsituaties centraal stond. Deelname aan de training leidde tot een significante toename van kennis en vaardigheden, ook tijdens de follow-up.

Groepsopvoeders gaven aan de geleerde vaardigheden significant vaker te gebruiken tijdens hun werk. Op de langere termijn nam het effect op gedrag af.

De genoemde positieve effecten van dit soort training worden echter niet in alle studies gevonden. Sinclair en Gibbs (1998) vonden in hun studie bijvoorbeeld geen bewijs dat gekwalificeerder personeel of meer personeel per kind betere uitkomsten voorspelde. De conclusie is dat training noodzakelijk is maar op zichzelf geen voldoende conditie voor goede resultaten.

Dat er meer nodig is dan training blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek van Heron en Chakrabarti (2003). Zij vonden dat groepsopvoeders over het algemeen niet tevreden zijn over de invloed die ze binnen de organisatie kunnen uitoefenen. Ook kampt veel groepsleiding met gevoelens van onmacht om gebeurtenissen in de leefgroep onder controle te houden (Whitaker et al., 1998). Om deze gevoelens te voorkomen en ervoor te zorgen dat het personeel het werk goed kan uitvoeren, is het ondermeer belangrijk dat groepsopvoeders goed geïnformeerd worden, duidelijkheid hebben, invloed kunnen uitoefenen op hun werk en voldoende ondersteuning krijgen (Harder et al., 2006). Uitkomsten van recente Nederlandse studies van Harder (2011) en Van der Helm (2011) ondersteunen het belang van continue training van pedagogisch medewerkers in de (gesloten) residentiële jeugdzorg om ervoor te zorgen dat programma's worden uitgevoerd als bedoeld en om medewerkers te ondersteunen bij het bieden van consistente emotionele ondersteuning en bij het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie met de jeugdigen.

Werken in teams

In de residentiële jeugdzorg werken groepsleiders in teams. De wijze waarop een team samenwerkt is van invloed op het welzijn van personeel én jongeren. De ondersteuning door het team en de waardering door de teamleider zijn van invloed op het dagelijks handelen (Harder et al., 2006; pp 70 e.v.). Uit onderzoek van Weijnenberg en Rasenberg (2004) blijkt dat het gericht trainen van een team in doelgerichtheid, cliëntgerichtheid, heldere besluitvorming en ontwikkelingsgerichtheid door het monitoren van de kwaliteit van het team van invloed zijn op het probleemoplossend vermogen van een team en bepalend zijn voor het functioneren. Teams kunnen hun werk beter doen als er sprake is van stabiliteit. Verloop onder het personeel zorgt voor onrust en beïnvloedt de kwaliteit. Ook veel wisselingen in de groep jeugdigen zorgt voor aanpassingsproblemen van de kant van jeugdigen én groepsleiders (Clough et al., 2006).

Omvang van instellingen

Instellingen blijken betere uitkomsten te hebben als ze klein zijn en geleid worden door een persoon met een duidelijke rol als leider, wiens aandacht niet wordt afgeleid door reorganisaties en die er in slaagt om de medewerkers vanuit één duidelijke visie te laten werken. Het lijkt erop dat deze laatste twee punten beter lukken als de instelling niet te groot is (Berridge, 2002; Clough et al., 2006).

Over de omvang van leefgroepen is weinig informatie beschikbaar. Er zijn aanwijzingen dat kleine leefgroepen tot betere resultaten leiden (Sinclair & Gibbs, 1998 in: Clough et al., 2006). Aan de andere kant vonden Chipenda-Dansokho en anderen (2003) maar één studie waaruit blijkt dat kleine leefgroepen te prefereren zijn. Het doel van de instelling en de organisatorische structuur lijken meer uit te maken voor de uitkomsten dan de omvang van de leefgroepen. Wanneer een leefgroep precies klein of groot gevonden wordt, is in deze studies niet terug te vinden. Vanwege het toenemend aantal jeugdigen dat met ernstige gedragsproblemen in instellingen opgenomen wordt, lijkt het verstandig leefgroepen niet groter te maken dan zes tot acht jeugdigen. Dit met het oog op de aanwijzingen die gevonden zijn voor de negatieve invloed die jeugdigen op elkaar hebben - deviantietraining - en het voorkomen van verbaal en fysiek geweld tussen jeugdigen onderling. Over de meest wenselijke verhouding tussen het aantal personeelsleden per kind is weinig informatie te vinden. Wel is duidelijk dat het inzetten van meer mensen niet automatisch leidt tot betere hulp (Department of Health, 2008).

4.2 Algemeen werkzame factoren

Veel van de hierboven genoemde punten komen overeen met de zogenaamde algemeen werkzame factoren van interventies. Zowel op basis van onderzoek naar de uitkomsten van therapie als naar uitkomsten van interventies voor delinquenten is veel informatie beschikbaar over factoren die de uitkomsten beïnvloeden, ongeacht het probleem dat aangepakt wordt. In een grondige review van therapieonderzoek komt Carr (2009) tot de volgende algemene factoren die de goede resultaten van welke therapie dan ook bevorderen:

- de duur van de behandeling, bijvoorbeeld het aantal sessies;
- de werkrelatie tussen therapeut en cliënt;
- algemene procedures in de therapie, zoals het verkennen en (her)benoemen van de problemen van cliënten en het mobiliseren van cliënten om hun probleem op te lossen;
- kenmerken van de therapeut zoals de mate van functioneren, competentie, matching van stijl van de therapeut bij de behoeften van de cliënt, creativiteit;
- mate van training van de therapeut;
- mate van ondersteuning bij de uitvoering zoals supervisie, leertherapie of feedback;
- gebruik van handleidingen voor de behandeling.

De invloed van deze factoren is de laatste jaren ook veelvuldig bekeken in onderzoek naar de corrigerende werking van interventies. De druk vanuit beleid en politiek om de recidive terug te dringen heeft de aandacht voor dit type interventies sterk vergroot. In meta-analyses op dit terrein komen kenmerken van de uitvoering van interventies aan de orde. Lipsey en Wilson (1998) vonden dat de volgende kenmerken samenhangen met betere uitkomsten van de interventies in een residentiële setting:

- betrokkenheid van de ontwikkelaar of onderzoeker bij de uitvoering van een interventie en daarmee *monitoring* van de uitvoering van de interventie;
- langere duur en hogere intensiteit van de behandeling bij grotere ernst van de problemen;
- uitvoering van de hulp door gespecialiseerd personeel: getraind ggz - personeel in plaats van bewakers binnen justitie;
- leeftijd van een programma: een al langer bestaand programma leidt tot betere resultaten.

Het punt van de monitoring verwijst naar een meer algemeen punt: het belang van een goede theoretische onderbouwing. Een goede theorie over een interventie bevat een beschrijving van de mechanismen en factoren die er een rol in spelen, In dit geval zijn dat de oorzaken van gedragsstoornissen en de risicofactoren en beschermende factoren die aan de orde zijn bij het ontstaan én het voortbestaan van gedragsstoornissen en de oorzaken van de werkzame ingrediënten van een interventie. Duidelijk moet ook zijn welke mechanismen en factoren wel en niet door de interventie te beïnvloeden zijn. Aan een lichte verstandelijke handicap zal een interventie niet veel kunnen veranderen, aan het vergroten van sociale vaardigheden bij jongeren met zo'n handicap wel. Op basis van de theoretische onderbouwing wordt gekozen voor een bepaalde inhoud van de interventie. De monitoring van de uitvoering draagt eraan bij dat de elementen die volgens de theorie essentieel zijn ook daadwerkelijk uitgevoerd worden. Zeker als er bewijs is uit onderzoek dat de interventie met deze inhoud tot resultaat leidt, is het monitoren van de uitvoering van die essentiële elementen van belang. Dit wordt vaak aangeduid met het monitoren van de 'treatment integrity': de integriteit van de behandeling. Interventies met een hoge behandelingsintegriteit blijken tot betere resultaten te leiden (Kazdin, 2001; Van Yperen, 2003b).

Andrews en Dowden (1999, in: Lowenkamp, 2004, pp. 31) vonden dat interventies met getraind personeel dat supervisie krijgt de effectiviteit van corrigerende programma's vergroten. Programma's met getraind personeel waren drie keer zo effectief als programma's zonder getraind personeel. Programma's waarin medewerkers supervisie kregen waren bijna vijf keer zo effectief als programma's waarin klinische supervisie ontbrak.

Dezelfde punten worden gerapporteerd door Goggin en Gendreau (2006). Deelnemers aan programma's waarin er controle is op de uitvoering doordat er onderzoekers bij betrokken zijn, recidiveren minder dan deelnemers aan programma's zonder controle ($r=0,19$). Programma's waarin therapeuten werken die over de vaardigheden beschikken voor een goede omgang met cliënten, leiden tot lagere recidivescores ($r=0,34$) dan programma's met therapeuten die zulke vaardigheden missen ($r=0,07$).

Een ander belangrijk punt uit correctioneel onderzoek is de mate van continuïteit die geboden wordt. Het gaat daarbij om twee zaken. Ten eerste om het bieden van de mogelijkheid aan jongeren om wat zij leren in interventies waaraan zij buiten de leefgroep deelnemen te oefenen en toe te passen in de leefgroep en op school. Ten tweede gaat het om het realiseren van een duidelijke aansluiting van de geboden zorg in de residentiële setting op de zorg die daarna gegeven wordt. Instellingen blijken in de praktijk niet voldoende samen te werken om goede vervolghulp te organiseren. Ook uit onderzoek naar residentiële zorg blijkt dat instellingen beter moeten samenwerken (Berridge, 2002; McCurdy & McIntyre 2004, Mann-Feder & White, 2003).

Hierboven werd al genoemd dat uit Carr's review blijkt dat het belangrijk is de problemen te verkennen en te benoemen, hoop en verwachting te scheppen en cliënten te mobiliseren. Ook uit ander onderzoek blijkt dat interventies beter werken als cliënten gemotiveerd zijn (Van Yperen, 2003a). Motivatie wordt vaak opgevat als een statisch gegeven; je hebt het of je hebt het niet. Onderzoek laat echter zien dat motivatie tot ontwikkeling gebracht kan worden, óók bij jeugdigen met gedragsproblemen of gedragsstoornissen. Diverse technieken, waaronder motivationeel interviewen, zijn te gebruiken om de motivatie te vergroten (Underwood et al., 2004, Harder, 2011).⁸

⁸ Zie voor meer informatie over motiverende technieken ook "[Wat werkt bij motiverende gespreksvoering](#)"

Onderzoek in eigen land van Van Binsbergen (2002) laat zien dat ook organisatorische voorwaarden een rol spelen bij het ontwikkelen van motivatie. Een veilige leefomgeving, de inzet van behandelprogramma's die passen bij de behoeften van een jongere, en het hanteren van een heldere en een logische opbouw van het programma leiden tot meer motivatie bij jongeren.

In aansluiting hierop blijkt dat met helder opgebouwde interventies betere resultaten te behalen zijn dan met minder duidelijk opgebouwde interventies. Een goede interventie heeft de volgende kenmerken: goede diagnostiek bij aanvang van de behandeling; realistische, helder geformuleerde en toekomstgerichte doelen; een duidelijke koppeling van doel en middel; en het opdelen van het programma in duidelijke fasen.

Ook blijkt een heldere procedure voor de behandelingsplanning en het raadplegen van de jeugdige en diens ouders bij het opstellen van de plannen van belang. Voor elk individueel geval moet duidelijk zijn welke risicofactoren aangepakt worden en op welke wijze. Het verhoogt de motivatie ook als de plannen gericht zijn op de toekomst in plaats van op problemen uit het verleden, en op empowerment van jongere en ouders.

In Carr's studie werd het belang van een goede werkkrelatie tussen cliënt en hulpverlener al genoemd. Ook uit de overzichtsstudies naar residentiële programma's blijkt dat dit punt belangrijk is. We zagen al in hoofdstuk 2 dat het beter is als groepsleiders daadwerkelijk tijd kunnen besteden aan jeugdigen en een luisterend oor kunnen bieden voor dagelijkse zaken waar de jeugdige mee zit (Harder et al., 2006; pp. 158; Clough et al., 2006, pp. 45).

4.3 Standaarden

In de standaarden vinden we veel van de hierboven genoemde punten terug. Er zijn standaarden opgesteld over de volgende vier onderwerpen:

1. management en organisatie: visie, monitoring van de bedrijfsvoering, aan het management gestelde eisen, de taken van het management, de financiële bedrijfsvoering, de beschikbare andere middelen en de externe samenwerking;
2. personeel: de aan personeel gestelde eisen, de screening, training, ondersteuning en leiding van personeel, en het bieden van een goede werkomgeving voor het personeel;
3. de fasen in de cyclus van planmatig handelen toegespitst op het veld van jeugdhulpverlening: diagnostiek, besluitvorming, planning, uitvoering, voorbereiding op het verblijf in de instelling dan wel op het vertrek uit instelling en op de situatie na het verblijf in de instelling, en evaluatie;
4. algemene aandachtspunten bij het bieden van hulp zoals vertrouwelijkheid, toegang tot relevante informatie, de mogelijkheid tot het indienen van een klacht, de continuïteit van de hulpverlening, de vrijheid van godsdienst, onafhankelijke belangenbehartiging, crisisopvang, het bijhouden en bewaren van een dossier, het omgaan met ongeoorloofde afwezigheid, het informeren over belangrijke gebeurtenissen en de mogelijkheid van plaatsing bij broertjes of zusjes.

In alle standaarden komt de noodzaak van goede samenwerking met externe partijen aan de orde, bijvoorbeeld: 'de instelling onderhoudt contact met en werkt samen met andere instellingen die diensten aanbieden aan kinderen, jongeren en hun ouders om zich te verzekeren van een maximale opbrengst voor haar cliënten' (Australië- New South Wales, standaard 7.2).

Wat betreft de eisen die aan het personeel gesteld worden valt in de standaarden op dat er niet alleen eisen gesteld worden aan opleiding, ervaring of aantal personeelsleden maar dat er ook standaarden zijn opgesteld voor screening op misbruik. Een standaard voor de eisen die aan personeel gesteld worden is bijvoorbeeld: 'de instelling heeft adequate niveaus van personeel om diens doelen en functies te kunnen vervullen. Het personeel is gekwalificeerd en beschikt over het vermogen om effectief met kinderen te communiceren. Om de taken uit te voeren is er een evenwichtige verdeling binnen het team van ervaren en van onervaren personeel. De instelling streeft ernaar om tijdens elke dienst te beschikken over tenminste één gekwalificeerd personeelslid op het niveau van "child care leader" (Ierland, standaard 2.10).

Bij de screening van de groepsleiding, en in sommige standaarden bijvoorbeeld ook van vrijwilligers, gaat het om het checken van hun achtergrond voordat ze worden aangenomen. In bijna alle standaarden wordt hier aandacht aan besteed. Zo moet de Engelse standaard voor de screening van personeel en bezoekers er toe leiden dat 'er een zorgvuldige selectie en screening is van alle personeelsleden en vrijwilligers die werken met kinderen in het tehuis en dat er toezicht wordt gehouden op bezoekers om te voorkomen dat jongeren worden blootgesteld aan potentiële misbruikers' (Engeland, standaard 27).

Verder besteden veel standaarden aandacht aan de ondersteuning van personeel, veelal in combinatie met inhoudelijke begeleiding of supervisie. Zo ook in de standaard van New South Wales (Victoria) getiteld 'Leiding en ondersteuning in de residentiële hulpverlening'. Deze standaard luidt: 'Alle personeelsleden in de residentiële instelling krijgen nuttige en tijdige leiding en ondersteuning om betere uitkomsten voor kinderen en jongeren te faciliteren' (Australië- New South Wales, standaard 10.4). Omdat het te ver voert om hier voorbeelden van alle standaarden aan te halen, verwijzen we voor meer gedetailleerde informatie naar Berg (2009).

4.4 Organisatiekenmerken die bijdragen aan kwaliteit en effectiviteit

Op basis van de voorgaande paragrafen concluderen we dat de volgende tien organisatiekenmerken bijdragen aan een *goede kwaliteit* van zorg:

1. de aanwezigheid van managers met een duidelijk uitgewerkte strategie voor het omgaan met het gedrag en het verbeteren van gedrag van jeugdigen en voor het zorgen dat zij onderwijs krijgen; ,
2. een goede samenwerking binnen teams wat betreft consistentie, communicatie en rolverdeling; ,
3. stabiliteit binnen de organisatie;
4. stabiliteit binnen teams en leefgroepen;
5. het bieden van de mogelijkheid aan medewerkers om invloed uit te oefenen op de organisatie en op de wijze waarop zij hun werk verrichten;
6. het overbrengen van waardering voor het werk van medewerkers, zodanig dat medewerkers zich ook daadwerkelijk gewaardeerd voelen;
7. het training van vaardigheden van medewerkers;
8. het bieden van ondersteuning aan medewerkers;
9. een niet te grote organisatie;
10. bij voorkeur een niet te grote leefgroep, hoewel over de ideale verhouding tussen het aantal jeugdigen en het aantal begeleiders geen informatie beschikbaar is.

Onderstaande kenmerken dragen bij aan de *effectiviteit* van de geboden zorg:

1. een goede theoretische onderbouwing van de behandeling of interventie;
2. monitoring van de uitvoering ten behoeve van een hoge integriteit van de behandeling, onder andere. door het gebruiken van handleidingen;
3. het bieden van hulp die qua duur en intensiteit afgestemd is op de geconstateerde problemen;
4. zorgen voor goed opgeleid en competent personeel dat ondersteuning krijgt in de uitvoering van het werk;
5. continuïteit in de behandeling, organiseren van een goede aansluiting op het vervolg én op de andere onderdelen van de behandeling;
6. zorgen voor het ontwikkelen van motivatie bij de cliënten, onder andere door het raadplegen van de jeugdige en diens ouders;
7. het bieden van een heldere opbouw en fasering van de behandeling;
8. het hanteren van een heldere procedure voor behandelingsplanning;
9. zorgen voor een goede 'werkrelatie' tussen cliënt en hulpverlener.

Op basis van de kwaliteitsstandaarden zijn nog twee aanvullende kenmerken te formuleren, namelijk:

1. de screening van het personeel en vrijwilligers op misbruik;
2. het garanderen van vertrouwelijkheid van informatie en toegang tot informatie.

Bovenstaande rijtjes laten zien dat het trainen en ondersteunen van personeel bijdraagt aan de goede kwaliteit én aan de effectiviteit van de zorg.

5 Fysieke omgeving

In onderzoek wordt weinig aandacht besteed aan de fysieke omgeving in de residentiële jeugdzorg. Slechts twee onderzoeken zijn ons bekend waarin dat wel is gebeurd.

In de justitiële jeugdinrichtingen heeft enkele jaren geleden een pilot plaatsgevonden met het gebruik van meerpersoonskamers. De pilot was geen succes en anders dan in de inrichtingen voor volwassenen zijn er in de justitiële jeugdinrichtingen geen meerpersoonskamers gekomen. Uit de literatuurverkenning die voor de evaluatie van de pilot werd verricht, werd duidelijk dat jeugdigen een eigen kamer erg waarderen. Het gebruik van een kamer blijkt af te hangen van het aantal beschikbare vierkante meters per persoon. Bij veel ruimte is het makkelijker om los van elkaar activiteiten te ondernemen. Bij weinig ruimte zijn jeugdigen op elkaar aangewezen en zijn er geen mogelijkheden om zich terug te trekken. Dat werkt stressverhogend en kan agressief gedrag tot gevolg hebben. Los van de omvang van de kamer prefereren jeugdigen een kamer alleen. De behoefte aan zelfbepaling en bescherming tegenover overlast van groepsgenoten, zoals pesten, blijkt hierin een belangrijke rol te spelen. Degenen die wel een kamer willen delen, zijn jonge kinderen die dan minder angstig zijn, of meisjes van 16 jaar en ouder die een kamergenoot wel gezellig vinden. Bij zowel volwassenen als kinderen en jongeren blijkt het stressverlagend te werken als zij een bepaalde controle over hun situatie ervaren en tot rust kunnen komen. Een eigen kamer biedt die gelegenheid en biedt ook bescherming tegen onderling verbaal en fysiek geweld dat in instellingen voorkomt (Boendermaker et al., 2006).

Deze punten worden ook door jongeren genoemd in een onderzoek van Pehlivan, Strating en Havinga (2007). Zij spraken in opdracht van de Inspectie jeugdzorg met jongeren in instellingen om risico-indicatoren op te stellen. Jongeren noemden ook in onderzoek de eigen kamer een veilige plek die bescherming biedt tegen de dagelijkse hectiek in de leefgroep.

Bailey (2002) verrichtte een literatuurstudie naar de invloed van de fysieke omgeving binnen de residentiele jeugdzorg. In de literatuur wordt ondermeer aandacht besteed aan het belang van een huiselijke omgeving waarin de jeugdige zich veilig voelt. Al in het materiaalgebruik (zachte vloeren, sfeervolle belichting) kunnen keuzes gemaakt worden om deze huiselijkheid te bevorderen. Ook komt in de literatuur naar voren dat volle groepen niet goed zijn voor de ontwikkeling van de jeugdige: teveel drukte kan juist leiden tot agressie, terugtrekgedrag, vermijding of hyperactiviteit. Daarnaast kunnen volle groepen ervoor zorgen dat groepsleiders eerder controlerende en disciplinerende technieken inzetten in plaats van ondersteunende. Bailey benadrukt daarnaast het belang van privacy in de vorm van een plek waar de jeugdige zich terug kan trekken en die naar eigen smaak ingericht kan worden. Ook is het belangrijk dat een instelling mogelijkheden biedt om buiten te spelen om zo de fysieke, psychologische en cognitieve ontwikkeling van jeugdigen te bevorderen.

In Schotland is in vier instellingen onderzoek gedaan naar de wensen van jeugdigen en groepsleiding voor de inrichting van de omgeving waarin zij wonen, dan wel werken. Uitgangspunt is één van de 'National Standards on residential Care' waarin wordt benadrukt dat kinderen en jongeren behoren te verblijven in een omgeving waarin zij zich welkom en comfortabel voelen en die veilig is en makkelijk toegankelijk. Volgens deze standaarden leiden slecht ontworpen gebouwen tot een stigma en verlies van zelfrespect. Jongeren hebben bijvoorbeeld vaak commentaar op de afwezigheid van groepsleiders doordat die in hun kantoor verblijven. De manier waarop een gebouw is vormgegeven beïnvloedt ook de ontwikkelingsmogelijkheden van kinderen en hun fysieke veiligheid. Na

inventarisatie van de wensen zijn er veranderingen doorgevoerd: er is nieuw meubilair gekomen, er zijn andere kleuren en materialen gebruikt in keukens en zitkamers en ook badkamers zijn aangepakt. Het creëren van persoonlijke ruimte, esthetiek en functionaliteit bleken daarbij belangrijk. Duidelijk werd dat wensen van bewoners en medewerkers uiteenliepen. Opvallend is dat de medewerkers vaak maar lage verwachtingen hadden van de jeugdigen in hun groep en vaak dachten dat het toch allemaal zo weer kapot zou zijn. Na de aanpassingen werd duidelijk dat een inrichting van goede kwaliteit de sociale interactie positief beïnvloedde en een positieve impact had op het zelfvertrouwen van kinderen (Docherty et al., 2006)

Standaarden

Voor de fysieke omgeving zijn er vooral standaarden opgesteld voor het garanderen van privacy en het je ergens thuis voelen. De standaarden voor de 'harde' kant van de fysieke omgeving betreffen de veiligheid: hygiëne en brandveiligheid. Interessanter zijn de standaarden die eisen stellen aan de 'zachte kant' van de fysieke omgeving. Zo staat er in de Nederlandse Q4C standaarden dat 'jongeren kunnen blijven wonen waar zij zich thuis voelen' (Q4C NL, standaard 9).

In de standaarden komen de volgende aspecten ten aanzien van deze zachte kant naar voren:

- privacy;
- de persoonlijke bezittingen van de jongere;
- zorg dragen voor een huiselijke omgeving;
- het betrekken van de jongere bij de inrichting bij de accommodatie;
- de mogelijkheid tot het ontvangen van bezoek.

De aandacht voor privacy en voor de persoonlijke bezittingen van de jongere komen in alle standaarden voor. Hoewel in lang niet alle standaarden staat dat jongeren recht hebben op een eenpersoonskamer, staat bijvoorbeeld wel in alle standaarden dat zij recht hebben op privacy. Zo luidt het prestatiecriteria van één van de standaarden van Victoria, Queensland getiteld 'private space', eigen plek: 'de aanbieder garandeert dat de omgeving de privacy en vertrouwelijkheid van de kinderen en de jongeren op cultureel, sekse en leeftijd passende manieren ondersteunt' (Australië-Victoria, standaard 2.6).

In een aantal standaarden wordt ook ingegaan op een specifieke vorm van privacy; de privacy tijdens telefoneren. Zo staat in de Ierse standaarden: 'Jongeren hebben toegang tot faciliteiten om in het privé telefoontjes te plegen en te ontvangen' (Ierland, standaard 7.5). Ook gaan alle standaarden in op de persoonlijke bezittingen van de jongere. In de Ierse standaarden staat: "Jongeren hebben toegang tot een ruimte binnen het centrum waar hun persoonlijke bezittingen veilig kunnen worden bewaard' (Ierland, standaard 10.8).

Kenmerken die bijdragen aan goede kwaliteit van zorg:

1. een eigen kamer voor elke jeugdige: garandeert rust, privacy en veiligheid;
2. een lage bevolkingsdichtheid in de leefgroep;
3. het wonen in een 'persoonlijke' ruimte waarin gebruik is gemaakt van kwalitatief goed materiaal, meubels van goede kwaliteit en kleuren;
4. het bieden van een omgeving waarin jeugdigen zich thuis voelen.

6 Tot slot

In dit document is op een rij gezet wat er bekend is over kenmerken die de kwaliteit en effectiviteit van de residentiële jeugdzorg beïnvloeden. We hebben onderscheid gemaakt in kenmerken van kwalitatief goede orthopedagogische basiszorg in de vorm van verzorging en opvoeding in leefgroepen en effectieve behandeling door consequente feedback en individuele gesprekken door groepsleiders volgens het behandelplan en de inzet van interventies. Daarnaast kwamen organisatorische kenmerken en kenmerken van de fysieke omgeving aan de orde.

Hieronder vatten we de gevonden kenmerken samen. Vooraf willen we echter stilstaan bij het feit dat dit overzicht niet uitputtend is. Onderwerpen als onderwijs, vrijetijdsbesteding en arbeidstoeleiding komen in de geraadpleegde overzichtsstudies alleen in globale termen aan de orde, bijvoorbeeld dat deelname hieraan van belang is en gestimuleerd dient te worden (zie pagina 20/21 voor enkele voorbeelden van intensieve, individuele arbeidstoeleiding). Op welke wijze dit echter het beste georganiseerd kan worden, wat een effectieve aanpak is bij de problematische jongeren die doorgaans in de residentiële jeugdzorg geplaatst worden, komt niet aan de orde en vergt een aparte verkenning van de literatuur. Enkele aanverwante, maar heel specifieke vormen van 24-uurs zorg voor jeugdigen, zoals 'bootcamps', kampementen die vooral worden ingezet als straf, of campussen en internaten die vooral gericht zijn op onderwijs, zijn hier ook niet aan de orde gekomen.

Tot slot komt de behandelingsplanning in de geraadpleegde studies alleen globaal aan de orde, als algemeen werkzame factor. Hierover is nog veel meer informatie beschikbaar. Ook op dit terrein zou een goed overzicht een aparte literatuurverkenning vergen.

Kenmerken goede orthopedagogische basiszorg

Goede orthopedagogische basiszorg wordt geboden in instellingen met de volgende kenmerken:

1. Ze hebben aandacht voor en maken werk van het stimuleren van de normale ontwikkeling van jeugdigen. Dat kan door het stimuleren en ondersteunen van de deelname aan onderwijs, vrijetijdsbesteding, sport en werk, en door het bieden van een zo normaal mogelijk dagelijks leven, zonder daarbij de speciale behoeften van de jeugdigen uit het oog te verliezen.
2. Ze hebben oog voor de fysieke gezondheid van jeugdigen. Dat kan bijvoorbeeld door het ontmoedigen van roken en alcohol- of druggebruik en het helpen bij gezond internetgebruik, en door het bieden van een adequate toegang tot de gezondheidszorg.
3. Ze hebben aandacht voor jeugdigen als individu in plaats van alleen als groepslid. Dat kan door jeugdigen serieus te nemen en tijd nemen om naar jeugdigen te luisteren en er voor hen te zijn.
4. Ze bieden een veilige omgeving en weten pesten en onderling verbaal en fysiek geweld te voorkomen.
5. Ze besteden aandacht aan het gezin van herkomst en aan de relatie tussen jeugdigen en hun ouders. Dit kan bijvoorbeeld door er voor te zorgen dat een jeugdige contact kan onderhouden met vrienden en familie. Het kan ook betekenen dat er hulp en begeleiding voor de ouders nodig is. Het is van belang om per individuele jeugdige te beoordelen of, hoe en met welke intensiteit contact met het gezin van wenselijk is.

Op basis van de internationale kwaliteitsstandaarden zijn nog twee belangrijke aanvullende kenmerken te noemen:

- ze zorgen voor screening van het personeel en vrijwilligers op misbruik;
- ze garanderen vertrouwelijkheid van informatie en toegang tot informatie.

Kenmerken van effectieve zorg

Effectieve zorg en hulp wordt geboden in instellingen met de volgende kenmerken:

1. Ze bieden jeugdigen de mogelijkheid om individuele en groepstherapie te volgen naast of bovenop het verblijf in leefgroepen.
2. Deze interventies zijn in elk geval cognitief gedragstherapeutische interventies die gericht zijn op het verbeteren van sociale en probleemoplossende vaardigheden en het verminderen van gedragsproblemen en –stoornissen. Daarnaast zijn andere evidence based interventies nodig voor het verminderen van andere, bijvoorbeeld internaliserende problemen.
3. Ze zorgen ervoor dat elke jeugdige onderwijs geboden wordt dat bij past zijn of haar niveau.
4. Ze werken met ouders en gezinnen en bieden hen ook behandeling, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke situatie van de individuele jeugdige.
5. Ze zorgen voor een zorgvuldige overgang van instelling naar samenleving, bieden elke jeugdige bij die overgang een ‘pleitbezorger’ en geven ook nazorg.
6. Ze werken met kleinschalige (gezins)huizen met verzorgers of gezinshuisouders die grondig getraind zijn in een gedragsmatige aanpak, volgens de formule van de ‘Teaching Family Home’.

Randvoorwaarden

Training en ondersteuning van personeel

Om aan de kenmerken van goede orthopedagogische basiszorg en effectieve zorg en hulp te kunnen voldoen dienen verschillende randvoorwaarden vervuld te zijn. Zowel uit het beschrijvende onderzoek op het terrein van kwalitatief goede zorg, als uit het onderzoek naar effectieve interventies, als uit het onderzoek naar organisatorische kenmerken van instellingen komen dezelfde randvoorwaarden naar voren. Goed opgeleid en getraind personeel blijkt van groot belang, evenals monitoring van de uitvoering en ondersteuning bij de uitvoering van het werk. We vatten hieronder de overige kenmerken die vanuit de drie invalshoeken naar voren komen samen.

Om kwalitatief goede orthopedagogische basiszorg te kunnen bieden blijkt het noodzakelijk dat groepsleiders zich bewust zijn van het feit dat zij professionele opvoeders zijn en overeenkomstig weten te handelen. Naast de genoemde training en ondersteuning dienen groepsleiders handvatten of richtlijnen te krijgen voor hun dagelijks handelen, voor het garanderen van veiligheid en het hanteren van groepsdynamische aspecten.

Hierin kan bijvoorbeeld worden voorzien door groepsleiding te trainen in positief opvoeden, in het bewust afwijken van de eigen pedagogische stijl, bijvoorbeeld aan de hand van de Interactiewijzer, en in het hanteren van gedrag dat voortkomt uit onveilige hechting.

Ondersteuning wordt ook geboden door interventies op het niveau van de leefgroep toe te passen. Op basis van het beschikbare onderzoek is er echter nog geen uitsluitsel te geven over de interventie die daarvoor het beste werkt. Zo blijkt dat het gebruik van een puntensysteem in de leefgroep om gewenst gedrag te belonen leidt tot verbetering van sociale vaardigheden en vermindering van

gedragsproblemen en middelengebruik. Grootschalig onderzoek ontbreekt echter en een goede uitvoering van een dergelijk systeem vergt goed getraind personeel en monitoring van de uitvoering. Het is nog niet duidelijk of toepassing van groepsdynamische aanpakken als de Positive Peer Culture (PPC) tot goede uitkomsten leidt. Buitenlandse onderzoeksresultaten spreken elkaar tegen. Het verrichte onderzoek laat tekortkomingen zien, terwijl uit kwalitatief onderzoek negatieve ervaringen van jeugdigen en ouders met PPC naar voren komen.

Met onderlinge hulpbijeenkomsten, bijvoorbeeld als onderdeel van Equip, of met het onderling toepassen van positieve feedback door jongeren is een mogelijkheid om een positieve sfeer en de veiligheid in de groep te stimuleren. Voorwaarde is wel dat jongeren eerst getraind worden in probleemoplossende vaardigheden, agressieregulatie en het ontwikkelen van inzicht in andermans standpunt. Het bespreken van morele dilemma's traint jongeren in het bekijken van situaties vanuit een ander gezichtspunt. Voor het verminderen van deviantietraining en negatieve onderlinge beïnvloeding moeten groepsleiders speciaal toegerust en getraind zijn in het hanteren van groepsdynamische processen. Voor Equip zijn deels positieve resultaten gevonden. Zo was er bijvoorbeeld sprake van een afname van denkfouten en een minder positieve houding tegenover het plegen van delicten. Er werden geen effecten op recidive gevonden.

Organisatorische kenmerken

Naast training en ondersteuning van het personeel dragen onderstaande organisatorische kenmerken bij aan zorg van goede kwaliteit:

1. het management heeft een duidelijke visie op en een uitgewerkte strategie voor het omgaan met het gedrag van kinderen en zorgt ervoor dat kinderen onderwijs ontvangen;
2. binnen teams is sprake van een goede samenwerking wat betreft consistentie, communicatie en rolverdeling;
3. binnen de organisatie is sprake van stabiliteit;
4. binnen teams en leefgroepen is sprake van stabiliteit;
5. medewerkers hebben de mogelijkheid invloed uit te oefenen op de organisatie en de wijze waarop zij hun werk verrichten;
6. medewerkers hebben het gevoel dat hun werk gewaardeerd wordt;
7. de organisatie is niet te groot, hoewel onderzoek geen duidelijke aanwijzingen geeft hoe groot té groot is;
8. de leefgroepen zijn klein, hoewel de literatuur geen duidelijke aanwijzingen oplevert over de ideale omvang van de groep;
9. tussen het aantal medewerkers en jeugdigen bestaat een goed werkbare verhouding, hoewel uit de literatuur geen duidelijke aanwijzingen komen voor de ideale verhouding tussen het aantal jeugdigen en het aantal begeleiders.

Algemeen werkzame factoren

Naast training en ondersteuning van het personeel dragen de onderstaande kenmerken bij aan de effectiviteit van interventies die toegepast worden:

- goede theoretische onderbouwing van de behandeling of interventie;
- monitoring van de uitvoering ten behoeve van een hoge integriteit van de behandeling, onder andere door het gebruiken van handleidingen;
- bieden van hulp die qua duur en intensiteit afgestemd is op de geconstateerde problemen;
- continuïteit in de behandeling onder andere doordat groepsleiders in de leefgroep feedback geven op wat een jeugdige in een individuele interventie heeft geleerd, en door

het organiseren van een goede aansluiting op het vervolg én op de andere onderdelen van de behandeling;

- zorgen voor het ontwikkelen van motivatie bij de cliënten, onder andere door het raadplegen van de jeugdige en diens ouders;
- het bieden van een heldere opbouw en fasering van de behandeling;
- het hanteren van een heldere procedure voor behandelingsplanning;
- zorgen voor een goede ‘werkrelatie’ tussen cliënt en hulpverlener.

De fysieke omgeving

Over kenmerken op dit terrein is nog weinig bekend omdat er nauwelijks onderzoek naar is gedaan. Uit de beschikbare informatie zijn wel enkele kenmerken voor kwalitatief goede zorg te destilleren, namelijk:

- een eigen kamer voor elke jeugdige om rust, privacy en veiligheid te garanderen;
- een lage bevolkingsdichtheid in de leefgroep;
- het wonen in een persoonlijke ruimte waarin gebruik is gemaakt van kwalitatief goed materiaal, meubels van goede kwaliteit en kleuren;
- het bieden van een omgeving waarin jeugdigen zich thuisvoelen.

Tot slot

Hoe kan deze lijst met kenmerken nu het beste in de dagelijkse praktijk gebruikt worden? In 2011 is de informatie uit dit document omgezet in werkbladen die instellingen kunnen gebruiken om binnen teams de kwaliteit en effectiviteit van het aanbod te bespreken. De werkbladen zijn te downloaden via www.nji.nl/watwerkt (en vervolgens onder het kopje residentiele jeugdzorg).

Referenties

- Abramovitz, R., & Bloom, M. D. (2003). Creating sanctuary in residential treatment for youth: from the "well-ordered asylum" to a "living-learning environment. *Psychiatric Quarterly*, 74(2), 119-135.
- Anglin, J. (2002). Pain, normality and the struggle for congruence: reinterpreting residential care for children and youth. *Child and Youth Services*, 24(1/2), 1- 165.
- Armelijs, B-Å & T.H. Andreassen (2007). *Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4, Art.No. CD005650, DOI: 10.1002/14651858. CD005650.pub2.
- Bailey, K.A. (2002): The Role of the Physical Environment for Children in Residential Care, *Residential Treatment For Children & Youth*, 20:1, 15-27
- Barth, R. (2005). Residential care: from here to eternity. *International Journal of Social Welfare*, 14, 158-162.
- Berg-le Clercq, T. (2009). Internationale standaarden in de (residentiële) jeugdzorg. Utrecht: NJi.
- Berridge, D. & Brodie, I. (1998). *Children's Homes Revisited*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Berridge, D (2002). 'Residential Care', in McNeish, D, Newman, T & Roberts, H (Eds.) *What Works for Children? Effective Services for Children and Families*, (pp. 83-104), Open University Press.
- Biehal, N., Ellison, S. en Sinclair, I. (2011), 'Intensive fostering. An independent evaluation of MTFC in an English setting', in: *Children and Youth Services Review*, 33(10), 2043-2049.
- Binsbergen, M.H. van (2003). *Motivatie voor behandeling. Ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële instelling*. Leuven-Apeldoorn: Garant (proefschrift RU Leiden)
- Boendermaker, L. (red.) (2005). *De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen*. Utrecht: NIZW jeugd.
- Boendermaker, L., Harder, A.T. et al (2007) *Programmeringsstudie jeugdzorg*. Utrecht: NIZW jeugd.
- Boendermaker, L. & J. uit Beijerse (2008). *Jeugd en opvoeding achter 'tralies'. Justitiële jeugdinrichtingen tussen juridische beginselen en pedagogische praktijk*. Amsterdam: SWP.
- Boendermaker, L., Bruinsma, W., Schouten, R. & M. van der Pijll (2006). *Met meer op één kamer? Meerpersoonskamers in de justitiële jeugdinrichtingen*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) / (nu: Nederlands Jeugdinstituut, NJi).
- Brendtro, L.K., Mitchell, M.L. & McCall, H. (2007). Positive Peer Culture: Antidote to "Peer Deviance Training." *Reclaiming children and youth*, 15 (4), pp. 200-206.
- Brown, E., Bullock, R., Hobson, C., & Little, M. (1998). *Making residential care work: structure and culture in children's homes*. Aldershot: Ashgate Publishing.
- Brugman, D. (2007). Op werkbezoek in de VS: het Equip-opvoedingsprogramma voor delinquenten jongeren. *Kind en Adolescent*, 28, 274-276.
- Bruininks, A.C. (2000). *Orthopedagogisch groepswerk: een kijk op de praktijk*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Brummelaar, M.D.C. ten, Boendermaker, L., Harder, A.T. en Knorth, E.J. (2011), *JeugdzorgPlus. Trajectzorg voor jongeren met ernstige gedragsproblemen*. Groningen, Uitgeverij Stichting Kinderstudies.
- Buehler, R. E., Patterson, G. R., & Furniss, J. M. (1966). The reinforcement of behavior in institutional settings. *Behavior Research and Therapy*, 4, 157-167.

- Burns, B. J., Hoagwood, K. & Mrazek, P. J. (1999). Effective treatment for mental disorders in children and adolescents. *Clinical Child and Family Review*, 2, 199–254.
- Carr, A. (2009). *What works with children, adolescents and adults? Review of Research on the Effectiveness of Psychotherapy*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Cashmore, J. (2002). Promoting the participation of children and young people in care. *Child Abuse and Neglect*, 26, 837-847.
- Chamberlain, P. (2003). The Oregon multidimensional treatment foster care model: Features, outcomes, and progress in dissemination. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10 (4), 303-312.
- Chamberlain, P., Leve, L. D., & DeGarmo, D.S. (2007). Multidimensional Treatment Foster Care for girls in the juvenile justice system: 2-year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), 187-193.
- Chance, S., Dickson, D., Marrone Bennett, P. & Stone, S. (2010). Unlocking the doors: How fundamental changes in residential care can improve the ways we help children and families. *Residential Treatment For Children & Youth*, 27(2), 127-148.
- Clough R., Bullock R. and Ward A. (2006) *What Works in Residential Child Care: A review of research evidence and the practical considerations*, London: National Children's Bureau.
- Clough, R. (2000). *The practice of residential work*. Houndsmill Basingstoke: Macmillan Press Ltd.
- Dam, C. van, Nijhof, K., Scholte, R., & Veerman, J. W. (2010). *Evaluatie Nieuw Zorgaanbod: Gesloten jeugdzorg voor jongeren met ernstige gedragsproblemen [Evaluation New Care Supply: Secure youth care for young people with serious behavioral problems]*. Nijmegen: Praktikon/ Radboud University Nijmegen.
- Department of Health (1998). *Caring for children away from home. Messages from research*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Department of Health (1998). *Caring for children away from home. Messages from research*. Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Dishion, T.J., McCord, J. & F. Poulin (1999). When interventions harm. Peer Groups and Problem Behavior. *American Psychologist*, 54(9), 755-764.
- Docherty, C., Kendrick, A., Sloan, P. & J. Lerpiniere (2006). *Designing with Care, interior design and residential child care*. Edinburgh: Scottish Executive Education Department.
- Dunnen, W. den, St. Pierre, J., Stewart, S.L., Johnson, A., Cook, S. & Leschied, A.W. (2012). Predicting Residential Treatment Outcomes for Emotionally and Behaviorally Disordered Youth: The Role of Pretreatment Factors. *Residential Treatment For Children & Youth*, 29 (1), 13-31.
- Easson, W.M. (1996). *The management of the severely disturbed adolescent*. Madison, CT: International Universities Press.
- Edens, F.M. (1998). Enhancing the professional competence of residential child care workers: effects of a training programme. *Educational Research & Evaluation*, 4 (1), 1-12.
- Elling, M. (december 2004). Databank effectieve jeugdinterventies (testversie): beschrijving 'Equip'. Utrecht: NIZW. Gedownload op 20/05/2009 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.
- Frensch, K. & Cameron, G. (2002). Treatment of choice or a last resort? A review of residential mental health placements for children and youth. *Child and Youth Care Forum*. 31(5), 307–339.
- Garret, C.J. (1985). Effects of residential treatment on adjudicated delinquents: a meta-analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22, 287-308.

- Genovés, V.C., Morales, L.A. & Sánchez-Meca, J. (2006). What works for serious juvenile offenders ? A systematic review. *Psicothema*, 18 (3), 611-619.
- Geurts, E.M.W. (2010). Ouders betrekken in de residentiële jeugdzorg. Antwerpen-Apeldoorn: Garant (Proefschrift).
- Gibbs, J. C., Potter, G. B., Barriga, A. Q., & Liau, A. K. (1996). Developing the helping skills and prosocial motivation of aggressive adolescents in peer group programs. *Aggression and Violent Behavior*, 1, 283–305.
- Gibbs, J.C., Potter, G.B., & Goldstein, A.P. (1995). The EQUIP program: Teaching Youth to think and act responsibly through a peer-helping approach. Champaign, IL: Research Press.
- Gilligan, R. (2000). Adversity, resilience and young people: the protective value of positive school and spare time experiences. *Children and Society*, 14(2000), 37-47.
- Gilligan, R. (2001). *Promoting resilience: a resource guide on working with children in the care system*. London: British Agencies for Adoption and Fostering.
- Goggin, C. & P. Gendreau (2006). The implementation and maintenance of quality services in offender rehabilitation programmes. In: C.R. Hollin & E.J. Palmer. *Offending Behaviour Programmes: Development, Application, and Controversies*, pp. 209-246 (chapter 7). Plaats: John Wiley & Sons.
- Gold, M., & Osgood, D. W. (1992). *Personality and peer influence in juvenile corrections*. Westport, CN: Greenwood Press.
- Gorske, T. T., Srebalus, D. J., & Walls, R. T. (2003). Adolescents in residential centres: Characteristics and treatment outcome. *Children and Youth Services Review*, 25, 317–326.
- Gottfredson, G.D. (1987). Peer Group interventions to reduce the risk of delinquent behavior: A selective review and a new evaluation. *Criminology*, 25, 671-714.
- Gwynn, C., Meyer, R., & Schaefer, C. (1988). The influence of peer culture in residential treatment. In C. E. Schaefer & A. J. Swanson (Eds.), *Children in residential care: Critical issues in treatment* (pp. 104–133). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Hair, H.J. (2005). Outcomes for children and adolescents after residential treatment: a review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14 (4), 551-575.
- Handwerk, M.L., Field, C.E. & Friman, P.C. (2000). The iatrogenic effects of group intervention for antisocial youth: premature extrapolations? *Journal of Behavioral Education*, 10 (4), 223-238.
- Harder, A. T., Kalverboer, M. E., & Knorth, E. J. (2011). They have left the building. A review on aftercare services' outcomes for adolescents following residential youth care. *International Journal of Child and Family Welfare*, 14, 86-104.
- Harder, A.T., Knorth, E.J. & Tj. Zandberg (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.
- Harder, A.T. (2011), *The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care* (proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Harker, R.M., Dobel-Ober, D., Lawrence, J., Berridge, D. & Sinclair, R. (2003). Who takes care of education? Looked after children's perceptions of support for educational progress. *Child and Family Social Work*, 8, 89-100.
- Helm, P. van der (2011), *First do no harm. Living group climate in secure juvenile correctional institutions* (proefschrift). Amsterdam, Uitgeverij SWP.
- Hendriksen-Favier, A., Place, C., & Van Wezep, M. (2010). *Procesevaluatie van YOUTURN: instroomprogramma en stabilisatie en motivatieperiode: Fasen 1 en 2 van de basismethodiek in justitiële jeugdinrichtingen*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

- Heron, G. & Chakrabarti, M. (2003). Exploring the perceptions of staff towards children and young people living in community-based children's homes. *Journal of Social Work*, 3(1), 81-98.
- Hicks, L., Gibbs, I., Weatherly, H. & Byford, S. (2008). Management, leadership and resources in children's homes: what influences outcomes in residential Child-care settings? *The British Journal of Social Work*, 1-18.
- Hipwell, A. & R. Loeber (2007). Weten we welke interventies effectief zijn voor disruptieve en delinquente meisjes? *Kind en adolescent review*, 14 (4), pp. 371-440.
- Hoex, J. & S. Kwok (2009). Pedagogische kwaliteit op orde. Utrecht: NJi.
- Hoge, R. D., Guerra, N. G., & Boxer, P. (Eds.). (2008). *Treating the Juvenile Offender*. New York: Guilford Press.
- Huefner, J.C., Handwerk, M.L., Ringle, J.L. & Field, C.E. (2009). Conduct disordered youth in group care: an examination of negative peer influence. *Journal of Child and Family Studies*, 18:719–730
- Jeugdzorg Nederland (2011). Brancherapportage Jeugdzorg 2010. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence & Abuse*, 7, 34-60.
- Jonker, A. (2004). *Niet opsluiten, maar opvoeden*. Utrecht: Uitgeverij Agiel (dissertatie Rijksuniversiteit Groningen).
- Kapp, S. A. (2000). Positive peer culture: the viewpoint of former clients. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10, 175-189.
- Knorth, E.J., (2005). *Wat maakt het verschil? Over intensieve orthopedagogische zorg voor jeugdigen met probleemgedrag. Inaugurale rede*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Kok, J.M., Menkehorst, G.A.B.M; Naayer, P.M.H.& Tj. Zandberg (1991). *Residentieel gedragstherapeutisch behandelingsprogramma : ontwikkeling, invoering, effectmeting*. Assen: Dekker & Van de Vegt,
- Kok, J.F.W. (1999). Specifiek opvoeden. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Kruijs, E.M.J. (2008). Sekse, behandelmotivatie en denkfouten. Een onderzoek naar de invloed van sekse en behandelmotivatie op de effectiviteit van EQUIP. Utrecht: Universiteit Utrecht (Thesis Master Orthopedagogiek).
- Lange, M. de, Dam, C. van, Dresen, C., Geurts, E. & Knorth, E. (2011). Doorgaande zorg na JeugdzorgPlus. *Jeugd en Co Kennis*, 5 (4), 8-18.
- Lee, B. R., Chmelka, M. B., & Thompson, R. (2010). Does what happens in group care stay in group care? The relationship between problem behaviour trajectories during care and postplacement functioning. *Child & Family Social Work*, 15(3), 286-296.
- Leeman, L.W., Gibbs, J.C. & Fullder, D. (1993). Evaluation of a multicomponent group treatment program for delinquents. *Aggressive Behavior*, 19, 281-292.
- Lipsey, M. W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims & Offenders*, 4(2), 124-147.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 313-345). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Loeffen, M. (2007). *Residentieële jeugdzorg in beeld. Een onderzoek naar de intersectorale stand van zaken in Nederland*. Utrecht: Collegio.
- Lowenkamp, C.T. (2004). *Correctional program integrity and treatment effectiveness: a multi-site, program-level analysis*. Cincinnati: University of Cincinnati, division of research and advanced studies. (Proefschrift).

- Mager, W., Milich, R., Harris, M.J. & Howard, A. (2005). Intervention groups for adolescents with conduct problems: Is aggregation harmful or helpful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (3), 349-362.
- Mainey, A. & Crimmens, D. (2006). *Fit for the future? Residential child care in the United Kingdom*. Londen: National Children's Bureau.
- Mainey, A. (2006). Working together: Teamwork, communication and support. In: A. Mainey & D. Crimmens (Eds). *Fit for the future? Residential child care in the United Kingdom*. Londen: National Children's Bureau, 39-48.
- Martin, P., & Jackson, P. (2002). Educational success for children in public care: advice from a group of high achievers. *Child and Family Social Work*, 7, 121-130.
- McCurdy, B.L. & E.K. McIntrye (2004). 'and what about residential..? re-conceptuallizing residential treatment as a stop-gab service for youth with emotional and behavioral disorders. *Behavioral Interventions*, 19, pp. 137-158.
- McLendon, T., McLendon, D. & Hatch, L. (2012). Engaging families in the residential treatment process utilizing family-directed structural therapy. *Residential Treatment For Children & Youth*, 29 (1), 66-77.
- Milligan, I. (2006). Staff morale, motivation and job satisfaction. In: A. Mainey & D. Crimmens (Eds). *Fit for the future? Residential child care in the United Kingdom*. Londen: National Children's Bureau, 27-39.
- Morton, J., Clark, R., & Pead, J. (1999). *When care is not enough*. Melbourne: Department of Human Services, Victoria.
- Murray, L. & Sefchik, G. (1992). Regulating behavior management practices in residential treatment facilities. *Children and Youth services review*, 14, 519-539.
- Nas, C. (2005). *EQUIPping delinquent male adolescents to think pro-socially*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen (dissertatie).
- Nas, C., Brugman, D. & Koops, W. (2006). Peergroup interventieprogramma's voor delinquentie jongeren. In: J.R.M. Gerris (red.) *Het belang van school, ouders, vrienden en buurt*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Newman, T. (2002). *Promoting resilience: a review of effective strategies for child care services*. Exeter: Centre for Evidence Based Social Services, University of Exeter.
- Parker, RA. (1988). 'Children'. In: Sinclair, I. *Residential Care: The research reviewed*. London: HMSO.
- Pehlivan, T., Strating, G. en L. Havinga (2007). 'Sowieso moet je niemand in de wereld vertrouwen, maar daar al helemaal niet'. *Jongeren over risico-indicatoren*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Penna, S, Paylor, I and Soothill, K. *Job Satisfaction and Dissatisfaction: A Study of Residential Care Work*, National Institute of Social Work, London.
- Pfeiffer, S.I. & Strzelecki, S.C. (1990). Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 847-53.
- PSW (2008). *Handleiding basismethodiek JJI*. Den Bosch: PSW.
- Ryan, J.P. (2006). Dependent youth in juvenile justice: do positive peer culture programs work for victims of child maltreatment. *Research on Social Work Practice*, 16, 511-519.
- Scottish Institute for Residential Child Care. (2004). *Areas of concern in residential child care. Taken from the SIRCC Annual Report*. Retrieved 28 July, 2005

- Sen, R. & Broadhurst, K. (2011). Contact between children in out-of-home placements and their family and friends networks: a research review. *Child and Family Social Work*, 16, 298–309.
- Sinclair, I. & Gibbs, I. (1998). *Children's homes: a study in diversity*. Wiley, Chichester.
- Slot, N.W. & H.J.M. Spanjaard (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Intro.
- Smith, D.K., Chamberlain, P. & Mark, E.J. (2010). Preliminary support for multidimensional treatment foster care in reducing substance use in delinquent boys. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. Vol.19(4), 343-358.
- Steege, M. van der (2009). *Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht. Eindrapport met opbrengsten en aanbevelingen*. Utrecht: NJi.
- Stevens, J. et al (2009). *De jeugd een zorg. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Sunseri, P. A. (2001). The prediction of unplanned discharge from residential treatment. *Child and Youth Care Forum*, 30, 283–303.
- Sutton, L., & Mannes, M. (2011). *Out of Home Placements and their Developmental Impact on Children: A Review of the Research*. International Center for Research and Innovation in Fostering.
- Swart, J.J.W. de, Broek, H. van den, Stams, G.J.J.M., Asscher, J.J., Laan, P.H. van der, Holsbrink-Engels, G.A., Helm, G.H.P. van der (2012). The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. *Children & Youth Services Review*, 34, 1818-1824.
- Thomson, L., McArthur, M., Long, R. & Camilleri, P. (2005). *What works in residential care?* Watson: Institute of child protection studies.
- Trimbos instituut (2010). *Tendrapportage GGZ 2010. Deel 2, toegang en zorggebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Underwood, L.A., Barretti, L., Storms, T.L. & N. Safonte-Strumolo (2004). A review of clinical characteristics and residential treatment for adolescent delinquents with mental health disorders. A promising residential program. *Trauma, Violence & Abuse*, 3, 199-242.
- Vlugt, I. van der & Jong, I. de (2005). *Verkeerde afslag? Eerdere ervaringen met steun en hulp van civielrechtelijk geplaatste jongeren in de JJI. Een praktijkgericht onderzoek*. Utrecht: Transact en Collegio.
- Vorrath, H.H. & Brendtro, L.K. (1985). *Positive peer culture*, second edition. New York: Aldine Publishing Company
- Waltz, G., Van Ommeren, M., Stroeker, N., Bokdam, J., Bourdrez, L., & Ince, D. (2011). *Handreiking interventies kwetsbare jongeren*. Zoetermeer: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- 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.
- Whitaker, D, Archer, L. and Hicks, L. (1998) *Working in Children's Homes: Challenges and complexities*. Chichester: Wiley.
- Whitaker, J.D. (2004). The re-invention of residential treatment: An agenda for research and practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 267-278.
- Weijnenberg, T. & T. Rasenberg (2004). *Groepsteams in de residentiële jeugdhulpverlening. Een onderzoek naar de verbetering van het teamfunctioneren na een integratieve teamtraining*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Wigboldus, E. H. M. (2002). *Opvoedend handelen in een justitiële jeugdinstelling*. Leuven/Apeldoorn: Garant (proefschrift).

