



## Interventie EVA-Zahir

---

## Erkenning

Erkend door Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 15 september 2017

Oordeel: Goed onderbouwd

## Referentie in verband met publicatie

Gerda de Groot (Fier)/ Ilona Brekelmans (Kompaan en De Bocht),

Titel interventie: EVA-Zahir

Databank(en): Databank Effectieve Interventies

Plaats, instituut: Utrecht, NJi

Datum: maart, 2016

# Inhoud

Inhoud .....	3
Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	5
1. Probleemomschrijving.....	5
2. Beschrijving interventie .....	10
2.1 Doelgroep .....	10
3. Onderbouwing .....	32
4.Uitvoering .....	53
5.Onderzoek naar praktijkervaringen .....	58
6.Onderzoek naar de effectiviteit.....	58
7. Aangehaalde literatuur.....	59

# Samenvatting

---

## Doelgroep

Meiden en jonge vrouwen van 12 t/m 23 jaar uit die te maken hebben met (dreigend) eengerelateerd geweld door hun (schoon)familie en/of (ex)partner omdat er vanuit het perspectief van de familie/ouders/partner sprake is van wangedrag dat openbaar is geworden of kan worden. Het (dreigend) eengerelateerd geweld gaat gepaard met veiligheidsrisico's, actuele en vaak onderliggende problematiek.

---

## Doel

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

---

## Aanpak

Het zorgprogramma richt zich op drie pedagogische milieus (wonen, school of werk en vrije tijd) en bestaat uit vier fasen: 1. Stabilisatie, 2. Verwerking en behandeling, 3. Integratie en 4. Uitstroom /nazorg en follow-up. De behandeling duurt maximaal 1 jaar.

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

---

## Materiaal

- Handboek zorgprogramma EVA – Zahir.
  - Verwijskaart/folder en informatiemateriaal voor cliënten (op intranet).
  - E-Module huwelijksdwang ontwikkeld door Fier samen met The Next Page en in samenwerking met EVA, Kompaan en De Bocht (2014).
  - Checklist Eengerelateerd geweld LEC EGG.
- 

## Onderbouwing

Het zorgprogramma richt zich op onveiligheid als gevolg van (dreigend) eengerelateerde geweld en op de hier mee samenhangende actuele en onderliggende problematiek.

Essentieel m.b.t. veiligheid en ontwikkelingsmogelijkheden zijn:

- creëren van veiligheid door specifieke veiligheidstaxatie en –analyse, een veilig, beschermend pedagogisch basisklimaat, een duidelijke dagstructuur, mogelijkheden in toegepaste bemiddeling;
- het betrekken van en werken met het gezin en de sociale omgeving aan positief gedrag en constructieve interactiepatronen m.b.v. bemiddeling, systeemtherapie;
- evidence based interventies om de gezag- en gedragsproblematiek, gestagneerde ontwikkeling en psychiatrische en/of traumaproblematiek te verminderen of er mee om te leren gaan;
- de mogelijkheden van intern en passend onderwijs en de focus op vervolgopleiding / arbeidsparticipatie;

- de verbinding van een normaal dagelijks leven met specifieke behandeling;
- mogelijkheden in begeleid en beschermd wonen en nazorg bij zelfstandig wonen ofwel een gedegen afstemming met hulpverlening elders.
- de opname is in meidengroepen in een gespecialiseerde open categorale opvang- en behandelsetting, waar sprake is van een samenhangende integrale aanpak van gecombineerde jeugdzorg en jeugd-ggz.

---

## Onderzoek

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

- Een beschrijvend onderzoek naar de achtergrond van 86 meiden, opgenomen in Zahir tussen 1 januari 2008 en 1 maart 2010. De conclusie was dat de problematiek van deze meiden vraagt om gespecialiseerde opvang en behandeling ( van Dijke & Terpstra, 2010).
- Een kwalitatief onderzoek aangevuld met kwantitatieve data d.m.v. semigestructureerde interviews met 33 meiden na hun behandeling bij Fier. Van de 33 meiden behoorden 11 meiden tot de doelgroep van EVA-Zahir. Het onderzoek beschrijft de situatie van de meiden bij binnenkomst, hoe ze het leven in de groep ervoeren, wat ze van de groepsbegeleiding en diverse therapieën vonden, hoe veilig ze zich binnen de instelling voelden en hoe ze het onderwijs en de buitenschoolse activiteiten hebben ervaren. Geleerde lessen en verbeterpunten zijn hierop beschreven. Een van de conclusies is dat voor duurzame zorg vervolgzorg essentieel is (Werson, e.a., 2015).

# Uitgebreide beschrijving

---

## 1. Probleemomschrijving

---

### Probleem

Eva-Zahir is ontwikkeld voor meiden<sup>1</sup> die te maken hebben met eengerelateerde druk of eengerelateerd geweld<sup>2</sup>, bijbehorende veiligheidsrisico's en een combinatie van actuele en vaak onderliggende problematiek.

### Definitie en uitingsvormen

Eengerelateerd geweld kent de volgende definitie: elke vorm van geestelijke of lichamelijk geweld gepleegd vanuit een collectieve mentaliteit in een reactie op een (dreiging van) schending van de eer van een man of vrouw en daarmee van zijn of haar familie waarvan de buitenwereld op de hoogte is of dreigt te raken (Ferwerda & Van Leiden, 2005).

---

<sup>1</sup> Voor de leesbaarheid schrijven we vanaf hier 'meiden' waar we meiden en jonge vrouwen bedoelen.

<sup>2</sup> Eengerelateerd geweld is geen gangbaar begrip in de gemeenschappen waar de meiden toe behoren. Zij interpreteren hun ervaringen dan ook niet vanuit het perspectief van eengerelateerd geweld. Wij noemen daarom eengerelateerde druk als de impliciete druk zich te gedragen conform de waarden en normen van de sociale omgeving. Eengerelateerd geweld wordt in de definitie omschreven.

Eergerelateerd geweld kan verschillende vormen aannemen: angst aanjagen en bedreiging, vrijheidsbeperkende maatregelen en psychische druk, gedwongen maagdenvlieshersteloperatie, gedwongen huwelijk en uithuwelijking, gedwongen abortus of gedwongen afstand van pasgeboren kind, afpakken van kinderen, terugsturen naar het land van herkomst, weigering van eigen gekozen huwelijkskandidaat, uitstoting uit de familie, mishandeling, verminking, moord, aanzetten tot zelfmoord.

Vormen van eergerelateerd geweld die volgens leden van migrantengemeenschappen het meest voorkomen in Nederland, zijn: vrijheidsbeperking, mishandeling, isolering en vernedering. Als ernstige vormen van eergerelateerd geweld noemen zij: verstoting, moord (Turken), zelfmoord (Hindoestanen), terugsturen naar het land van herkomst (Turken en Marokkanen) en uithuwelijking (Brenninkmeijer, e.a. 2009).

### **Eer, aantasting van de familie eer of de seksuele eer en eergerelateerd geweld**

Een eercultuur is een collectieve cultuur waarin eer bepalend is voor de omgang met elkaar en waar de familie-eer een belangrijke plaats inneemt (Ermers, 2007). Aan deze eer zijn minimum vereisten gekoppeld zoals maagdelijkheid en gehoorzaamheid aan en respect voor ouders en ouderen (Brenninkmeijer e.a., 2009). Overtreding van de minimumvereisten kan snel als 'schending van eer' worden opgevat. Bij (mogelijke) aantasting van de familie-eer kan eergerelateerd geweld volgen vooral wanneer de (mogelijke) aantasting bekend is in de sociale omgeving. De familie moet dan maatregelen nemen om de familie-eer te herstellen en als zodanig te voldoen aan de collectieve norm, Doet zij dat niet dan zou zij daarmee het wangedrag goedkeuren. De sociale omgeving zal hierop sancties treffen.

De vereisten ten aanzien van eer veroorzaken voor veel jongeren uit traditionele eerculturen die in een westerse samenleving opgroeien dilemma's: twee culturen, twee leefwerelden, die allebei deel van hen zijn. Vanuit hun familie ervaren zij eergerelateerde druk zich te gedragen conform hun norm. In contact met bijvoorbeeld jongeren op school, ervaren zij andere waarden en normen (Brenninkmeijer, e.a. 2009).

Ook de familie kan druk ervaren: uit systeemgesprekken bij EVA-Zahir blijkt bijvoorbeeld dat interne druk wordt ervaren door zonen die traditioneler zijn dan ouders en/of door familieleden in het buitenland, en externe druk door de sociale omgeving wanneer die meer hecht aan de traditionele waarden en normen dan de familie.

We zien dus een breed continuüm waarin aan het ene uiterste de traditionele families zich bevinden en aan het andere uiterste de families die door anderen onder druk worden gezet. De druk naar jongeren om zich te gedragen volgens de waarden en normen van de familie en/of sociale omgeving gaat veelal gepaard met vormen van eergerelateerd geweld om het (vermoede) wangedrag te voorkomen dan wel te sanctioneren.

### **Problematiek**

Eergerelateerd geweld en daaruit voortkomende problematiek manifesteren zich vooral in de leeftijdsfase van pubertijd en adolescentie (de huwbare leeftijd) die essentieel is voor de ontwikkeling van jongeren. De problematiek kan bij hen een ernstige bedreiging voor hun

sociaal-emotionele, cognitieve, seksuele en persoonlijkheidsontwikkeling vormen. Bij de meiden van EVA -Zahir gaat het veelal om complexe problematiek die zich op verschillende pedagogische milieus (wonen, school/werk en vrijetijd) voordoet (Rasmussen, 2004). Het betreft:

- veiligheidsproblematiek;
- gedrag- en gezagproblematiek;
- traumagerelateerde problematiek;
- psychosociale problematiek;
- problematiek in onderwijs;
- verstoorde contacten / breuk met de primaire steunstructuren;
- gebrek aan vaardigheden om vrije tijd constructief in te vullen.

Bovenstaande kan zich afspelen binnen de context van gezinsproblematiek, waarbinnen een grote diversiteit:

- migranten- en vluchtelinggezinnen die soms ernstig getraumatiseerd zijn;
- gezinnen die nauwelijks /niet geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving en in Nederland overleven' in hun traditionele leefwijze;
- gezinnen waarin de verschillen tussen partners in biculturele relaties spanningen veroorzaken in de ouderrelatie;
- gezinnen die zich aan de 'onderkant' van de samenleving bewegen en waarin sprake kan zijn van werkloosheid, geweld, politiecontacten, criminaliteit;
- gezinnen die te maken hebben met psychiatrische problematiek, soms met verslavingsproblematiek;
- gezinnen waarin sprake is van geweld zoals geestelijke en fysieke mishandeling, kindermishandeling, seksueel misbruik.

Daarnaast zien we ook gezinnen waar ouders geïntegreerd zijn, banen hebben maar problemen ervaren door druk van de familie t.a.v. leefwijze, huwelijken van de kinderen in het gezin.

## Omvang en spreiding

Het Landelijk Expertise Centrum eengerelateerd geweld (LEC EGG) biedt jaarcijfers van algemene zaken eengerelateerd geweld die aan het LEC EGG worden voorgelegd.

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Aantal zaken<sup>3</sup></b>	498	504	492	506	460

## Spreiding aantal zaken per politie-eenheid

Eenheid	2013	%	2014	%
---------	------	---	------	---

<sup>3</sup> De hier gepresenteerde aantallen zaken per jaar betreffen niet het totale aantal zaken dat de politie in beeld krijgt en waarbij een eermotief vermoed wordt. Het aantal zaken dat de politie ter ore komt, wordt mede bepaald door de bereidheid van burgers om de politie met dergelijke casuïstiek te benaderen en de mate waarin de politie in staat is mogelijke eerzaken te herkennen. In 2013 kwamen in totaal 2869 zaken binnen bij de politiemedewerkers van de lokale eenheden die belast zijn met aanpak van eengerelateerd geweld binnen, waarvan er toen volgens van het LEC EGG 506 bij het expertisecentrum onder de aandacht werden gebracht.

Amsterdam	43	8%	44	10%
Den Haag	48	9%	36	8%
Landelijke eenheid	2	0%	0	0%
Limburg	27	5%	12	3%
Midden-Nederland	94	19%	77	17%
Noord-Holland (zonder Amsterdam)	41	8%	55	12%
Noord-Nederland	36	7%	32	7%
Oost-Brabant	25	5%	34	7%
Oost-Nederland	77	15%	71	15%
Rotterdam	54	11%	56	12%
Zeeland-West-Brabant	58	11%	41	9%
Anders: Belgische politie/IND/Rijksrecherche	1	0%	2	0%
<b>Totaal</b>	<b>506</b>	<b>100%</b>	<b>460</b>	<b>100%</b>

Zeer exacte cijfers zijn moeilijk te bepalen. Redenen, gebaseerd op de praktijk:

1. Professionals weten de problematiek niet altijd goed te signaleren en/of juist te handelen.
2. Samenhangend met de problematiek:
  - o disclosure is in eerculturen taboe;
  - o door de strenge controle hebben meiden weinig kans hun problemen met anderen te bespreken;
  - o veel jongeren hebben problemen die juist kunnen leiden tot (dreigend) eergerelateerd geweld, zoals homoseksualiteit, ervaringen met seksueel misbruik, buitenechtelijke zwangerschap, verkering zonder toestemming, verzet tegen uithuwelijking.

## Gevolgen

Gevolgen doen zich voor op de korte en de lange termijn.

Op de korte termijn zijn er vooral de veiligheidsrisico's en het voortduren van vormen van eergerelateerd geweld bij continuering van (vermoedelijk) wangedrag. Immers, de familie moet wel maatregelen nemen om de eer van de familie te zuiveren (Ermers, 2007).

Daarnaast vermindert door de onveilige en dreigende situatie het welbevinden van het meisje snel en ernstig wat zich kan uiten in de klachten zoals hierboven onder 'problematiek' beschreven.

Lange termijn:

De gevolgen van eergerelateerd geweld op lange termijn zijn divers. Eergerelateerd geweld gaat veelal gepaard met vormen van kindermishandeling / huiselijk geweld zoals fysiek geweld, vrijheidsbeperking, psychische verwaarlozing (<http://www.nji.nl/Kindermishandeling-Probleemschets-Definitie>). Bij de gevolgen op lange termijn zien we daarom ook overeenkomsten met de gevolgen van vormen van huiselijk geweld en kindermishandeling.

Bijkomende lange termijn gevolgen van eergerelateerd geweld zijn gerelateerd aan de collectieve context waarin de problemen zich voordoen. Binnen die collectiviteit heeft het gedrag van een familielid indringende gevolgen voor de status van de familie in de



gemeenschap. De familie zal er dus alles aan doen de familie-eer te zuiveren/verbeteren. De dreiging met geweld neemt daarom niet af (Ermers, 2007).

Ernstig eengerelateerd geweld kan leiden tot:

- voortdurende angst voor een vorm van geweld;
- emotioneel en sociaal isolement (sociale exclusie) wanneer er sprake is van (dreigende) uitstoting. Vanuit de collectieve identiteit is uitstoting zeer ingrijpend, immers de basis waarop identiteit berustte is verdwenen – we zien risico op vastzittende rouw;
- problemen in de sociale ontwikkeling. Er kan geen of onvoldoende gevolg worden gegeven aan eigen wensen – de normen van de sociale omgeving zijn bepalend;
- belemmering van seksuele/genderontwikkeling voor homoseksuelen, lesbiennes, transgenders.

(Bron: ervaring EVA-Zahir, Handreiking eengerelateerd geweld

<http://www.eengerelateerdgeweld.info/>, Bakker, Storms, 2016)

Op de lange termijn kan het geheel leiden tot:

- ernstige gedragsproblematiek waaronder regressief gedrag;
- problemen in sociale contacten en in intieme relaties;
- lichamelijke klachten;
- psychiatrische problematiek;
- stagnatie van de ontwikkeling, soms met een persoonlijkheidsstoornis tot gevolg;
- Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS);
- hechtingsproblematiek;
- in de praktijk blijkt tevens dat generatieoverdracht speelt wanneer er sprake is van een gedwongen huwelijk, de relatie tussen partners slecht is, problemen door geweld worden 'opgelost' en kinderen daar last van hebben met gevolgen op de korte en lange termijn. (van Dijke & Terpstra, 2010, Werson, 2015)

Uit onderzoek blijkt dat volwassenen die als kind mishandeld zijn vaker last hebben van psychische problemen, angst- en gedragsstoornissen, verslavingsproblemen, gezondheidsproblemen (overgewicht, hart- en vaatziekten, lagere levensverwachting) en huiselijk geweld. Ook mishandelen zij vaker dan andere ouders hun eigen kinderen. Daarnaast is er een grotere kans op persoonlijk en maatschappelijk leed als arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, dakloosheid of zelfs delinquent gedrag (Felitti, e.a., 1998).

De schadelijke effecten op individueel niveau vertalen zich daarmee ook in termen van maatschappelijke schade met hoge maatschappelijke kosten (ongeveer 3 miljard op jaarbasis vanwege bijvoorbeeld het beroep dat op de gezondheidszorg en verslavingszorg wordt gedaan) (Ministerie van VWS, 2011; Ministerie van VWS en Ministerie V&J, 2011).

In een onderzoek in 2010 werd berekend dat de directe kosten voor werkgevers van verzuim ten gevolge van huiselijk geweld tussen de 74 en 192 miljoen euro per jaar bedragen (Visee & Homurg, 2010). In recent Australisch onderzoek kwam naar voren dat huiselijk geweld een negatieve invloed heeft op de arbeidscapaciteit van slachtoffers (McFerran, 2011).

## 2. Beschrijving interventie

### 2.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep**

De interventie richt zich op meiden van 12 t/m 23 jaar:

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

De doelgroep laat een continuüm zien van ernstige tot zeer ernstige problematiek.

#### **Intermediaire doelgroep**

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke? Ouders/familie worden gezien als een intermediaire doelgroep. Het betreft de directe familieleden en dan met name (groot)ouders en gezinsleden. Zij zijn van betekenis binnen de systeemtherapie. Bemiddeling kan (voorafgaand) helpen om veiligheid te bewerkstelligen en om gesprekken op gang te brengen. Familieleden die een belangrijke positie hebben in de familie (bijvoorbeeld een broer, oom) en sleutelfiguren in de gemeenschap kunnen eveneens van betekenis zijn: zij zijn belangrijke partners wanneer het gaat om bemiddeling en het op gang brengen van veranderingsprocessen in de familie.

#### **Selectie van doelgroepen**

##### Indicatiecriteria

- leeftijd 12 t/m 23 jaar (uitzonderingen zijn mogelijk wanneer plaatsing elders onmogelijk is);
- op de vlucht voor (dreigend) eengerelateerd geweld;
- noodzaak tot plaatsing in een extra veilige en gespecialiseerde setting plek (vaak buiten de regio) i.v.m. ernstige veiligheidsrisico's;
- bereid om zich te houden aan de afspraken en regels die worden gehanteerd i.h.k.v. de veiligheid van zichzelf en van de andere meiden.

##### Contra-indicatie criteria

- niet bereid zijn zich te houden aan de maatregelen die zijn ingesteld t.b.v. de veiligheid en bescherming van zichzelf en de meiden in de groep;

- niet bereid zijn buiten de eigen regio/provincie te worden geplaatst in het kader van veiligheid; EVA -Zahir is een open behandelsetting;
- niet hanteerbare verslavingsproblematiek c.q. verslaving als kernprobleem. Dit wordt ofwel afgestemd met de verwijzer ofwel in de eerste periode van opname gesignaleerd;
- niet hanteerbare psychiatrische problematiek c.q. een psychiatrische stoornis als kernprobleem. Dit wordt ofwel afgestemd met de verwijzer ofwel in de eerste periode van opname gesignaleerd of gediagnosticeerd;
- verstandelijke beperking (IQ <50) die het meisje beslist belemmert in het volgen van het zorgprogramma. Het zorgprogramma biedt zorg op maat maar is in haar geheel gericht op bewustwording en inzicht. Voor meiden met een IQ < 50 is dit niet toereikend.
- EVA-Zahir neemt geen jongens of mannen op; voor hen worden binnen de instellingen Kompaan en de Bocht andere mogelijkheden gezocht.

Het Zorgprogramma EVA - Zahir is laagdrempelig en kent daarom geen omvangrijke selectieprocedure:

- er is telefonisch contact met de verwijzer en/of het meisje zelf over de situatie van het meisje en de reden tot aanmelding;
- vervolgens is er een uitgebreide telefonische intake met het meisje en veelal met de verwijzer waarin o.a. de situatie, korte anamnese en (contra)indicaties worden doorgesproken. Er wordt tevens aandacht besteed aan de betekenis van opname voor het meisje en voor haar familieleden: heeft zij een eventuele opname goed overwogen? Vertrek van huis kan namelijk het risico op eengerelateerd geweld versterken;
- er wordt met het meisje nagegaan of, indien zij een relatie heeft, haar vriend(in) gevaar loopt;
- op basis van de informatie is een eerste inventarisatie van veiligheidsrisico's en van de huidige situatie van het meisje zodat er kan worden ingeschat of er sprake is van crisis;
- bij opname wordt de gemeente van herkomst (en eventueel Veilig Thuis en de politie) geïnformeerd – met veiligheidsafspraken, bijvoorbeeld bemiddelend contact van de politie met de familie.

Wanneer tijdens de telefonische intake of tijdens (crisis)opname blijkt dat het meisje niet voldoet aan de indicatiecriteria of dat er toch sprake is van contra-indicaties wordt er samen met het meisje en/of (gezins)voogd gekeken naar mogelijkheden in afstemming met politie, Veilig Thuis, sociale teams of naar een meer geschikte plaatsing. EVA-Zahir houdt de zaak in principe vast tot werkelijk duidelijk is dat het meisje elders verder geholpen wordt.

Omdat Fier en Kompaan en De Bocht erkend zijn als landelijke expertisecentra worden meiden vanuit het hele land naar EVA-Zahir verwezen: instellingen voor vrouwenopvang, Veilig Thuis, politie, LEC EGG, Openbaar Ministerie (programma Beschermen en Beveiligen), Gecertificeerde Instellingen voor Jeugdzorg, sociale wijkteams.

## 2.2 Doel

### Hoofddoel

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

### Subdoelen

Het hoofddoel van het zorgprogramma EVA-Zahir bestaat uit een samenhangend geheel van subdoelen. Deze subdoelen worden op maat uitgewerkt m.b.v. het behandelplan. Dit behandelplan richt zich op het unieke beeld van het meisje. Het unieke beeld wordt gevormd door taxatie en analyse van de veiligheid m.b.v. een taxatie-instrument en door de uitkomsten van diagnostiek.

1. Het meisje is veilig en beschermd.
2. De eengerelateerde druk of dreiging is gestopt.
3. De gezag- en gedragsproblematiek zijn verminderd;
4. Het meisje (en haar familie) is behandeld voor en/of kan omgaan met de psychiatrische en/of traumaproblematiek;
5. Positief gedrag en constructieve interactiepatronen in het gezin zijn toegenomen;
6. Het meisje functioneert adequaat (naar niveau) op school of werk;
7. Het meisje kan terugkeren naar huis, er is een voldoende steunstructuur (natuurlijke omgeving en/of professioneel netwerk) om veiligheid en ontwikkelingsmogelijkheden te waarborgen. Indien terugkeer naar huis niet kan: aansluitende doorstroming naar beschermd of begeleid of zelfstandig wonen of hulpverlening elders.
8. Het meisje heeft haar veiligheidsplan geactualiseerd wanneer zij met ontslag gaat en er zijn concrete afspraken gemaakt over nazorg en follow-up.

Subdoelen worden gemeten met behulp van het risicotaxatieinstrument LEC EGG, doelen in het behandelplan, gestandaardiseerde vragenlijsten en diagnostiek.

## 2.3 Aanpak - Opzet van de interventie

EVA -Zahir biedt aan de doelgroep een kleinschalige gestructureerde en gespecialiseerde open categorale opvang- en behandelvoorziening in zowel het noorden als het zuiden van het land.

Het Zorgprogramma EVA –Zahir duurt maximaal één jaar en bestaat uit vier fasen:

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| Stabilisatie:             | - dag 1 – maand 6-8.  |
| Verwerking / behandeling: | - vanaf maand 4 (kan later zijn wanneer de stabilisatiefase langer duurt) – maand 11. |
| Integratie:               | - start in maand 6-8 – maand 12.  |

Uitstroom, nazorg en follow-up: - startmoment afhankelijk van de vorige fasen en de thuissituatie.

De fasering is een dynamisch proces. Dat wil zeggen dat de fasen wel in deze volgorde verlopen maar niet strikt gescheiden zijn. Er kunnen bijvoorbeeld stabiliserende interventies plaatsvinden tijdens de fase verwerking/behandeling en integratie of er kunnen al interventies voor traumabehandeling plaatsvinden tijdens de fase stabilisatie. Bijlage 1 geeft een stroomschema dat overzicht biedt van het volledige proces.

- In elke fase is gerichte aandacht voor de veiligheid van het meisje. Veiligheid wordt getaxeerd met behulp van het risicotaxatieinstrument van het LEC EGG, afspraken en veiligheidsplannen en wordt in het multidisciplinair overleg (MDO) besproken.
- Elke fase richt zich op de drie pedagogische milieus: wonen, school/werk en vrije tijd. Dit betekent dat er naast begeleiding en behandeling belang wordt gehecht aan onderwijs/werk en vrije tijd besteding.
- In iedere fase is sprake van een geïntegreerde aanpak, toegesneden op het individuele meisje. Wat betreft de hulpverlening zijn hiertoe verschillende met elkaar samenhangende interventies beschikbaar die zijn uitgewerkt in modules (leergroepen en trainingen gericht op psychosociale begeleiding, en behandelprogramma's voor individuele en groepsbehandeling).
- Modules in begeleiding en behandeling hebben meerdere bijeenkomsten. Een deel van de programma's geldt voor alle meiden van EVA – Zahir. Een ander deel is op indicatie, afhankelijk van de specifieke problematiek en de individuele behandeldoelen van ieder meisje.  
De leergroepen, trainingen en behandelgroepen worden geleid door de mentoren, vaktherapeuten en gedragswetenschappers en zijn inhoudelijk en in werkwijze afgestemd op de gemeenschappelijke én specifieke problematiek van de meiden.
- Ieder meisje heeft een eigen behandelplan, waarin de behandellijn concreet wordt uitgewerkt, met daarin de eigen leerdoelen, de systeemdoelen en - waar bemiddeling plaatsvindt - de bemiddelingsafspraken. Het inhoudelijk proces wordt gerapporteerd in het zorgdossier.
- Het behandelplan wordt structureel met het meisje in het MDO geëvalueerd en bijgesteld en eveneens besproken met de (gezins)voogd/ouders.

Bijlage 2A biedt een overzicht aan modules gekoppeld aan doelen van het zorgprogramma.

Kenmerken van het zorgprogramma:

- Een open setting: EVA - Zahir biedt een open alternatief voor meiden die met soortgelijke problematiek gesloten geplaatst worden in een Jeugdzorg Plus voorziening. Veiligheid en bescherming worden gerealiseerd door de intensieve samenwerking met de politie, een groot aantal veiligheids- en beschermingsmaatregelen en de intensieve en gespecialiseerde vorm en van begeleiding en behandeling.

- Categorale, gespecialiseerde opvang: het betreft gespecialiseerde integrale transculturele hulpverlening en opname in groepen die alleen uit meiden bestaan die een eercultuur als achtergrond hebben.
- Geïntegreerde hulpverlening door de geïntegreerde orthopedagogische en (jeugd) GGZ behandeling gericht op alle levensgebieden in combinatie met een intersectorale aanpak van veiligheid.
- Doorlopende zorg tot en met 23 jaar.

Het Multidisciplinair overleg:

De MDO's kennen vaste deelnemers nl. de betrokken disciplines (groepsleiding, systeemtherapeut, medebehandela(a)r(en), regiebehandelaar (hoofdbehandelaar).

Binnen het MDO wordt de keuze voor en de inhoud van specifieke behandeling vastgesteld:

- In de start van het behandelproces wordt op basis van de taxatie en analyse van veiligheid en de diagnostiek het unieke beeld van het meisje bepaald. Ernst en urgentie en problematiek zijn dan duidelijk;
- op basis van dit unieke beeld wordt vervolgens de veiligheidsafspraken gemaakt, systeemgerichte behandelplan ingezet en tot bijbehorende begeleiding en (systeem)behandelprogramma's besloten;
- de focus van de mentor is gericht op het hier-en-nu terwijl de focus van de behandelaar/therapeut ligt bij onderliggende problematiek.
- deze behandelplan en de ontwikkelingen m.b.t. veiligheid worden structureel in het MDO besproken en bijgesteld en eens in de 2-3 maanden geëvalueerd door de leden van het mdo, relevante externe partners (ouders/voogd, onderwijs, politie) en het betrokken meisje;

Iedere discipline die aan het MDO deelneemt heeft een eigen individuele verantwoordelijkheid op basis van de eigen beroepsinhoud, en – codes. Daarbinnen gelden specifieke verantwoordelijkheden:

- de regiebehandelaar: eindverantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van het behandelplan. Dit is een BIG geregistreerde gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist of een psychiater. De regiebehandelaar is tevens verantwoordelijk voor de integrale afstemming en samenwerking van alle disciplines conform behandelplan, protocollen en richtlijnen<sup>4</sup>. De regiebehandelaar delegeert onderdelen van de behandeling (zoals vastgelegd in het behandelplan) aan medebehandelaars
- de teamleider: verantwoordelijk voor het pedagogische basisklimaat en de begeleiding op de groep. Deze draagt er zorg voor dat een meisje veilig is en leeftijdsadequate ervaringen kan opdoen op de verschillende levensgebieden (school, werk, opvoeding, vriendschappen, omgaan met geld etc.).
- de teamleider en de regiebehandelaar dragen er zorg voor dat veiligheidsafspraken, behandelinterventies en de pedagogische interventies volledig op elkaar zijn afgestemd en tot synergiewinst leiden.

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

---

<sup>4</sup> Voor de gedetailleerde uitwerking van de verantwoordelijkheden verwijzen we naar de professionele statuten en naar de beroepscode en richtlijnen die gelden voor de verschillende disciplines.

een lid van het MDO hierop een uitzondering wil maken dan meldt hij/zij dit bij de voorzitter van het MDO.

Alle disciplines kunnen voorzitter zijn van het MDO. De voorzitter is verantwoordelijk voor de proceskant van het overleg.

### Locatie en uitvoerders

EVA bevindt zich in het zuiden van het land en is onderdeel van Kompaan en De Bocht; Zahir bevindt zich in het Noorden van het land en is onderdeel van Fier. Beide zijn instellingen met meerdere residentiële afdelingen. De afdelingen EVA en Zahir beschikken over een huiskamer, gespreksruimten, kantoor, een slaapkamer voor ieder meisje, gemeenschappelijke douche-, toilet- en wasruimten. Voor specifieke modules in begeleiding en behandeling, sport en onderwijs maken zij gebruik van interne ruimten binnen de instelling. Of de meiden gaan onder begeleiding naar externe locaties.

EVA en Zahir werken eenduidig conform een zelfde zorgprogramma EVA-Zahir. Fier en Kompaan en De Bocht zijn beide door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) erkend als landelijke expertisecentra op het gebied van eengerelateerd geweld. Door de locaties in het zuiden en noorden van het land is het mogelijk in heel Nederland opvang en behandeling buiten de eigen regio te bieden. Eva heeft 17 plaatsen, Zahir heeft 18 plaatsen. Ieder heeft 10 pilotbedden (vanuit het Ministerie van VWS).

### Disciplines Opvang, begeleiding en behandeling

- Allround hulpverleners / pedagogisch medewerkers, educatiemedewerkers, ambulante hulpverleners. Allen HBO opgeleid (MWD, Pedagogiek, SPH).
- Orthopedagoog / psycholoog.
- Regiebehandelaar (BIG geregistreerd: GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut, verpleegkundig specialist of psychiater).
- Systeemtherapeut.

#### Inzet mogelijk van:

Verpleegkundige B, verpleegkundig specialist, hulpverlener seksueel misbruik, psychomotore therapeut, beeldende, creatieve, dramatherapeut, klinisch psycholoog, ouderbegeleider, psychotherapeut, psychiater, kinder- en jeugdpsychiater, huisarts, arabist / turkoloog, Bijzondere Vriendin / Big Sister, maatje (soms oud cliënten).

### Samenwerking

Er is sprake van intensieve intersectorale samenwerking met de lokale, regionale en landelijke politiediensten, i.h.k.v. risicoscreening, veiligheidsplan, bescherming, bemiddeling en nazorg. Tevens wordt in dit kader samengewerkt met het sociaal domein (generalisten), tweedelijnszorg, onderwijs en gemeenten.

Vanaf 2015 kunnen de politie, het OM en de (huis)artsen rechtstreeks naar EVA en Zahir verwijzen zonder tussenkomst van de Gecertificeerde Instellingen voor Jeugdzorg.

## 2.4. Inhoud van de interventie

De inhoud van de interventie betreft:

1) de inhoud van de fasen, 2) de criteria voor faseovergang, 3) de kerncomponenten en 4) de transculturele benadering.

### 1) Inhoud van de fasen

In het onderstaande schema Fasen Zorgprogramma wordt een overzicht gegeven van de activiteiten, modules en kerncomponenten per fase. Het schema geeft enkele voorbeelden van modules. Sommige modules kunnen in alle fasen worden ingezet; afhankelijk van de doelen in het behandelplan hebben zij dan een andere invulling. Bijlage 2A geeft een volledig overzicht van basismodules en modules op indicatie.

Fasen Zorgprogramma, gebaseerd op het proces naar traumabehandeling (Struik, 2011).

Fase	Activiteiten	Periode	Subdoelen	Modules begeleiding en behandeling Zie ook bijlage 2A	Kerncomponenten
<b>Start stabilisatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observatie</li> <li>• Intake: vraag- en probleemverheldering en – analyse</li> <li>• Eerste interventies gericht op: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Veiligheid en bescherming</li> <li>○ In kaart brengen van de situatie en problematiek, unieke beeld</li> <li>○ Dagstructuur en dagbesteding</li> <li>○ Start werkrelatie</li> <li>○ Eerste contact met ouders/familie</li> <li>○ Eerste stabilisatie en normalisatie</li> </ul> </li> <li>• Aandachtspunten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Veiligheid en bescherming</li> <li>○ Dagelijks leven</li> </ul> </li> </ul>	Dag 1 – max. week 4	Subdoel 1	<u>Begeleidingsmodules basis</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiligheid</li> <li>• Safe and Streetwise</li> <li>• Psychodiagnostiek</li> </ul> <u>Begeleiding en behandeling</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuele begeleiding</li> <li>• Bemiddeling of waar veiligheid het toestaat start systeemtherapie</li> <li>• Groepstherapie voor iedereen, zoals Inzichtgevende Therapie, module Regenboog</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiligheid en bescherming</li> <li>• Pedagogisch basisklimaat</li> <li>• Start persoonlijke ontwikkeling</li> <li>• Start contact ouders/familie waar mogelijk</li> <li>• Start onderwijs</li> </ul>



<b>Vervolg stabilisatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gericht op de drie pedagogische milieus: wonen, onderwijs, vrije tijd, en op veiligheid, actuele en onderliggende problematiek.</li> <li>Aandachtspunten: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Veiligheid en bescherming</li> <li>o Dagelijks leven</li> <li>o Hechting</li> <li>o Emotieregulatie</li> <li>o Zelfbeeld</li> <li>o Notendop</li> </ul> </li> <li>Normalisatie en stabilisatie</li> </ul>	Vanaf akkoord advies / definitieve deelname Zorgprogramma – maand 6-8 (max.)	Subdoelen 1, 2, 3, 6	<u>Begeleidingsmodulen basis<sup>5</sup></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Safe and Streetwise</li> <li>In je kracht</li> <li>Terug naar jezelf</li> <li>Veiligheid</li> <li>Ik en mijn culturele belevingswereld</li> <li>Sociale vaardigheden</li> <li>Jij en de groep</li> <li>Vrienden maken</li> <li>Seksualiteit</li> <li>Gevaren internet en social media</li> </ul> <u>Begeleidingsmodulen op indicatie</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grip op je dip</li> <li>Loverboy/pooyerboy</li> <li>Signs of safety</li> <li>Instanties</li> <li>Nieuws en actualiteiten</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Psychodiagnostiek</li> </ul> <u>Begeleiding en therapie</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Individuele begeleiding</li> <li>Systeemtherapie waar veiligheid het toestaat, zo niet - bemiddeling</li> <li>Groepstherapie voor iedereen, zoals Inzichtgevende Therapie, module Regenboog</li> <li>Individuele en groepstherapie op indicatie naar het unieke beeld zoals beeldende therapie, narratieve exposure, psychoeducatie trauma, psychomotorische therapie (PMT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiligheid en bescherming</li> <li>Pedagogisch basisklimaat</li> <li>Persoonlijke ontwikkeling</li> <li>Bemiddeling, systeemtherapie</li> <li>Onderwijs</li> </ul>
<b>Verwerking /behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gericht op de drie pedagogische milieus: wonen, onderwijs/stage, vrije tijd, en op veiligheid, actuele en onderliggende problematiek.</li> <li>Gericht op verwerking geweldservaringen en/ of trauma. Daarnaast gericht op verliesverwerking bv wanneer contact met</li> </ul>	vanaf ± maand 4 – max. maand 11 Traumabehandeling kan ingezet worden wanneer er voldoende stabilisatie is.	Subdoelen 3, 4	<u>Begeleidingsmodulen basis</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>De opsomming bij de vorige fase geldt ook in deze fase, gekoppeld aan doelen uit het behandelplan. Voorbeelden in deze fase zijn In je Kracht, Sociale vaardigheden, Seksualiteit.</li> </ul> <u>Begeleiding en therapie</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Individuele begeleiding</li> <li>Begeleiding van ouders, systeemtherapie.</li> <li>Groepstherapie voor iedereen, zoals Inzichtgevende Therapie, Regenboog</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiligheid en bescherming</li> <li>Pedagogisch basisklimaat</li> <li>Persoonlijke ontwikkeling</li> <li>Bemiddeling, systeemtherapie</li> <li>Onderwijs, stage</li> <li>Opdoen van ervaringen buiten EVA-Zahir</li> </ul>

<sup>5</sup> Modulen in begeleiding zijn groepsgericht. Omdat de groep onverwacht van samenstelling kan veranderen worden op basis van die samenstelling de passende module en de relevante onderdelen daarvan gekozen. Er is een ruime keuze in basismodulen. Altijd aan de orde voor alle meiden zijn modulen gericht op veiligheid, culturele achtergrond, seksualiteit, groepsgebeuren, internetgevaaren. Keuzes worden tevens gemaakt op dynamiek in de groep, thema's die spelen en waar bijvoorbeeld zorgen over zijn. Er is niet een vaste volgorde, er wordt zoveel mogelijk rekening mee gehouden dat meiden niet een module dubbel krijgen tijdens hun verblijf. Veiligheid is altijd een belangrijk punt en wordt naast de uitwerking in module en veiligheidsplan ook wekelijks meegenomen in de huiskamervergadering die voor iedereen verplicht is. Basismodulen en modulen op indicatie kunnen in verschillende fasen worden ingezet.

	<p>familie (nog) niet mogelijk is.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aandachtspunten: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hechting</li> <li>o Emotieregulatie</li> <li>o Zelfbeeld</li> <li>o Notendop</li> </ul> </li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Individuele therapie op indicatie naar het unieke beeld zoals EMDR, imaginaire exposure</li> <li>Groepstherapie op indicatie zoals Grip op je dip, beeldende therapie, PMT</li> </ul>	
<b>Integratie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gericht op de drie pedagogische milieus: wonen, onderwijs/stage/werk, vrije tijd, en op veiligheid, actuele en onderliggende problematiek.</li> <li>Integratie van het geleerde binnen het normale leven en school/werk/vrije tijd en toekomstperspectief.</li> </ul>	Startmoment vanaf ± maand 5-8 t/m 12, afhankelijk van resultaten uit de Fase Stabilisatie en Verwerking / behandeling	Subdoelen 5, 6, 7	<p><u>Begeleidingsmodulen basis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De opsomming bij de vorige fase geldt ook in deze fase, gekoppeld aan doelen uit het behandelplan. Voorbeelden in deze fase zijn gevaren internet en Social media, seksualiteit, terug naar jezelf, in je Kracht, Loverboy en Vrienden maken</li> </ul> <p><u>Begeleiding en therapie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Individuele begeleiding</li> <li>Begeleiding van ouders, systeemtherapie</li> <li>Groepstherapie voor iedereen zoals Inzichtgevende therapie, Regenboog</li> <li>Individuele therapie op indicatie naar het unieke beeld zoals MBT, schematherapie</li> <li>Groepstherapie op indicatie zoals PMT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiligheid en bescherming</li> <li>Pedagogisch basisklimaat</li> <li>Persoonlijke ontwikkeling</li> <li>Bemiddeling, Systeemtherapie</li> <li>Onderwijs, stage, werk</li> <li>Opdoen van ervaringen buiten EVA-Zahir</li> </ul>
<b>Uitstroom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afronding behandeling en versterking netwerk / (formele en informele) steunstructuur.</li> </ul>	Start afhankelijk van resultaten vorige fasen en thuissituatie	Subdoel 7	<p><u>Begeleiding en therapie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Individuele begeleiding.</li> <li>Individuele behandeling op indicatie.</li> <li>Systeemtherapie op indicatie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiligheid en bescherming</li> <li>Pedagogisch basisklimaat</li> <li>Persoonlijke ontwikkeling</li> <li>Bemiddeling, systeemtherapie</li> <li>Onderwijs, stage, werk</li> <li>Opdoen van ervaringen buiten EVA-Zahir</li> <li>Voorkomen van revictimisatie</li> </ul>
<b>Nazorg / follow-up</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Op basis van doelen in het behandelplan.</li> </ul>	Start afhankelijk van voorgaande fasen	Subdoel 8	<p><u>Begeleiding en therapie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Individuele begeleiding.</li> <li>Individuele behandeling op indicatie.</li> <li>Systeemtherapie op indicatie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiligheid en bescherming</li> <li>Persoonlijke ontwikkeling</li> <li>Systeemtherapie</li> <li>Onderwijs, stage, werk</li> <li>Volledig opdoen van ervaringen buiten EVA-Zahir</li> <li>Voorkomen van revictimisatie</li> </ul>

### Fase Stabilisatie, maand 1 en maand 2 – max. 6-8

In de eerste maand zijn de activiteiten gericht op het bieden van veiligheid en bescherming, het opbouwen van een werkrelatie mentor – meisje, het in kaart brengen van de problematiek en op stabilisatie en normalisatie. Vanaf dag 1 wordt er contact met ouders gezocht en wordt het meisje meegenomen in de dagstructuur, waarbinnen passend onderwijs.

Tijdens deze periode wordt duidelijk of EVA-Zahir de juiste plek is voor het meisje. Zo niet dan wordt er actief gezocht naar hulpverlening / plaatsing elders. Bijvoorbeeld wanneer een meisje te beperkt is om aan het programma mee te doen.

Op basis van de observatie op de groep, de contacten met het meisje in de werkrelatie, contact met ouders, de veiligheidsanalyse van de politie of het LEC EGG (binnen 4 – 8 weken), intake, (verdiepings)diagnostiek komt het multidisciplinaire team tot een advies dat wordt besproken met het meisje en met haar ouders (wanneer mogelijk) / (gezins) voogd. Dit advies wordt vervolgens omgezet in een eerste behandelplan.

Het vervolg van de fase biedt, naast veiligheid en bescherming, stabiliserende activiteiten wanneer er sprake is van trauma zoals een duidelijke dagstructuur, emotieregulatie, verandering van zelfbeeld, congruent 'in een notendop' kunnen vertellen over wat er is gebeurd. Daarnaast biedt het veilige pedagogisch basisklimaat mogelijkheden voor normalisatie bij een gestagneerde ontwikkeling. Voorbeelden van vaste onderdelen hiertoe zijn dag & weekritme, slaappatronen met aandacht voor nachtmerries, fysieke gezondheid, onderwijs en concentratie, herbelevingen en triggers, omgaan met gezag, regels en afspraken, sociale contacten binnen en buiten de groep. Deze onderdelen komen steeds verdiepend in de volgende fasen terug.

Begeleiding en behandeling richten zich op persoonlijke ontwikkeling en begeleiding van gezin / familie. Er wordt gezocht naar verbinding van individuele en collectieve wensen. Het meisje ontwikkelt zich tevens binnen onderwijs en vrije tijdsinvulling (veelal intern).

Voorbeelden van modules voor iedereen zijn Veiligheid, Safe and Streetwise, Ik en mijn culturele belevingswereld, Inzichtgevende Therapie, Regenboog, bemiddeling of systeemtherapie. Voorbeelden van modules op indicatie zijn Beeldende therapie, Narratieve exposure, PMT.

### Fase verwerking / behandeling, afhankelijk van de duur van de fase stabilisatie – max. maand 11

Deze fase richt zich op behandeling van individuele actuele problematiek, zoals gedragsproblemen, en onderliggende problematiek. Wat de onderliggende problematiek betreft gaat het om het verwerken van de ervaringen van eergereleerd geweld, soms huiselijk geweld, kindermishandeling en behandeling van de gevolgen ervan zoals trauma, destructieve kerncognities.

Het pedagogisch basisklimaat en dagprogramma bieden structuur, de individuele begeleiding door de mentor en het gebruik van basismodulen zoals In je kracht, Sociale vaardigheden, Seksualiteit, en modulen op indicatie zoals EMDR, Imaginaire exposure, Grip op je dip, Beeldende therapie (in deze fase zijn daar andere doelen aan gekoppeld dan in de fase stabilisatie) , bieden de mogelijkheden om aan de doelen uit het behandelplan te werken.

Systeemtherapie is een belangrijk onderdeel in deze fase, waar zinvol wordt deze ook individueel ingezet. Er wordt ingezet op een zo hoog mogelijk onderwijsniveau en zinvolle vrijetijdbesteding. Waar veiligheid het toelaat hebben de meiden ook externe activiteiten, bijvoorbeeld bij een sportvereniging.

Leerdoelen blijven zich ontwikkelen, het behandelplan wordt structureel op vaste momenten bijgesteld. Ontwikkelingen en behandellijn worden besproken in het MDO.

### Fase integratie, maand 6-8 t/m 12

De focus ligt op integratie in het normale leven van dat wat een meisje geleerd heeft binnen voorgaande fasen. De individuele en groepsbegeleiding en behandeling, onderwijs/werk en vrije tijdbesteding zijn in deze fase gericht op het vergroten van haar vaardigheden en competenties die nodig zijn voor een adequate deelname aan de samenleving. Ze onderneemt steeds meer activiteiten extern zoals verlof, sport en leert daardoor eigen grenzen en veiligheid te hanteren en te bewaken. Ontwikkelingen en behandellijn worden besproken in het MDO. Modulen worden gebruikt om integratie van het geleerde te bewerkstelligen. Voorbeelden van modulen voor iedereen: Internetgevaaren / social media, Terug naar jezelf, In je Kracht, seksualiteit, Vrienden maken. Voorbeelden van modulen op indicatie: Loverboy, Schematherapie, MBT, PMT. Het pedagogisch basisklimaat blijft belangrijk als basis. Het meisje leert daarnaast steeds zelfstandiger haar dagprogramma te structureren.

### Fase uitstroom, nazorg en follow-up

De stap van 7x24 uur zorg naar terugkeer naar ouders of een eigen leven opbouwen wordt zorgvuldig gefaseerd en begeleid gericht op voorkomen van eerdergerelateerd geweld en revictimisatie. De meeste meiden die (nog) niet naar huis terugkeren gaan een periode van beschermd en/of begeleid wonen in.

In deze fase ligt de focus op het verstevigen van netwerk en steunstructuur, doorstroming naar onderwijs of werk in een regulier kader en een zinvolle vrijetijdsbesteding.

De overgang van EVA - Zahir naar beschermd of begeleid wonen is een proces: de mentor EVA-Zahir bouwt af en de nieuwe mentor bouwt op; het behandelplan gaat mee. Na het beschermd en/of begeleid wonen zijn meiden toegerust om zelfstandig te gaan wonen; desgewenst met ambulante nazorg. Aan het einde van de opname bij EVA - Zahir wordt een exitgesprek gevoerd aan de hand van een vastgestelde vragenlijst.

Afspraken rondom veiligheid (voor zichzelf, met instanties, derden) worden vastgelegd in een veiligheidsplan dat steeds worden geactualiseerd. De regie t.a.v. veiligheid wordt overgenomen door de politietaakaccenthouder of hulpverlening in de leefomgeving wanneer het meisje terug gaat naar huis. Er is altijd sprake van een warme overdracht, d.w.z. dat EVA-Zahir de contacten niet loslaat voordat veiligheidsregie en/of hulpverlening elders zijn geregeld en gestart. Dit geldt zowel voor de situatie dat een meisje terugkeert naar huis als voor de situatie dat zij elders gaat wonen. In alle gevallen worden afspraken gemaakt m.b.t. nazorg en/of follow-up.

Overigens kan op ieder moment uitstroom plaatsvinden terug naar huis; juist bij de meiden van EVA - Zahir die zelf ook vaak het liefst weer naar hun eigen omgeving terugkeren. Is dat het geval dan wordt gezocht naar de juiste hulpverlening binnen de regio met warme overdracht. De mentor houdt in elk geval contact tot de juiste hulpverlening loopt. Er worden dan afspraken gemaakt over follow-upcontacten.

## **2) Criteria faseovergang**

De besluitvorming over het overgaan naar een volgende fase en keuzes t.a.v. de passende behandeling worden genomen in het MDO waar de integrale behandellijn wordt vastgesteld op basis van de criteria veiligheid en het unieke beeld:

- Veiligheid. Veiligheid is een belangrijke kerncomponent die in alle fasen van het zorgprogramma aan de orde is. Concrete fysieke veiligheid wordt in de eerste week in kaart gebracht m.b.v. het risicotaxatieinstrument van het LEC EGG, en vervolgens geanalyseerd. Niet alle geweld dat in eerculturen plaatsvindt, is eerge relateerd. Een juiste analyse is dus erg belangrijk.
- Het unieke beeld. Het unieke beeld van het meisje en van haar familie wordt opgesteld aan de hand van de observaties, intakegesprek(ken), contacten met ouders/familie en/of verzorgers en/of gezinsvoogd, vragenlijsten en diagnostiek en de bevindingen in het MDO. Dit unieke beeld kent naast de mate van veiligheid verschillende onderdelen:
  - de hulpbehoefte of hulpvraag;
  - de geweldervaringen en de complexiteit: de aard en de ernst van het geweld, de leeftijd van het meisje bij de eerste geweldservaringen (is er sprake van vroegkinderlijke traumatisering), de frequentie, de context (eer, huiselijk geweld), de pleger(s), wanneer er sprake is van trauma: het type trauma;
  - life-events;
  - symptomen en klachten: ontstaan en intensiteit. Het betreft: emotionele problemen, angst, dissociatieve problemen, hechtingsproblemen, systeemproblemen, gedragsproblemen, traumaspecifieke problemen, middelenafhankelijkheid / verslaving, seksuele problemen. De bijbehorende risicofactoren en beschermende factoren worden eveneens in kaart gebracht;
  - opvoedingsverleden en ontwikkelingsgeschiedenis;
  - het verleden binnen de context, systeemproblematiek. Het betreft informatie over het gezin, de familie (normen rondom eer, communicatie, gewoonten, verhoudingen), problemen van ouders, in de familie, eigen ervaringen van ouders

met (eengerelateerd) geweld, belangrijke gebeurtenissen in het gezin/ de familie (psychische problemen, verslaving, LVG, detentie);

- sociaal netwerk;
- gemeenschap en cultuur (waarden en normen, migratiegeschiedenis, vluchtgeschiedenis, verblijfsstatus, cultuurspecifieke opvattingen over klachten, ziekte, herstel, oplossingen);

Afhankelijk van de ernst en complexiteit van de problematiek worden meer of minder onderdelen van het unieke beeld opgenomen in de behandellijn en het behandelplan.

Overgang van de ene naar de andere fase:

- De fase stabilisatie varieert in duur. Soms gaat een meisje al snel weer naar huis wanneer veiligheid gegarandeerd is en er afspraken zijn t.a.v. monitoring en passende hulpverlening in de thuissituatie. De fase kan ook lange tijd in beslag nemen, bijvoorbeeld wanneer een meisje ernstig getraumatiseerd is.
- Overgang naar de fase verwerking/behandeling vindt plaats wanneer er voldoende stabilisatie (aandachtspunten Struik, 2011) is om te kunnen verwerken en/of intensieve (trauma)behandeling aan te gaan (therapieveiligheid) en er een duidelijke veiligheidsanalyse is met veiligheidsplan. Tijdens deze fase worden stabilisatieonderdelen verdiept en blijft normalisatie bij gestagneerde ontwikkeling aan de orde.
- In het algemeen kan de overgang naar de fase integratie gemaakt worden wanneer er sprake is van een zodanige veiligheid dat het meisje zich op de buitenwereld kan gaan richten, eventuele ontwikkelingsstagnatie niet leidt tot risico's in veiligheid en in contacten, er voldoende stabilisatie is, en eventuele (trauma)behandeling is afgerond dan wel (trauma)klachten goed hanteerbaar zijn.
- De fase integratie hangt nauw samen met de fase verwerking/behandeling. Sommige onderdelen uit die fase zijn geïntegreerd waar andere onderdelen nog worden geïntensiveerd. Een individuele therapie of groepstherapie die in de vorige fase is ingezet kan nog een periode doorlopen.  
Tevens is het perspectief van het meisje van belang voor de invulling van de fase Integratie: gaat ze naar huis, of gaat zij beschermd /begeleid dan wel zelfstandig wonen.
- De overgang naar de fase Uitstroom is afhankelijk van de veiligheid, thuissituatie, het definitieve perspectief en de weerbaarheid van het meisje.
- Na de uitstroom is er altijd sprake van nazorg of follow-up. De duur van de nazorg hangt af van de situatie van het meisje.

### Verdiepingsdiagnostiek

Vanwege de complexiteit van de problematiek wordt op basis van besluit in het MDO het unieke beeld waar nodig verder gespecificeerd m.b.v. gezinsdiagnostisch, (neuro)psychologisch en psychiatrisch onderzoek en somatische screening. Door middel van de verdiepingsdiagnostiek wordt duidelijk hoe ernstig de traumatisering en/of de gestagneerde ontwikkeling zijn en tevens of er sprake is van andere pathologie en/of een licht verstandelijke beperking.

Bij sommige meiden vindt de verdiepende diagnostiek pas later in het proces plaats i.v.m. haar unieke beeld. Dit zijn de meiden bij wie het trauma zo heftig is dat onderzoek een risico vormt voor acute decompensatie (verstoring van het evenwicht, terugval). Er wordt dan eerst ingezet op stabilisatie, zowel in begeleiding als in behandeling.

### **3) Kerncomponenten van het Zorgprogramma**

De kerncomponenten van het zorgprogramma zijn in alle fasen terug te vinden. Het betreft a) veiligheid en bescherming, b) een pedagogisch basisklimaat, c) bemiddeling en/of systeemtherapie, d) persoonlijke ontwikkeling, e) onderwijs /stage/werk, f) opdoen van ervaringen buiten EVA- Zahir / ontspanning.

#### **a) Veiligheid en bescherming (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, pedagogische milieu)**

##### Fysiek veilig zijn binnen de instelling

Er is een aantal noodzakelijke onderdelen:

- Tijdens dag 1 wordt contact gelegd met de ouders van het meisje zodat zij zich geen zorgen hoeven te maken over de veiligheid van hun dochter en er een eerste inschatting van de dreiging van (eengerelateerd) geweld kan worden gemaakt. Op basis van de taxatie, veiligheidsanalyse, wensen van het meisje, mogelijkheden ouders/familie worden mogelijkheden voor bemiddeling en systeemtherapie meegenomen in het behandelplan.
- Op basis van de analyse van het LEC EGG worden met het meisje veiligheidsafspraken gemaakt t.a.v. zichzelf en de groep, en worden maatregelen genomen tegen traceerbaarheidsrisico's via de burgerlijke stand, zorgverzekeraars, de belastingdienst, zorgverleners (huisarts, tandarts, specialisten), zorgkantoor en dergelijke. Er zijn tevens (tijdelijke) beperkingen m.b.t. telefoon- en computergebruik, naar buiten gaan, uitgaan etc.
- Er is een fysiek veilige omgeving waarbij iedereen in het pand verantwoordelijkheid heeft t.a.v. de veiligheid van de meiden; van de receptie tot en met de begeleiders/behandelaren. Er zijn maatregelen t.a.v. veiligheid zoals wakende wacht, slagvast en kogelvast glas en bewaakte binnenkomst bij de entree van de instellingen Fier en Kompaan en De Bocht,
- camerabewaking, beveiliging 's avonds en 's nachts, afspraken met politie. EVA- Zahir biedt 7 x 24 uur zorg en bewaking.

##### Veilig voelen

- Er wordt geïnvesteerd in de werkrelatie met het meisje en het bieden van een beschermde omgeving binnen het pedagogisch basisklimaat zodat zij zich veilig en beschermd voelt.
- Door middel van de begeleiding en behandeling wordt gewerkt aan het vergroten van de pedagogische, emotionele en therapieveiligheid. De fasering van het zorgprogramma is hierop faciliterend en aansluitend: eerst voldoende stabiliseren voordat er traumabehandeling plaatsvindt.
- Er wordt geïnvesteerd in het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik conform de Richtlijn Residentiële Jeugdhulp.

##### Veiligheid monitoren

- Risicotaxatie en –analyse LEC EGG.
- Vrijheden/uitgaansplan, veiligheidsplan. Deze worden regelmatig bijgesteld op basis van ontwikkelingen, contact met het thuisfront, analyses van het LEC EGG. De veiligheidstaxatie LEC EGG wordt herhaald wanneer nodig. De situatie kan namelijk veranderen bijvoorbeeld omdat er wel/niet goed met ouders en familie samengewerkt wordt, bemiddeling wel/niet goed verloopt, de omgeving wel/niet op de hoogte is van de opname van het meisje, het meisje meer vrijheden krijgt. De risicotaxatie wordt waar nodig herhaald en een veiligheidsplan wordt steeds op de actuele situatie bijgesteld.

#### **b) Pedagogisch basisklimaat (1<sup>e</sup> pedagogische milieu)**

Opvoeding en normalisatie zijn belangrijke onderdelen van het leefmilieu. Interventies zijn gericht op het bewerkstelligen van leermomenten. De aandacht gaat daarbij uit naar competent gedrag en actueel probleemgedrag binnen het dagelijks functioneren. Omdat de meiden veelal een problematische ontwikkeling hebben, is er een continue begeleiding nodig waarin ze (h)erkennen welke vraagstukken ze wezenlijk hebben om er in het dagelijks leven mee om te kunnen gaan. De focus ligt op normaliseren van gedrag en op het vinden van eigen oplossingen (Bartelink, 2013). In huiskamerbijeenkomsten worden meiden ondersteund om over de onderlinge verhoudingen te praten en afspraken te maken over het wonen en leven in EVA- Zahir. De beleefde veiligheid is tijdens deze bijeenkomsten vast agendapunt.

Het pedagogisch basisklimaat wordt gekenmerkt door vier met elkaar samenhangende elementen:

- a) een klimaat waarin meiden veilig zijn en zich veilig voelen;
- b) contact, warmte, acceptatie en respect;
- c) het meisje als persoon staat centraal, niet de groep.
- d) het pedagogisch basisklimaat biedt ook structuur. Vanuit veiligheidsoogpunt, het kunnen leven binnen een groep en een groei in ontwikkeling door kunnen maken als puber/adolescent, is het constructief kunnen omgaan met regels/afspraken en met autoriteiten van essentieel belang.

Binnen het pedagogisch basisklimaat worden de volgende kernmerken geïmplementeerd, gebaseerd op de Richtlijn Residentiële Jeugdhulp:

- Steun en responsiviteit. De werkrelatie is belangrijk: verticale pedagogische beïnvloeding. Er is wekelijks een mentorgesprek waarin de mentor met het meisje stilstaat bij de actualiteit, hoe ze aan haar leerdoelen werkt en wat daarin stimulerend en belemmerend werkt. Er is tevens wekelijks (telefonisch) contact tussen de ouders en het meisje in aanwezigheid van de mentor (los van bemiddeling of systeemtherapie). In het begin van de opname investeert de mentor in zeer regelmatig contact zodat het meisje vertrouwen krijgt dat ze bij de mentor terecht kan voor emotionele ondersteuning. Vervolgens worden er afspraken mentor-meisje gemaakt die haar helpen actief te worden in het vragen van hulp en ondersteuning. Alle mentoren zijn veel aanwezig in de groep en bieden individuele en groepsinterventies gericht op bewustwording en groepsdynamiek. Horizontale pedagogische beïnvloeding tussen de meiden onderling is hier aanvullend op;



- Groei en ontwikkeling. De leeftijdsadequate ontwikkeling wordt gestimuleerd en mogelijkheden om te leren worden gecreëerd door de begeleidingsmodulen en doordat mentoren dagelijkse momenten gebruiken als leermomenten. Binnen de structuur wordt gezamenlijk thee gedronken en gegeten, Dit zijn belangrijk momenten waarin mentoren met de meiden (terug) kijken naar de dag, de groepsdynamiek en daaraan gekoppeld ieders leerdoelen;
- Structuur en (leef)regels:
  - o tijd: er is een duidelijke dagstructuur.
  - o plaats: binnen de dagstructuur is duidelijk waar alles plaatsvindt zoals eetmomenten, onderwijs, modulen in begeleiding, therapie, sport en vrije tijd.
  - o afspraken: er is duidelijkheid over waarden en normen, over omgangsvormen en over afspraken en regels – deze staan in een welkomstboekje en worden meegenomen in de modulen zoals Safe and Streetwise. Het pedagogisch basisklimaat en de dagstructuur bieden duidelijkheid waardoor repressief gedrag zoveel mogelijk wordt voorkómen – meiden weten waar ze aan toe zijn en wat er van hen verwacht wordt. Agressie en geweld worden bijvoorbeeld niet getolereerd. Als een meisje agressief of gewelddadig is wordt dit uitgewerkt naar oorzaak en gevolg (gedragsbeïnvloeding, bijvoorbeeld door de 5G's) en wordt alternatief gedrag uitgewerkt en omgezet in leerdoelen waar passende interventies aan gekoppeld worden zoals emotie- / agressieregulatie. Binnen het pedagogisch basisklimaat wordt er gewerkt met een beloning- of waarderingssysteem: de mentor schrijft zo nu en dan een kaart aan een meisje waarin waardering en bevestiging wordt geuit - gewoon even een lief, warm woord waardoor een meisje ervaart dat ze gezien wordt, er toe doet. Bovendien zet een compliment aan tot constructief gedrag. Er wordt regelmatig een mentoruitje gepland; even alle aandacht binnen een leuke activiteit. Daarnaast worden passende interventies verbonden aan destructief gedrag. Deze gedragsmatige aanpak is een belangrijk middel gericht op positieve feedback en het bewerkstelligen van constructief gedrag: liefde en grenzen. De meiden zien concreet resultaat bij gewenst gedrag.
  - o persoon: voor de meiden is duidelijk wie wat doet binnen het team.
  - o leertaken: er wordt door het meisje, ouders en teamleden concreet gewerkt aan de doelen uit haar behandelplan.
- Onderlinge interactie en sfeer. Dit verwijst naar de positieve interacties tussen meiden onderling en de sfeer in de groep. Deze worden in modulen en in de huiskamer uitgewerkt.

### **c) Inzet op bemiddeling en/of systeemtherapie (1<sup>o</sup> pedagogische milieu)**

Vanaf het eerste contact met de ouders van een meisje wordt er ingezet op bemiddeling of systeemtherapie, tenzij de situatie als te gevaarlijk wordt geanalyseerd of een meisje wil beslist geen contact (bij minderjarigen in afstemming met de Gecertificeerde Instelling voor Jeugdzorg / (gezins)voogd). Het uitgangspunt is herstel van contacten met ouders en familie.

#### Bemiddeling

Bemiddeling is een (eerste) interventie waarin een meisje en haar familie (weer) onder begeleiding met elkaar in gesprek gaan. Bemiddeling wordt ingezet in de volgende situaties:

- Veiligheid is niet gegarandeerd of ernstig in het geding.
- De situatie is nog niet geëscaleerd, vaak omdat de sociale omgeving nog niet op de hoogte is, en er kan een snelle oplossing gevonden worden. We noemen de situatie dan urgent – de tijd dringt.
- Het is van belang ouders op de hoogte te brengen van de Nederlandse wet en/of gebruik te maken van de autoriteit van het LEC EEG en de politie, bijvoorbeeld bij uithuwelijking en/of achterlating.
- Er is sprake van een strafrechtelijk kader.

Uitgangspunten voor bemiddeling: vrijwilligheid, vertrouwelijkheid en onafhankelijkheid van de bemiddelaar (Janssen & Sanberg, 2010).

Doel: het vinden van een oplossing voor het herstel van de familie-eer en waar mogelijk herstel van contact. Thema's: veiligheid, wensen van de familie t.a.v. verandering waardoor het meisje eventueel weer naar huis zou kunnen, wensen van het meisje, mogelijke oplossingen. Vaak ligt de oplossing in het aangaan van systeemtherapie.

Er wordt een of meerdere gesprekken gepland waarbij in elk geval de belangrijke aanspreekpersoon in de familie, de politie, systeemtherapeut of mentor, de Gecertificeerde Instelling voor Jeugdzorg en/of sleutelfiguren uit de sociale omgeving aanwezig zijn. Waar mogelijk is ook het meisje aanwezig. Sleutelfiguren dienen vaak als rolmodel en vertegenwoordigen de mogelijkheden. De politie is belangrijk vanwege veiligheidsredenen en vanwege de autoriteit en het gezag dat zij vertegenwoordigt.

### Systeemtherapie

Het doel van systeemtherapie betreft het stoppen van de eengerelateerde druk, dreiging en geweld en het herstel van relaties.

Bijkomende doelen zijn gericht op het kunnen stoppen en voorkomen van escalaties, bewustwording van en inzicht t.a.v. constructieve en destructieve interactiepatronen, het vergroten en versterken van de weerbaarheid/assertiviteiten en sociale vaardigheden/competenties binnen het systeem, het versterken van de communicatieve vaardigheden, het doorbreken van intergenerationele overdracht.

Alle systeemgerichte interventies richten zich op het vinden van mogelijkheden die zowel de ouders als het meisje recht doen.

Systeemtherapie wordt ingezet in de volgende situaties:

- Er is geen sprake van acuut dreigende onveiligheid.
- De problemen van het meisje spelen al lang, zijn van invloed op de relaties en interacties die op hun beurt de problemen beïnvloeden - er zijn destructieve interactiepatronen ontstaan.
- Het wangedrag is bekend bij de ouders en een kleine kring of belangrijke familieleden die niet direct eengerelateerde maatregelen treffen; er is geen urgentie om een heel snelle oplossing te vinden.

- Er is sprake van relatieproblematiek bij de ouders of familie.
- Er zijn communicatieproblemen binnen het gezin, vaak samenhangend met de destructieve interacties.
- Er is sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling en/of eengerelateerd geweld.
- Er is sprake van gedrag- en gezagproblematiek.
- Er is sprake van ontwikkelingsstagnatie, PTSS, psychiatrische problematiek.
- Bij het meisje, binnen het gezin en/of de familie speelt psychische of psychiatrische problematiek.

Er kan gebruik gemaakt worden van interventies uit de ouderbegeleiding.

De systeemtherapie bevat een divers aantal bijeenkomsten waarin de systeemtherapeut samen met het meisje en haar familie de vragen/behoefte van het meisje in een breed systeemkader zet, gerelateerd aan de collectieve waarden en normen rondom eer (Savenije in Savenije, Van Lawick & Reijmers, 2010).

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

Waar veiligheid nog discutabel is wordt bemiddeling of systeemtherapie op een neutrale plek in het land georganiseerd.

De keuze voor bemiddeling en/of systeemtherapie wordt in het MDO genomen. Een en ander hangt af van de vraag, de veiligheid/de uitkomsten van de veiligheidsanalyses van het LEC EGG en/of het OM, de urgentie om tot een snelle oplossing te komen, de mogelijkheden tot terugkeer naar huis en de ernst en complexiteit van de problematiek. In principe wordt waar mogelijk ingezet op systeemtherapie omdat de ervaring leert dat er veelal sprake is van systeemproblematiek. Voor een overzicht m.b.t. de verschillen in bemiddelingen systeemtherapie en de relevantie met de subgroepen verwijzen we naar het Handboek.

#### **d) Persoonlijke ontwikkeling (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> pedagogische milieu)**

Persoonlijke ontwikkeling vindt in alle vormen van begeleiding en behandeling plaats. In het begin richt de aandacht zich voornamelijk op de betekenis van het opgenomen zijn in EVA-Zahir; dit wordt geplaatst in de context van de familie(geschiedenis). De mentoren bieden continuïteit door de 7x 24 uur begeleiding. Zij inventariseren met het meisje haar doelen

t.a.v. persoonlijke ontwikkeling. De doelen leveren een bijdrage aan het behandelplan. De behandelaren voegen in en ondersteunen de behandeldoelen vanuit de therapie.

De sterke en zwakke kanten van een meisje en haar omgeving worden zo snel mogelijk in kaart gebracht zodat de hulpverlening vanaf week 1 zo goed mogelijk aansluit.

Er wordt vervolgens doelgericht binnen de fasen gewerkt aan wat het meisje nodig heeft om geweld te voorkomen en zich leeftijdsadequaat te kunnen ontwikkelen.

De begeleiding- en behandeldoelen gericht op persoonlijke ontwikkeling spelen zich af op alle drie pedagogische milieus: zij ontwikkelt zich binnen de eigen leefwereld individueel en in contact met groepsgenoten en waar mogelijk met ouders en familie. De persoonlijke ontwikkeling is daarnaast van betekenis in het onderwijs (bijvoorbeeld leren concentreren) en in vrije tijdsbesteding (bijvoorbeeld in sport – wat past bij jou).

De focus van de mentor ligt bij het gedrag in het hier-en-nu terwijl de focus van de behandelaar/therapeut ligt bij onderliggende problematiek. Het behandelproces volgt de fasering van het zorgprogramma.

#### **e) Onderwijs/stage/werk (2<sup>e</sup> pedagogische milieu)**

Omdat de meiden van EVA - Zahir (in elk geval in de eerste maanden) voor hun veiligheid niet naar het reguliere onderwijs kunnen, volgen ze vijf dagdelen per week intern onderwijs op hun eigen niveau. Om tegemoet te komen aan het reguliere toezichtskader wordt een deel van de zorgmodulen zodanig aangeboden dat zij kunnen dienen als onderwijswaardige interventies. Voorbeelden zijn: training weerbaarheid, excursies, het voorzitten van de huiskamervergadering, omgaan met social media en internet.

In principe wordt informatie van de vorige school opgevraagd, waar zinvol wordt het leerniveau getest zodat een meisje op haar niveau kan instappen.

EVA-Zahir beschikt over eigen klaslokalen waar een aantal meiden via online onderwijs (leren op afstand) hun onderwijs kan hervatten / vervolgen<sup>6</sup>. Fier heeft afspraken met onderwijsaanbieders in het samenwerkingsverband en beschikt over interne onderwijsfaciliteiten waar docenten van het reguliere SVO en MBO-onderwijs les geven op diverse niveaus van voortgezet onderwijs en mbo. Er wordt tevens samengewerkt met IVIO <http://www.ivioschool.nl/home/> die via 'leren op afstand' mogelijkheden biedt voor havo en vwo.

Kompaan en De Bocht heeft een eigen klas voor de meiden van EVA-Zahir bij de AKA (arbeidsmarkt gekwalificeerd assistent) bij het ROC.

De locatie Fier is officieel leerbedrijf. Hierdoor kunnen eigen doelgroepen een aantal praktijk gerelateerde vakken binnen Fier realiseren. Ook de locatie Kompaan en De Bocht biedt interne stageplaatsen en erkende mogelijkheden tot het behalen van studiepunten.

Voor alle meiden geldt dat wordt ingezet op een zo hoog mogelijk niveau, het behalen van (deel)certificaten, diploma's, startkwalificaties. Meiden die een startkwalificatie hebben en

---

<sup>6</sup> Instellingen als het Hoenderloo College en IVIO bieden onderwijsarrangementen in leren op Afstand.

niet meer leerplichtig zijn kunnen, wanneer veiligheid dat toelaat, extern werken – mist zij de nodige onderdelen van begeleiding en behandeling kunnen blijven volgen.

**f) Opdoen van ervaringen buiten EVA- Zahir / ontspanning (3<sup>e</sup> pedagogische milieu)**

Er wordt ingezet op het opdoen van positieve ervaringen in de 'buitenwereld'. Begeleiding en behandeling zijn belangrijk maar in het algemeen 'groeien de meiden misschien nog wel het meest' aan vriendschappen, mensen die om hen geven, plezier met hen maken, hen uitnodigen bij bijzondere gebeurtenissen en dergelijke. Zo wordt er wanneer een meisje binnen een traject van systeemtherapie op verlof gaat naar haar ouders/familie een plan opgesteld rond het (weekend)verlof. Waar mogelijk nemen meiden deel aan feesten in de eigen omgeving zoals het Offerfeest, Suikerfeest. Intern wordt rekening gehouden met de ramadan en wordt het Suikerfeest eveneens gevierd. Meiden leren tevens verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gedrag door middel van het maken van een uitgaansplan wanneer zij meer vrijheden krijgen. Daarbij leren zij om te gaan met de 'verleidingen en vrijheden' van de westerse samenleving; met respect voor hun eigen achtergrond. Wanneer het in het kader van veiligheid kan krijgen meiden de mogelijkheid hun sociale vaardigheden eigen interesses te ontwikkelen. Zo worden de contacten met maatjes, Bijzondere Vriend(inn)en, Big Sisters gestimuleerd en kiezen de meiden een gerichte activiteit buiten EVA- Zahir, veelal een sport en/of activiteiten bij sportclubs. De meiden kunnen dan meedoen met trainingen, (wedstrijden) en andere activiteiten van de club. De ervaring dat je iets kunt bereiken op het terrein van sport, school of (vrijwilligers)werk is van grote waarde voor deze meiden. Bij minderjarigen vind altijd afstemming plaats met ouders/(gezins)voogd.

**4) Transculturele benadering**

*Het werken met de doelgroep vraagt een reflecterende en transculturele houding, vaardigheden en communicatie. Essentieel daarin is het volgende:*

- *Om het collectieve en eerperspectief van het meisje en haar familie te leren kennen investeren mentoren in de individuele begeleiding van het meisje en in regelmatig contact met de ouders. Collectieve waarden en normen worden, waar constructief, in de begeleiding meegenomen.*
- *Diversiteit wordt gezien als bron om van te leren, verschillen als uitdaging. De samenstelling van teams is divers, er is in programma en structuur ruimte voor culturele waarden en momenten zoals de ramadan.*
- *Professionals zijn zich m.b.v. werkbegeleiding en intervisie bewust van eigen waarden, normen, etniciteit en culturele bagage en de invloed daarvan op het hulpverleningsproces; zij hebben zicht op parallele processen en kunnen ethnocentrisme ontrafelen.*
- *Professionals werken systeemgericht en kunnen van perspectief wisselen: zij zoeken naar mogelijkheden tot ruimte voor zowel het collectieve en het individuele perspectief.*
- *Er wordt geïnvesteerd in deskundigheid in transculturele communicatie.*

## 2.5 Ontwikkelgeschiedenis

### Betrokkenheid doelgroep

Was de doelgroep betrokken bij de ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

- Het feit dat een meisje dat in 2004 op de vlucht was voor eengerelateerd geweld nergens in Nederland geplaats kon worden, naast een aantal eermoorden en incidenten in diezelfde jaren waren de reden tot het oprichten van het programmabureau Eengerelateerd Geweld in 2006. Een van de maatregelen was het opzetten van twee pilots in 2007: EVA en Zahir.
- Elke psychosociale module wordt na afloop met de meiden geëvalueerd. Deze evaluatie is input voor de doorontwikkeling. Zo geven meiden aan welke oefeningen ze wel en niet zinvol vinden en waarom.
- De effecten en voortgang van een behandeling worden getoetst m.b.v. de ROM-systematiek.
- De meiden worden gestimuleerd kaarten in te vullen waarover ze tevreden zijn en wat ze anders zouden willen; ze krijgen binnen een maand een reactie op hun kaarten.
- Er is een cliëntenraad die de input van cliënten agendeert op de beleidsvergadering met de Raad van Bestuur.
- Er zijn cliënttevredenheidsonderzoeken.
- Bij uitstroom wordt er met elk meisje geëvalueerd en wordt er een exit vragenlijst ingevuld.

---

### Buitenlandse interventie

Is de interventie buiten Nederland ontwikkeld en wat is aangepast met het oog op de uitvoering in Nederland?

De interventie is in Nederland ontwikkeld. In België biedt het Family Justice Center (FJC) mogelijkheden voor de opvang en behandeling van meiden en vrouwen die het slachtoffer zijn van (dreigend) eengerelateerd geweld. Zij baseert zich o.a. op de ervaringen van EVA - Zahir die hen op onderdelen getraind heeft. Er is een samenwerking of afstemming van FJC's in Polen, Italië, Duitsland, België, Venlo, Tilburg en tevens met Papatya, een opvang en behandelsetting voor meiden in Berlijn.

## 2.6 Vergelijkbare interventies In Nederland uitgevoerd

Worden in Nederland vergelijkbare interventies uitgevoerd, zo ver bekend? Welke? Zijn deze opgenomen in één van de databanken met (potentieel) effectieve interventies?

Nee.

### Overeenkomsten en verschillen

Wat zijn de belangrijkste overeenkomsten en verschillen (puntsgewijs)?

n.v.t.

### **Toegevoegde waarde**

Wat is de toegevoegde waarde van deze interventie ten opzichte van hierboven genoemde vergelijkbare interventies in één van de databanken met (potentieel) effectieve interventies?

n.v.t.

## 3. Onderbouwing

### Oorzaken

We beschrijven de risico- en beschermende factoren die de kans op eengerelateerd geweld beïnvloeden. Daarbij maken we onderscheid in typisch eengerelateerde factoren, kindfactoren, gezinsfactoren en sociaal maatschappelijke factoren. Deze factoren beïnvloeden elkaar en het geheel lat de context zien waarbinnen eengerelateerd geweld kan plaatsvinden.

### Risicofactoren

#### Eengerelateerde factoren

- Onveiligheid, fysiek en emotioneel.
- De eisen t.a.v. seksualiteit en gehoorzaamheid binnen de context van eer, collectiviteit / eercultuur.
  - Deze eisen zijn risicofactor wanneer een meisje er niet aan voldoet; overtreding wordt gezien als wangedrag dat gesanctioneerd moet worden (Ermers, 2007; Brenninkmeijer e.a., 2009).
- Eerdere uitingen van eengerelateerd geweld in een gezin.
  - Dit duidt op de min of meer vanzelfsprekendheid van eengerelateerd geweld in een gezin of familie; het is een belangrijk item voor de veiligheidsanalyse van het LEC EGG.
- Roddel.
  - Door roddel kan gedrag bekend worden in de sociale omgeving en tot wangedrag worden bestempeld. De situatie is dan acuut onveilig en urgent (De Groot & Şimşek, 2008).
- De eengerelateerde druk van de sociale omgeving op de familie.
  - De familie moet wel maatregelen treffen bij (vermoedelijk) bekend geworden van wangedrag (Ermers, 2007).
- Weinig tot geen sociale steun wanneer er sprake is van wangedrag dat de familie-eer schaadt.
  - De familie én de hele sociale omgeving zijn betrokken en keren zich tegen het meisje; bijzonder moeilijk voor haar vanuit het perspectief van de collectieve identiteit (De Groot & Şimşek, 2008).
- Niet snel om hulp vragen buiten de familie of sociale omgeving in een onveilige situatie.
  - Hulp vragen betekent de situatie bekend maken wat (verdere) eerschending kan betekenen. Soms is weglopen voor een meisje de enige manier om uit de situatie te stappen en/of om haar familie of omgeving te laten zien dat ze in nood is. Weglopen op zich is eveneens eerschending. Meiden die weg lopen voelen zich bovendien schuldig omdat zij hun ouders en familie in problemen brengen; een loyaliteitsdilemma (De Groot & Şimşek, 2008; Van Dijke & Terpstra, 2010).
- Geïnternaliseerde overtuigingen die veroorzaken dat problemen niet actief worden aangepakt.
  - Vanuit de culturele context is er een externe locus of control; er wordt veel toegeschreven aan het lot. Individuele keuzes kunnen vanuit het collectieve



denkkader moeilijk gemaakt worden. Hiërarchie, autoriteit en leeftijd worden veelal als bepalend ervaren; gecombineerd met de overtuiging dat volgzzaamheid, gehoorzaamheid gewaardeerd worden en dat je je fouten niet toegeeft. Dit betekent veelal dat de meiden zich afhankelijk opstellen en niet direct geneigd zijn tot proactiviteit t.a.v. hun problematiek (De Groot & Şimşek, 2008).

- Huwbare leeftijd en het leven in twee culturen, twee leefwerelden.
  - De overgang in ontwikkelingsfase van puber naar adolescent en het bereiken van de huwbare leeftijd is in het leven in twee culturen een risicomoment. Bij een gearrangeerd huwelijk zullen families aandringen op het voltrekken van het huwelijk. Weigering door een meisje dat de 'vrijheid' van de individuele westerse samenleving heeft leren kennen kan de eer van de familie en aanstaande schoonfamilie in het geding brengen waardoor eergerelateerd geweld kan ontstaan (Ermers, 2007).
  - De betekenisgeving en beleving van seksualiteit en gender zijn sociaal en cultureel geconstrueerd en verinnerlijkt (Brenninkmeijer e.a., 2009). Dit veroorzaakt problemen voor de meiden die enerzijds verbonden zijn aan traditionele overtuigingen m.b.t. seksualiteit en gender en anderzijds leven in de westerse wereld met een betrekkelijk vrije seksuele moraal. Slot en Spanjaard (2009) geven aan dat jongeren met een niet –Nederlandse achtergrond een extra ontwikkelingstaak hebben, namelijk het omgaan met cultuurverschillen. Hoewel de culturele sensitiviteit voor alle jongeren in Nederland geldt, komen jongeren die worden beperkt in hun vrijheden niet toe aan het ontwikkelen van deze culturele sensitiviteit en weerbaarheid in hun sociale contacten, vooral m.b.t. het omgaan met seksualiteit. Zij lopen risico in hun contacten: veel meiden uit eerculturen hebben niet goed geleerd zich te handhaven in de westerse jongerencultuur terwijl deze wel als aantrekkelijk wordt ervaren.  
De eer van de familie staat op het spel als blijkt dat een meisje zich niet zedelijk gedraagt of seks heeft gehad voor het huwelijk. Hierdoor zijn meiden uit een eercultuur gemakkelijk te chanteren. Loverboys maken hier misbruik van door hen te verkrachten en/of seksuele handelingen op beeld vast te leggen. Hiermee kunnen zij relatief gemakkelijk de weg naar haar oude sociale netwerk afsnijden. Teruggaan naar haar familie is immers geen optie meer (Van der Wiele & de Ruiten, 2011).
  - Een deel van de meiden heeft ervaring met huiselijk geweld; een risicofactor in het aangaan van contacten.

#### Kindfactoren

- Individuele kwetsbaarheid.
  - We zien bij de doelgroep individuele problematiek zoals een licht verstandelijke beperking, individuele pathologie, psychiatrische en/of traumaproblematiek, psychosociale en psychosomatische problematiek waardoor een meisje haar situatie niet goed kan overzien en kwetsbaar is in sociale contacten.
- Gedrag- en gezagsproblematiek.
  - Deze kunnen leiden tot schending van de familie-eer met eergerelateerd geweld tot gevolg. Omgekeerd kunnen de gedrag- en gezagsproblematiek (mede) veroorzaakt worden door vormen van eergerelateerd geweld (Van Dijke & Terpstra, 2010).
- De aangepaste houding van sommige meiden waardoor problematiek kan worden onderschat of verkeerd geïnterpreteerd en zij niet de juiste hulp krijgen.

- De meiden van EVA - Zahir hebben in het algemeen weinig contact met hun gevoel en eventuele klachten worden voornamelijk somatisch geuit. Zij hanteren een passieve copingstijl, namelijk vermijdend, ontwijkend, niet adequaat op situaties reagerend. Zij presenteren zich ondanks de soms ernstige problematiek als zelfstandig, gemakkelijk aanpassend. Onderliggend zijn zij echter vaak niet flexibel en wantrouwend naar anderen (uiteraard gevoed door de continue dreiging). Door hun stevige zelfpresentatie bestaat de kans dat hun problematiek onderschat en zij overvraagd worden (Van Dijke & Terpstra, 2010).
- Onveilige hechting, traumatisering, disfunctionele strategieën m.b.t. stress en negatieve emoties.
  - Uit interviews (Van Dijke & Terpstra, 2006, 2010) en diagnostiek blijkt een deel van de meiden al op vroege leeftijd te maken heeft gekregen met kindermishandeling waardoor er sprake is van vroegkinderlijke traumatisering. Dit heeft doorgaans vergaande implicaties omdat kinderen zich hierdoor een inadequate hechtingsstijl eigen maken en er blijvende neurologische schade kan ontstaan (Perry, 2002; Bellis et al., 1999).  
De gevolgen van verwaarlozing, herhaalde mishandeling en misbruik, zijn a) onveilige hechting b) traumatisering en c) disfunctionele strategieën om met stress en negatieve emoties om te gaan.

### Onveilige hechting

*De meiden die niet veilig zijn opgegroeid hebben een onveilig wereldbeeld en geen sterk innerlijk werkmodel. In hun contacten zien we angst en/of vermijding, inadequate emotionele en sociale vaardigheden; emotioneel disfunctioneren. Een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van hechtingsproblemen is mishandeling of verwaarlozing van het kind door de ouders (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2010). Hierdoor wordt het vertrouwen van het kind in de opvoeders geschaad. Dit staat ook relaties met andere in de weg. Nicolai (2001) concludeert dat de combinatie van onveiligheid en desorganisatie van hechting zeer hoog blijkt te correleren met psychopathologische fenomenen. Hechtingsproblematiek gaat vaak samen met een lage zelfwaardering, (soms ook) met antisociale gedragingen én cognitieve vervormingen (denkfouten) die afwijkend gedrag rechtvaardigen. De basisovertuigingen over zichzelf, de ander en de wereld zijn dan gebaseerd op onveiligheid en angst. Overlevingsmechanismen en/of een onveilig intern werkmodel kunnen leiden tot inadequaat gedrag en risico op herhaling van geweld en/of misbruik.*

### Traumatisering

*Basisovertuigingen worden beïnvloed door traumatisering. Uit onderzoek blijkt dat bij meiden die getuige zijn (geweest) van geweld thuis, herhaald slachtofferschap en zelfdestructief gedrag voorkomt (Dijkstra, 2001). De klachten bij een trauma zijn divers en hebben invloed op de cognitieve en cognitieveontwikkeling, en op de lichamelijke, emotionele en sociale ontwikkeling. Een deel van de meiden van EVA-Zahir heeft een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS).*

### Disfunctionele strategieën om met stress en negatieve emoties om te gaan

*Kinderen die in een onveilige, instabiele omgeving opgroeien, hebben moeite met het benoemen van en het omgaan met hun eigen gemoedstoestanden en zijn geneigd bij oplopende stress snel de controle over hun eigen emoties en gedrag te verliezen. Ze ontwikkelen disfunctionele strategieën om controleverlies te vermijden, negatieve gemoedstoestanden af te wenden of op een ander vlak te ontladen (Rosen, & Frueh, 2010). Ze nemen hun toevlucht tot middelenmisbruik, vreetbuien, braken, automutilatie, ontkenning, zich (seksueel of gewelddadig) afreageren op anderen, etc. met nog meer problemen tot gevolg. Er is een relatie tussen PTSS en woede (Feeny, Zoellner, & Foa, 2000; Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg, & Foa, 1992).*

*Gedrag- en gezagproblematiek kunnen het gevolg zijn van kindermishandeling op jonge leeftijd.*

- Een deel van de doelgroep is seksueel misbruikt (41%, blijkt uit de tussentijdse evaluatie Zahir, Oenema, Terpstra & Van Dijke, 2015). Dit is een zwaar geheim, niet bespreekbaar omdat een meisje dan laat horen geen maagd te zijn en dus de familie-eer ernstig beschadigt. Ervaringen van seksueel misbruik zijn traumatiserend. Echter, binnen de context is het voor een meisje erg moeilijk het geheim te doorbreken en hulp te vragen.
- Het gebrek aan toekomstperspectief thuis of in eerste instantie bij EVA - Zahir en/of heimwee wanneer nog niet duidelijk is of, en zo ja hoe, patronen doorbroken kunnen worden.
  - Er is sprake van een negatieve spiraal, gekleurd door ervaringen en een negatief zelfbeeld. De meiden zijn bovendien niet gewend open over zichzelf en hun problemen te praten, hebben de neiging tot een 'dubbelleven' waardoor de neiging tot zogenaamd 'stiekem' gedrag met als gevolg sanctie, etc. Daarnaast is bij begin van opname het gemis van ouders en omgeving soms intens, er is bovendien vaak nog geen zicht op de toekomst. Er is risico dat de negatieve spiraal zich verdiept naar destructief gedrag en/of psychosomatiek, psychopathologie (Terpstra & Van Dijke, 2010) of dat een meisje door heimwee te vroeg (de situatie is dan nog niet veilig) naar huis terugkeert.

#### Gezinsfactoren

- Beperkte opvoedingsvaardigheden bij ouders.
  - Uit de praktijk van systeemtherapie blijkt dat het voor gemigreerde ouders en/of ouders die hechten aan traditionele waarden/normen moeilijk kan zijn hun kinderen op te voeden in een nieuwe leefwereld met andere waarden en normen dan zij gewend zijn. Het risico van gedrag- en gezagproblematiek is aanwezig. Deze kunnen leiden tot wangedrag dat de familie-eer aantast.
  - Maatschappelijke groeperingen kunnen op basis van hun etnisch-culturele, religieuze of sociale achtergrond onderling verschillen in hun opvattingen over wat acceptabel opvoedingsgedrag is (Berger, Ten Berge & Geurts, 2004). Dit kan betekenen dat ouders hun vragen en problemen niet bespreekbaar maken buiten de eigen familie of sociale omgeving en daardoor niet of onvoldoende geholpen worden bij opvoedingsproblematiek. ontwikkelingstagnatie kan het gevolg zijn.
- Destructieve verhoudingen in het gezin.

- Deze zijn belemmerend t.a.v. de emotionele en pedagogische veiligheid en t.a.v. de ontwikkelingsmogelijkheden van het meisje en zijn tevens risicofactor m.b.t. kindermishandeling (Van Rooijen, Bartelink & Berg, 2013).
- Meervoudige problematiek.
  - Bij een aantal meiden is sprake van meervoudige gezinsproblematiek samenhangend met de migratiegeschiedenis, verleden van de ouders, acculturatieproblematiek, psychiatrische problematiek, verslaving, wegvallen van ouders door dood of ziekte en pedagogische onmacht. De sociale positie is marginaal. Er is sprake van hoge schulden, criminaliteit en werkloosheid. Meerdere gezinsleden (ook jongens) zijn slachtoffer van huiselijk geweld (Van Dijke & Terpstra, 2010).
  - Deze complexe problematiek omvat risico's voor kindermishandeling. In vluchtelingengezinnen bestaat bovendien een groter risico op kindermishandeling vanwege de vaak traumatische ervaringen. (Van Rooijen, Bartelink & Berg, 2013). Binnen de gezinnen en families zien we tevens dat vaders van tienerdochters gemakkelijker dan anderen in een situatie kunnen komen waarin zij daders worden van ernstig eengerelateerd geweld (Brenninkmeijer e.a., 2009).

#### Social maatschappelijke factoren

- Slechte of onderbroken schoolopleiding.
  - Hierdoor kan de motivatie voor studie dalen met als mogelijk gevolg een slechte arbeids-, en/of sociaaleconomische positie die, wanneer er al sprake was van geweld, op hun beurt een risicofactor kunnen zijn voor herhaling van geweldspatronen.
- Een niet toegespitste hulpverleningssetting en een kloof tussen professionals en de betrokken gemeenschappen.
  - Gebrek aan de juiste en aansluitende specifieke deskundigheid (Lünnemann & Wijers, 2010). De vraagstukken vragen een specifieke expertise. Zo moeten ouders bijvoorbeeld niet direct worden betrokken bij vermoedens van geweld maar moet eerst een risicotaxatie worden gemaakt en een multidisciplinaire afstemming op de aanpak plaatsvinden.  
Het standaard oplossen van de problematiek in de eigen regio is i.v.m. de grote veiligheidsrisico's niet wenselijk (De Groot & Şimşek, 2008; Terpstra & Van Dijke, 2010). Het westers perspectief van hulpverleners is ontoereikend wanneer zij in de focus op individualiteit en autonomie niet aansluit bij de collectieve context. Tegelijkertijd is ook het traditionele oplossingsperspectief ontoereikend.
- De maatschappelijke, socioculturele en sociaaleconomische context waarbinnen eengerelateerd geweld zich afspeelt.
  - Dat deze context speelt blijkt o.a. uit de totstandkoming van interdepartementale programma's (2006 – 2011) en beleidsontwikkeling tegen huwelijksdwang en achterlating (wet huwelijksdwang december 2015). Ook Janssen (2013) benoemt de impact van de maatschappelijke context. Deze maatschappelijke context veroorzaakt dat de problematiek wel zichtbaar maar niet gemakkelijk aan te pakken is. Verandering heeft tijd nodig en moet van binnen uit ontstaan. Beleid dat gericht is op de emancipatie van deze groep of op het bewerkstelligen van een mentaliteitsverandering binnen de betrokken gemeenschappen kán er toe bijdragen dat jongeren, meiden slachtoffer worden van meer zichtbare vormen van eengerelateerd geweld. Op korte termijn vindt er hierdoor mogelijk eerst een

toename van eengerelateerd geweld plaats en pas later een afname (Brenninkmeijer e.a. 2009).

## Beschermende factoren

### Eengerelateerde factoren

- Een toereikend netwerk: betrouwbare familieleden/mensen uit de gemeenschap/(sleutelfiguren) en/of een familie die bereid is tot bemiddeling/verruiming van mogelijkheden voor hun (klein)dochters /zussen.
  - Er is dan sprake van draagvlak voor verandering vanuit de sociale omgeving.
- Rolmodellen.
  - Het betreft rolmodellen die een collectieve eercultuur zorgvuldig verbinden met een duidelijk waarden- en normenkader en individuele wensen en grenzen. Toenemend wordt, ook in het openbaar, de dialoog gevoerd, zie bijvoorbeeld [www.mytheontkracht.nl](http://www.mytheontkracht.nl)
- Er is wangedrag maar dat is nog niet bekend in de sociale omgeving.
  - De eer van de familie is dan waarschijnlijk nog niet in het geding. Er wordt samen met de politie en met het meisje, ouders en/of familie gekeken of zij zo snel mogelijk weer naar huis kan.

### Kindfactoren

- Individuele mogelijkheden.
  - Het betreft veerkracht, zelfvertrouwen en –waardering, sociale competenties, een gemakkelijk temperament, een bovengemiddelde intelligentie. Deze mogelijkheden behoren tevens tot de beschermende factoren bij kindermishandeling (Van Rooijen et al., 2013).
  - Een gezonde persoonlijkheidsstructuur en een veilig doorlopen hechting.
- Mogelijkheden tot opname voor meiden met een Licht Verstandelijke Beperking.
  - Meiden met een licht verstandelijke beperking komen vanwege het veiligheidsaspect wel binnen bij EVA-Zahir. Het Landelijk Kenniscentrum LVG geeft zes eisen waaraan interventies moeten voldoen willen zij een grotere kans hebben om werkzaam te zijn in de behandeling van jeugdigen met een LVB waardoor reguliere behandelvormen geschikt lijken te zijn voor jeugdigen met een LVB: uitgebreidere diagnostiek, afstemmen van de communicatie, concreet maken van de oefenstof, voorstructureren en vereenvoudigen, netwerk en generalisatie, veilige en positieve leeromgeving.  
In principe is het zorgprogramma toereikend. Voor de meiden met LVB zet EVA-Zahir in op een duidelijk dagprogramma, een helder structuur, duidelijke afspraken en de focus op weerbaarheid, emotieregulatie en systeemtherapie.  
Modulen/interventies worden waar mogelijk aangepast.  
Wanneer het programma toch te veel van hen blijkt te vragen dan wordt onderzocht waar zij beter terecht kunnen én veilig zijn.
- Een interne locus of control.
  - Hierdoor krijgt een meisje het idee zelf een bijdrage te kunnen leveren aan het voorkomen of oplossen van problemen (Ronan, Conoy & Burke, 2009).

### Gezinsfactoren

- Een constructieve band met ouders/gezin.

- We zien dan een veilige hechting en de bereidheid om naar elkaar te willen luisteren en te zoeken naar mogelijkheden.
- Beschikbare ouders.
  - Beschikbare ouders kunnen omgaan met eigen problematiek, zijn opvoedingsvaardig en zijn in staat om te gaan met moeilijke omstandigheden. Ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen onderscheiden zich op drie punten van andere ouders: hun persoonlijk functioneren, hun opvattingen over kind en opvoeding en hun eigen ontwikkelingsgeschiedenis (Berger et al., 2004).

#### Sociaal maatschappelijke factoren

- Een ononderbroken schoolopleiding en/of goede schoolresultaten.
  - Uit de ervaring van EVA -Zahir blijkt dat ouders een goede opleiding en goede schoolresultaten waarderen. Dit kan een goede motivator zijn om ruimte te bieden aan hulpverlening en de individuele wensen van een meisje.
- De standaard intersectorale samenwerking met de politie.
  - De politie kan door haar gezagspositie van grote waarde zijn in bemiddelingsprocessen. Zij biedt bovendien helder informatie over bijvoorbeeld de strafbaarheid van geweld. Daarnaast is de politie in staat om 'een voet tussen de deur te houden' wanneer een meisje weer thuis is en daardoor veiligheid te controleren.
  - De wet tegen huwelijksdwang, december 2015.
- Specifieke bemiddeling, systeemtherapie, aansluitend bij de doelgroep.
  - De hulpverlening is specifiek en creëert daarmee de beschermende context waarbinnen passende hulp wordt geboden t.a.v. de samenhang in veiligheidsproblematiek en actuele en onderliggende problematiek en waarbinnen risicofactoren kunnen verdwijnen of verminderen (Van Dijke & Terpstra, 2010; Lünemann & Wijers, 2010; Brenninkmeijer e.a., 2009; De Groot & Şimşek, 2008; Tjin A Dije & Zwaan, 2007; Ghorashi, 2006). Deze hulpverlening kent specifieke randvoorwaarden zoals transculturele competenties, aanpassingen in taal en communicatie (bij EVA-Zahir werken ook Arabisch sprekende professionals), flexibele opstelling om contact met ouders te onderhouden. Daarnaast sluit de methodiek aan op de doelgroep zonder te generaliseren en is per definitie systeemgericht (Van Rooijen – Mutsaers & Ince, 2013).
- De inzet van de overheid op deskundigheidsbevordering en wetgeving.
  - E-module huwelijksdwang.
  - Deskundigheidsbevordering in onderwijs.
  - Wet huwelijksdwang, december 2015.

#### **Aan te pakken factoren**

Welke factoren pakt de interventie aan en welke, in paragraaf 2.1 en 2.2. benoemde, (sub)doelen horen daarbij?

#### **Subdoelen**

1. Het meisje is veilig en beschermd;
2. De eengerelateerde druk of dreiging is gestopt;
3. De gezag- en gedragsproblematiek zijn verminderd;

4. Het meisje (en haar familie) kan omgaan met de psychiatrische en/of traumaproblematiek;
5. Positief gedrag en constructieve interactiepatronen in het gezin zijn toegenomen;
6. Het meisje functioneert adequaat (naar niveau) op school of werk;
7. Het meisje kan terugkeren naar huis, er is een voldoende steunstructuur (natuurlijke omgeving en/of professioneel netwerk) om veiligheid en ontwikkelingsmogelijkheden te waarborgen. Indien terugkeer naar huis niet kan: aansluitende doorstroming naar beschermd of begeleid of zelfstandig wonen of hulpverlening elders.
8. Het meisje heeft haar veiligheidsplan geactualiseerd wanneer zij met ontslag gaat en er zijn concrete afspraken gemaakt over nazorg en follow-up.

	Subdoelen	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Beïnvloedbare factoren</b>									
Onveiligheid		X							x
Eisen t.a.v. eer, eengerelateerde druk / geweld			x	x		x		x	x
Gebrek aan sociale steun bij wangedrag			x			x		x	x
Niet snel om hulp vragen buiten de familie, sociale omgeving			x			x		x	x
Geïnternaliseerde overtuigingen				x	x	x			
Onbalans in collectiviteit en individualiteit /'leven in twee werelden'		X	x			x		x	
Individuele kwetsbaarheid		X		x	x	x			x
Copingstijl				x	x	x	x	x	
Gedrag- en gezagproblematiek				x	x	x			
Destructieve interactiepatronen binnen het gezin en tussen het meisje en haar ouders/familie				x	x	x		x	x
Meervoudige problematiek		X		x	x	x		x	
Onveilige hechting, traumatisering en disfunctionele strategieën om met stress en negatieve emoties om te gaan		X		x	x	x			
Seksueel geweld					x			x	x
Gebrek aan toekomstperspectief		X	x			x	x	x	
Beperkte opvoedingsvaardigheden				x	x	x		x	
Complexe problematiek in de thuissituatie			x	x		x		x	x
Slechte / onderbroken schoolopleiding en/of demotivatie voor school.							x	x	
De maatschappelijke, socioculturele en sociaaleconomische context		X	x			x		x	x
Een niet toegespitste hulpverleningssetting en een kloof tussen professionals en de betrokken gemeenschappen.		X	x			x		x	
Een stevig netwerk, rolmodellen en sleutelfiguren		X	x			x		x	x
Het wangedrag is nog niet bekend in de sociale omgeving		X	x	x		x		x	
Versterking individuele competenties en interne locus of control		X		x	x	x	x	x	x
Constructieve band met ouders/gezin			x	x		x		x	x
Beschikbare ouders				x	x	x		x	x
Ononderbroken schoolopleiding, goede schoolresultaten		X	x			x	x	x	x
Specifieke samenwerking met de politie		X	x						x
Toereikende hulpverlening, een beschermende context		X	x	x	x	x	x	x	x

## Verantwoording

Verantwoord hoe met deze aanpak ook daadwerkelijk de (sub)doelen bij deze doelgroep(en) bereikt worden.

De aanpak is pas krachtig binnen een heldere opbouw en fasering van de geboden zorg (Boendermaker, Van Rooijen, Berg & Bartelink, 2013). De structuur van het zorgprogramma EVA - Zahir is van groot belang. Dit is een gefaseerd model dat er van uit gaat dat stress en trauma eerst voldoende stabilisatiebehandeling vragen alvorens traumabehandeling succesvol kan zijn (Struik, 2011, 2011-1). Is traumabehandeling gaande dan kunnen tegelijkertijd stabilisatieonderdelen worden verdiept en het geleerde worden geïntegreerd.

Het zorgprogramma EVA - Zahir richt zich bovendien op de drie pedagogische milieus zodat de vraagstukken en problematiek op alle niveaus en betreffende levensgebieden deel zijn van de multimodale integrale aanpak. De Gezondheidsraad (2011) ziet een integrale aanpak als voorwaarde voor een goed assessment en een adequate behandeling.

Hoofdoel en subdoelen uit het zorgprogramma richten zich op de veiligheid en op de actuele en onderliggende problematiek die onderling met elkaar verweven zijn; vaak in een complex geheel. De onderbouwing voor de aanpak van deze doelen bevat een aantal theoretische kaders die we hieronder uitwerken: multimodale benadering, socioculturele theorie, de gedragstheorie, de oplossingsgerichte benadering, de communicatietheorie, theorieën betreffende trauma / vroegkinderlijke traumatisering.

Daarnaast bevat het zorgprogramma kenmerken van effectieve zorg en hulp in de residentiële jeugdzorg (Boendermaker et al., 2013): het bieden van mogelijkheid om individuele en groepstherapie te volgen naast of bovenop het verblijf in leefgroepen, het bieden van in elk geval cognitief gedragstherapeutische interventies die gericht zijn op het verbeteren van sociale en probleemoplossende vaardigheden en het verminderen van gedragsproblemen en -stoornissen, het bieden van andere evidence based interventies voor het verminderen van andere - bijvoorbeeld internaliserende – problemen, het bieden van passend onderwijs, het werken met ouders en gezinnen / bieden van mogelijkheden in behandeling, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke situatie van de individuele jeugdige, zorg voor een zorgvuldige overgang van instelling naar samenleving, nazorg / doorgaande zorg.

Bijlage 2A geeft de samenhang van modulen met de doelen van het zorgprogramma. Bijlage 2B bevat een overzicht van de kwaliteit en effectiviteit van de modulen die deel uit maken van het zorgprogramma. In bijlage 2C wordt een aantal wat werkt-principes toegelicht voor de doelgroep en de residentiële zorg die in EVA-Zahir worden toegepast.

De onderbouwing van de aanpak per is subdoel als volgt:

#### 1) Het bieden van een veilig en beschermd leefklimaat

EVA - Zahir biedt een fysiek veilige omgeving en een zodanige bescherming dat de meiden ervaringen kunnen verwerken en/of zich kunnen ontwikkelen. Zij hecht grote waarde aan het pedagogisch basisklimaat.



Verschillende auteurs beschrijven dat mishandelde, misbruikte en/of verwaarloosde kinderen en jongeren het beste kunnen worden geholpen door uitgebreide, intensieve en flexibele programma's, uitgevoerd door professionals die in staat zijn met deze risicojongeren een echte relatie aan te gaan, gebaseerd op wederzijds respect en vertrouwen (Boendermaker et al., 2013). Hierdoor wordt veiligheid ervaren. Veiligheid en bescherming zijn voorwaarden voor het aangaan van een relatie met deze meiden. Pas als een dergelijke relatie gevormd is kan met succes worden gewerkt aan hun problematiek: 'First connect, then correct' (Moore & Holland, n.d., in: Schuengel, Venmans, Van IJendoorn & Zegers, 2006).

Uit onderzoek blijkt dat het voor de ontwikkeling van jongeren in een residentiële setting van belang is, stabiliteit te creëren door het bieden van een veilig leefklimaat. Dit klimaat is voorspelbaar, betrouwbaar, heeft structuur, geeft verantwoordelijkheid voor eigen handelen, vergroot de keuzevrijheid en levert vaardigheden voor sociale situaties (Van der Helm, Hanrath & Jonker, 2011; Van der Helm 2011). In een dergelijk klimaat kan een goede werkrelatie worden opgebouwd en gebruik gemaakt worden van de mogelijkheden van de groep. Dit klimaat veroorzaakt dat een meisje zich beschermd voelt en zich kan verbinden, constructieve contacten kan opdoen waardoor haar (begrijpelijke, want uit een collectieve identiteit voortkomende) neiging om al voordat veiligheid gewaarborgd is weer naar huis te gaan, kan worden voorkomen: zij heeft zinvolle contacten binnen een duidelijke dagstructuur waar zij gericht aan haar eigen doelen werkt. Een dergelijk klimaat is tevens van belang voor het ontwikkelen van competenties (zie bij de onderbouwing van subdoel 3). Door het ontwikkelen van competenties in samenhang met interventies in begeleiding en behandeling, en door passend onderwijs ontwikkelt een meisje haar weerbaarheid en ontstaat er voor haar (weer) perspectief op de toekomst.

Binnen de Richtlijn residentiële jeugdhulp worden de kenmerken van een pedagogisch basisklimaat genoemd: steun en responsiviteit, groei en ontwikkeling, structuur en leefregels, onderlinge interactie en atmosfeer (Knorth, 2005; Boendermaker et al. 2013; Van der Helm, 2011; Bruininks, 2006).

Een veilig en beschermd leefklimaat ontstaat eveneens door de categorale en gespecialiseerde behandelsettings waarin de meiden zijn opgenomen in meidengroepen. Naast het feit dat het binnen een traditionele eercultuur niet gebruikelijk is dat een meisje zonder toezicht contact heeft met jongens die niet tot de familie behoren, is plaatsing in een gemengde groep risico verhogend voor seksueel misbruik (commissie Samson, 2012). In eerculturen is het een schande als (ongehuwde) meiden en vrouwen zonder toezicht contact hebben met jongens en mannen die niet tot de familie behoren. Gemengde groepen betekenen daarom altijd aantasting van de eer van een meisje (en haar familie).

Om (verdergaand) eerverlies te voorkomen is het belangrijk dat deze meiden worden opgevangen en behandeld in meidengroepen. Gemengde groepen zijn bovendien risico verhogend m.b.t. grensoverschrijdend gedrag. Het betreft jongeren die door hun ervaringen kwetsbaar zijn en niet goed hebben geleerd hun grenzen te bewaken.

Jeugdzorg Nederland (2013) heeft een kwaliteitskader ontwikkeld en maatregelen gericht op preventies van seksueel misbruik binnen de residentiële setting zijn opgenomen in de Richtlijn Residentiële Jeugdzorg <http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/residentiële-jeugdhulp/de->

veiligheid-van-de-jeugdige/inleiding Daarnaast zijn medewerkers lid van de Stichting kwaliteitskader Jeugd (SKJ) en waar relevant aangesloten bij beroepsverenigingen.

Operationalisering door:

- Veiligheidstaxatie en –analyse LEC EGG die regelmatig herhaald wordt.
- 24/7 zorg en bewaking.
- Veiligheidsplan, evaluatie doelen veiligheidsplan.
- Behandelplan, evaluatie doelen.
- Modulen gericht op veiligheid, bijvoorbeeld veiligheid, Safe and Streetwise, Signs of Safety, Systeemtherapie; zie Bijlage 2A, 2B, 2C.
- Evaluaties pedagogisch basisklimaat in wekelijkse huiskamervergadering.
- Evaluatie behandeldoelen in het behandelplan.
- Evaluatie van individuele therapie (ROM systematiek) en doelen bemiddeling, systeemtherapie.
- Evaluaties leergroepen/trainingen d.m.v. evaluaties modulen.
- Het pedagogisch basisklimaat is onderdeel van het werkplan met concrete doelen die worden geëvalueerd op resultaat – aandachtspunten zijn de items van de vragenlijsten uit de onderzoeken van Peer van de Helm.

## 2) Het stoppen van eengerelateerde druk of dreiging

Het belang van het betrekken van de sociale omgeving en de culturele achtergrond is beschreven in de socioculturele theorie (Edwards, 2005, Vigotsky, 1978, & Winsler, 2003 in: Feldman, 2012). Deze theorie beschrijft dat ontwikkeling een wederzijdse transactie is tussen de mensen in de omgeving van een kind en het kind zelf. Juist voor de meiden van EVA - Zahir die een collectieve identiteit hebben is het van groot belang de omgeving die voor hen zo belangrijk is te betrekken bij hun individuele wensen en grenzen. Naast het bieden van een fysiek veilige, beveiligde omgeving leggen professionals van EVA - Zahir standaard op de dag van opname contact met de ouders van een meisje. Vervolgens wordt altijd (tenzij de situatie als te gevaarlijk wordt geanalyseerd of een meisje wil het beslist niet) zo snel als mogelijk ingezet op bemiddeling en/of systeemtherapie, omdat het uitgangspunt is: herstel van contacten met ouders en familie.

Hoe vroeger het stadium van bemiddeling, hoe beter deze een kans van slagen heeft. Is de buitenwereld al op de hoogte van schending van de eer, of bestaat er een kans dat de buitenwereld op de hoogte raakt, dan kan de uitingsvorm van eengerelateerd geweld vele malen schadelijker zijn. Soms kan een meisje na een bemiddelingstraject al snel naar huis, soms heeft zij ook nog behandeling nodig en wordt gezocht naar de juiste mogelijkheden daartoe. Bij een geslaagde bemiddeling en/of systeemtherapie valt de eengerelateerde dreiging weg en heeft (trauma)therapie kans van slagen omdat de stress gereduceerd is (Struik, 2011-1).

EMDR en systeemtherapie vormen een goed koppel bij de behandeling van gezinnen waarin klachten gerelateerd zijn aan onverwerkte traumatische of negatieve gebeurtenissen (De Roos & De Beer, 2013).

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

Transculturele interventies zijn belangrijk voor een succesvolle therapie gericht op ontwikkelings- mogelijkheden binnen de wederzijdse transactie (Jessurun in Savenije, Van Lawick & Reijmers, 2010).

Nonverbale therapieën zoals Psychomotorische therapie, beelden therapie bieden mogelijkheden uitdrukking te geven aan ervaringen, lichaamsbeleving, gedachten en aan individuele ontwikkeling. Uit diverse onderzoeken blijkt dat vaktherapie de problemen van kinderen vermindert (Bartelink, Boendermaker & Van der Vliet, 2013).

Operationalisering door:

- Veiligheidstaxatie en –analyse LEC EGG die regelmatig herhaald wordt.
- Training medewerkers m.b.t. transculturele houding, kennis en (communicatie)vaardigheden.
- Modulen gericht op bewustwording van achtergrond en netwerk zoals Systeemtherapie, Regenboog, Inzichtgevende therapie, Psychomotorische Therapie, Beeldende therapie, Ik en mijn culturele achtergrond, In je kracht, Vrienden maken; zie Bijlage 2A, 2B, 2C.
- Evaluatie behandeldoelen in het behandelplan.
- Evaluatie van individuele therapie (ROM systematiek) en doelen bemiddeling, systeemtherapie.
- Evaluaties leergroepen/trainingen d.m.v. evaluaties modulen.
- Structureel intervisie, werkbegeleiding voor medewerkers.

### 3) Het verminderen van de gezag- en gedragsproblematiek

Het NJI beschrijft 'wat werkt'-principes bij problemen, werkwijzen en doelgroepen. Samengevat geeft zij in haar overzicht aan dat vooral cognitieve gedragstherapie werkzaam is bij angst- en stemmingsproblemen, angststoornissen, depressie, eetstoornissen, gedragsproblemen en-stoornissen, middelengebruik, en bij opzettelijke zelfbeschadiging (Foolen, 2013).

In het bevorderen van leeftijdsadequaat gedrag wordt gebruik gemaakt van interventies gebaseerd op de gedragstherapie of cognitieve gedragstherapie. Uit onderzoek blijkt gedragstherapie effectief binnen een residentiele setting, waarbij de uitvoering deels plaats vindt in de leefgroepen (Genovés e.a., 2006; Armelius & Andreassen, 2007; Lipsey, 2009).

Een voorbeeld hiervan is dat EVA-Zahir inzet op het vergroten van een positief zelfbeeld door het werken met complimentenkaarten en – briefjes, passend bij de context.

Daarnaast is het pedagogisch basisklimaat zoals beschreven gericht op het normaliseren van gedrag en een constructieve gezagsverhouding. Hierin wordt gebruik gemaakt van het sociaal competentiemodel; een op gedragstherapeutische principes gebaseerde aanpak waarin de meiden feedback krijgen op hun gedrag. Het uitgangspunt is dat jongeren door positieve reacties op pro sociaal gedrag gestimuleerd worden om dat gedrag meer te vertonen dan antisociaal gedrag (Slot & Spanjaard, 2009) en ze leren bovendien dat ze invloed hebben op problemen en de oplossingen.

Het inadequate gedrag staat niet op zichzelf, gezag- en gedragsproblemen van de meiden van EVA - Zahir hebben veelal te maken met onderliggende problematiek (zie hiervoor punt 4, het verminderen van / het kunnen omgaan met de psychiatrische en/of traumaproblematiek).

De cognitieve gedragstherapie (CGT) biedt de meest effectieve mogelijkheden gericht op het ontwikkelen van adequaat gedrag (Lipsey, 2009; Konijn, 2003). Ook de Richtlijn ernstige gedragsproblemen noemt het inzetten van CGT als van belang. Met behulp van CGT worden irrationele cognities (bijvoorbeeld 'ik ben niets waard'), bijgesteld en leren zij constructieve reële cognities aan.

De CGT richt zich bij de doelgroep inhoudelijk vooral op: training in cognitieve vaardigheden, training in cognitieve herstructurering, training van probleemoplossende vaardigheden, het leren omgaan met conflicten, leren rustig te reageren, eigen mening formuleren, omgaan met groepsdruk, training van sociale vaardigheden, training in pro sociaal gedrag, andermans gevoelens in acht nemen, sociale omgang juist interpreteren, trainen van het herkennen van boosheid en de uitlokkers ervan en vervolgens controle uitoefenen over de boosheid (anger control), trainen van moreel redeneren: leren nadenken en redeneren over goed gedrag en fout gedrag met als doel de morele ontwikkeling op hoger niveau te brengen, terugvalpreventie: situaties leren herkennen waarin men een hoog risico loopt op terugval en de terugval leren stoppen (Landenberger & Lipsey, 2005 in Foolen, Ince, De Baat & Daamen, 2013).

Deze vaardigheden en gedragsuitingen krijgen vorm in de individuele begeleiding en behandeling middels de verschillende modules, en in de groepsbegeleiding in de leefgroep. Adequaat gedrag wordt versterkt, weerbaarheid wordt vergroot.

Naast interventies gericht op een meisje wordt ingezet op interventies in het gezin/familie. Begeleiding van de ouders en systeemtherapie richten zich onder andere op het creëren van de juiste gezagsverhouding in het gezin door opvoedingsvaardigheden van de ouders te versterken, bewustwording van communicatiepatronen (Watzlawick, 1991), het aanleren van communicatieve (Pinto, 2007) en probleemoplossende vaardigheden van alle gezinsleden.

Vanuit de communicatietheorie wordt er voor wat betreft de communicatie gewerkt met wat er van elkaar verlangd wordt en hoe dit wordt gecommuniceerd. In de gezinnen van de meiden van EVA - Zahir wordt vaak veel verwacht en weinig expliciet uitgesproken. Door stil

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

Gedragsproblemen kunnen eveneens verminderen door psychoeducatie waardoor kennis vergroot wordt en copingstijlen verbeterd worden. Psychoeducatie wordt zowel aan de meiden als aan hun families geboden.

Psychoeducatie levert een bijdrage aan terugval. Kernelementen zijn interactieve kennisoverdracht, erkenning van last en lijden, empowerment, vergroten van draagkracht door het aanleren van vaardigheden in gedragsverandering, het bevorderen van onderlinge sociale steun en zelfregulatie. Psychoeducatie vertoont nauwe verwantschap met CGT in het gebruik van de sociaal-lernen theorieën (Van der Stel, 2004).

Operationalisering door:

- Gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten.
- Modulen gericht op gedragsverandering zoals Systeemtherapie, Cognitieve gedragstherapie, Schematherapie, Psychomotorische therapie, Sociale vaardigheden, In je kracht, Terug naar jezelf; zie Bijlage 2A, 2B, 2C.
- Evaluatie behandeldoelen in het behandelplan.
- Evaluatie van individuele therapie (ROM systematiek) en doelen bemiddeling, systeemtherapie.
- Evaluaties leergroepen/trainingen d.m.v. evaluaties modulen.
- Huiskamervergaderingen waarin de afstemming in de leefgroep, ervaring van veiligheid in de groep en ieders weekdoelen.

#### 4) Het verminderen van / het kunnen omgaan met de psychiatrische en/of traumaproblematiek

##### *Trauma*

Traumabehandeling wordt ingezet wanneer er sprake is van voldoende stabilisatie (Struik, 2011-1). De stabilisatiefase richt zich op veiligheid en bescherming, dagelijks leven, hechting, emotieregulatie, zelfbeeld, notendop (Struik, 2011).

Afhankelijk van de draagkracht van het meisje kan traumabehandeling 'het verwerken van de traumatische ervaringen' betekenen, of 'het hanteerbaar maken van c.q. kunnen omgaan met traumagerelateerde symptomen'. Voor getraumatiseerde kinderen/jongeren is het essentieel dat de leefomgeving veilig is, structuur biedt, voorspelbaar is en zorgzaam; dat werkt stabiliserend. Het pedagogisch basisklimaat van EVA - Zahir biedt deze voorwaarden.

Uit Nederlands en buitenlands onderzoek (De Vereniging EMDR Nederland, 2012) blijkt dat EMDR een effectieve behandelmethodede is bij trauma. Uit onderzoek blijkt dat zowel cognitieve gedragstherapie, waaronder imaginaire exposure, als EMDR effectieve behandelingen zijn voor PTSS (Emmelkamp, Bouman, & Visser, 2009; Foa, Keane,

Friedman, & Cohen, 2009; Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002; Paunovic, & Ost, 2001). Deze therapieën worden - soms in combinatie - ingezet in het zorgprogramma EVA - Zahir.

### *Gehechtheid*

Onveilige gehechtheidsrelaties zijn een risicofactor voor de ontwikkeling. Correctie van gehechtheidsstrategieën zodat deze veiliger worden, vermindert het risico op instabiele, onbevredigende en/of bedreigende relaties met ouders, partner, en later de eigen kinderen (Moore & Holland, n.d., in: Schuengel e.a. 2006). Een aantal van de meiden van EVA - Zahir heeft strategieën ontwikkeld om confrontatie met (mogelijk pijnlijke) gehechtheidservaringen te voorkomen (Schuengel e.a. 2006:13). Daarbij speelt het interne werkmodel een cruciale rol in de interpretatie van wat ze meemaken / meegemaakt hebben, en het stuurt hun gedrag in sociale relaties. Behandeling concentreert zich dan op het doorbreken van de negatieve spiraal (afwijzing verwachten, daar naar handelen en feitelijk afgewezen worden). Het gaat erom niet te voldoen aan deze verwachtingen en tegelijk nieuwe cognities aan te dragen die groei bevorderen. Basiselementen zijn: het bieden van een veilige basis, het doorbreken van verwachtingspatronen en vervangen van kerncognities, het ontwikkelen van een adequate copingstijl, het realiseren van een ondersteunend netwerk (Schuengel e.a. 2006). Het netwerk wordt m.b.v. bemiddeling en/of systeemtherapie betrokken. Daar waar dit niet kan wordt geïnvesteerd in netwerkontwikkeling.

Het NJI noemt voor wat betreft hechting als voorwaarde dat het kind een emotioneel beschikbare persoon heeft om zich aan te hechten en verzekerd is van een veilige en stabiele plek, waarin het positieve interacties met de hechtingsfiguur kan aangaan (Bartelink, 2013). Hier zien we de waarde van systeemtherapie en van de inzet van belangrijke anderen zoals de werkrelatie met de mentor, langdurige relaties met Big Sisters.

### *Andere (psychiatrische) problematiek*

Belangrijk is dat de uitvoering van behandelprogramma's t.a.v. andere (psychiatrische) problematiek integraal onderdeel van het zorgprogramma is en niet een geïsoleerde plaats inneemt. Deze meiden krijgen de gelegenheid om tegelijk een 'gewone' puber of adolescent te zijn en een gespecialiseerde behandeling t.a.v. hun problemen te ondergaan. Onderzoek heeft laten zien dat veel jongeren in de residentiële zorg willen dat hun leven zo normaal mogelijk is of zo normaal mogelijk voelt (Thomson, McArthur, Long & Camilleri, 2005; Anglin, 2002; Martin & Jackson, 2002). Tegelijkertijd hebben jongeren in residentiële instellingen speciale en individuele behoeften. Zij hebben vaak veel meegemaakt en als gevolg daarvan veel psychosociale/psychiatrische problemen. Het creëren van een normaal dagelijks leven wordt daarom binnen EVA - Zahir in evenwicht gebracht met de behoefte aan een speciale behandeling (Ward, 2004). Deze combinatie en de multimodale aanpak maken het mogelijk om de actuele én de onderliggende problematiek in samenhang aan te pakken.

Het meeste effect wordt behaald met een goed onderbouwde en gecoördineerde combinatie van interventies (een multimodale en multisystemische aanpak). Zo'n aanpak houdt in dat een onderling samenhangend hulpaanbod wordt geleverd, dat zich richt op meerdere

systemen (ouders, kinderen, gezinnen, families, sociaal netwerk en instellingen waar gezinnen mee te maken hebben). De programma's worden ingezet

vanuit een analyse van de problemen, risico- en beschermende factoren in de verschillende contexten waarin een kind leeft. Multimodale programma's hebben een duidelijk omschreven conceptueel kader, waardoor de interventies in de verschillende contexten verbonden worden (Hermanns, 2008; Berger et al., 2004).

Daarnaast geven de NVMW, NIP en NVO (2015) aan dat een veilig pedagogisch basisklimaat met een positieve bejegening nauw samenhangt met het door jongeren ervaren van een veilig gevoel in de groep.

Operationalisering door:

- Gebruik van vragenlijsten zoals traumavragenlijsten, SDQ, CBCL, HONOS, HONOSCA, lichaamsbeleving.
- Evaluatie behandeldoelen in het behandelplan.
- Modulen gericht op behandeling van trauma en psychiatrische problematiek zoals EMDR, Cognitieve gedragstherapie, Schematherapie, MBT, Systeemtherapie; zie Bijlage 2A, 2B, 2C.
- Evaluatie van individuele therapie (ROM systematiek) en doelen bemiddeling, systeemtherapie.
- Evaluaties leergroepen/trainingen d.m.v. evaluaties modulen.
- De behandeling bij psychiatrische klachten is gebaseerd op richtlijnen GGZ, [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).

##### 5) Het toenemen van positief gedrag en constructieve interactiepatronen in het gezin

De onderbouwing zoals beschreven bij de voorgaande doelen is van invloed op het toenemen van positief gedrag en het ontwikkelen van constructieve interactiepatronen in het gezin. De oplossingsgerichte benadering stimuleert bovendien de meiden en hun gezinnen om zelf te komen tot oplossingen en nieuwe manieren van aanpak uit te proberen waardoor ook een nieuwe en gezonde copingstijl wordt ontwikkeld. Uit onderzoek blijkt dat het zelf bedenken van oplossingen het zelfvertrouwen vergroot. De oplossingsgerichte benadering helpt ouders en jongeren om zicht te krijgen op reële doelen, te ontdekken wat ze nu al goed doen, te bepalen wat de eerste stap vooruit is en daarbij gebruik te maken van eerdere successen. Jongeren en hun ouders/verzorgers dienen zichzelf te ervaren als competent en in staat tot zelfcontrole, zodat zij voldoende autonomie verwerven om adequaat deel te nemen aan de samenleving (Durrant, 2006; Bartelink, 2013).

Er wordt hierbij gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering vertoont duidelijke overeenkomsten met oplossingsgerichte therapie. Een meta-analyse van Lundahl e.a. (2010) geeft aan dat motiverende gespreksvoering positief kan bijdragen aan het welzijn van mensen, zoals het verminderen van stress of depressieve klachten. Volgens hen is er ook een aanzienlijke hoeveelheid theorie die de gedachte ondersteunt dat het effectief is bij depressie en angststoornissen. Het lijkt erop dat zelfs met een kleine toevoeging van motiverende gespreksvoering aan een gebruikelijke, effectieve behandeling betere resultaten geboekt worden (Bartelink, 2013).

De systeemtherapie beschikt over transculturele interventies waarin zowel ouders als meiden samen kunnen komen tot een nieuwe context (hercontextualisering) waarin ruimte is voor individuele wensen en tegelijkertijd voor culturele waarden en normen, en (migratie)geschiedenis. Vanuit deze nieuwe context ontstaan mogelijkheden de actuele en onderliggende problematiek aan te pakken met specifieke aandacht voor culturele aspecten en oplossingsstrategieën zodat destructieve interactiepatronen kunnen worden omgezet in constructieve manieren van omgaan met elkaar (Jessurun in Savenije et al., 2010; Tjin a Djie & Zwaan, 2007). Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van sleutelfiguren. Begeleiding van ouders kan helpen bij opvoedingsvraagstukken (Van der Pas, 2009).

EVA- Zahir maakt tevens gebruik van mentorprogramma's zoals met maatjes, Bijzondere Vriendschappen, Big Sisters. Een meisje wordt gekoppeld aan geselecteerde vrijwilligers die activiteiten met hen ondernemen en dienen als rolmodel. Doel is het meisje beter te laten functioneren in het dagelijks leven en haar zelfredzaamheid te vergroten. Amerikaans onderzoek laat zien dat de leerlingen die deelnamen aan een dergelijk programma minder verzuimden op school, hogere cijfers haalden, minder agressief waren en minder alcohol en drugs gebruikten (DuBois, Holloway, Valentine & Cooper, 2002). Vooral voor de meiden die niet naar huis terug kunnen/gaan of zijn deze contacten erg belangrijk; de start van een nieuw netwerk.

Sport lijkt eveneens van belang in het ontwikkelen van positief gedrag. Sporten helpt stress en frustratie te verminderen. Vaak spelen ook depressieve klachten en de wil om alles onder controle te houden een grote rol. Sporten kan helpen om de accu weer op te laden en om stress en frustraties kwijt te raken. Daarom integreert EVA - Zahir sport in de behandeling. Inmiddels wordt er onderzoek gedaan naar de effecten en werkzame ingrediënten van sport wanneer dit wordt ingezet als zorgtraject in de geïndiceerde jeugdzorg (Zoon & Trompetter, 2012).

Operationalisering door:

- Gebruik van het cultureel interview en gestandaardiseerde vragenlijsten.
- Modulen gericht op het toenemen van positief gedrag en constructieve interactiepatronen zoals Systeemtherapie, Regenboog, Inzichtgevende therapie, In je kracht, Vrienden maken, Jij en de groep, Grip op je dip, Social media en internet; zie Bijlage 2A, 2B, 2C.
- Evaluatie behandeldoelen in het behandelplan.
- Evaluatie van individuele therapie (ROM systematiek) en doelen bemiddeling, systeemtherapie.
- Evaluaties leergroepen/trainingen d.m.v. evaluaties modulen.
- Regelmatige afstemming met maatjes, Bijzondere vriendinnen, Big Sisters.
- Regelmatige afstemming met sportscholen, trainers.

## 6) Het adequaat functioneren op school of werk



Het 'leren op afstand' voor bepaalde vormen van voortgezet onderwijs waar EVA- Zahir mee werkt is erkend door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en wetenschappen. Daarnaast wordt er ook face to face les gegeven in eigen onderwijslokalen of in lokalen extern alleen voor de doelgroep.

EVA- Zahir hecht aan de belangrijke individuele, sociale en maatschappelijke betekenis van onderwijs. Door het creëren van een stimulerend onderwijs/pedagogisch klimaat worden de meiden uitgedaagd tot constructief gedrag en het ontwikkelen van eigen mogelijkheden. EVA-Zahir hecht grote waarde aan het behalen van startkwalificaties en diploma's zodat de meiden een goede positie op de arbeidsmarkt verkrijgen.

Binnen dit geheel gelden enkele werkzame factoren:

- kleine groepen met veel persoonlijke aandacht (Boendermaker et al., 2013);
- meiden krijgen een concreet toekomstperspectief. Door leerlingen cognitief uit te dagen, niet onder te stimuleren en door perspectief te bieden blijven zij gemotiveerd en betrokken (Ryan & Deci, 2000);
- de meiden zien door hun geschiedenis en vanuit een laag zelfbeeld lang niet altijd de toegevoegde waarde van een schooldiploma. Door hen in contact te brengen met diverse banen of vervolgopleidingen leren ze deze (zelf)waarde wel te zien. Het versterken van het geloof in eigen kunnen, vergroot het plezier dat de leerlingen beleven aan school (Bandura, 1993);
- bij schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten gelden passend onderwijs, een goede docent-leerling werkrelatie, een duidelijk, veilig, prettig leerklimaat en samenwerking met ouders als belangrijk (De Baat, Messing, Prins, 2014).

Opvallend is dat de ouders van de meiden vaak erg tevreden zijn over het feit dat hun dochter onderwijs volgt en dat goed doet. Het onderwijs is een belangrijke motivator voor ouders om in te stemmen met hulpverlening en daar zelf ook verantwoordelijkheid in te nemen.

Wat betreft het toeleiden naar werk: onderzoek laat zien dat het hebben van een baan een belangrijke factor is voor het welzijn op latere leeftijd van mensen die in een residentiele instelling verbleven (Van der Geest, Bijleveld & Verbruggen, 2013 in: Werson e.a., 2015).

De 'Handreiking interventies kwetsbare jongeren' (Waltz, Van Ommeren, Stroeker, Bokdam, Bourdrez & Ince, 2011) definieert arbeidstoeleiding als: het begeleiden of ontwikkelen van kwetsbare jongeren naar economische zelfstandigheid door het wegnemen van (individuele) barrières en belemmeringen die hun de toegang tot de arbeidsmarkt bemoeilijken. EVA-Zahir hanteert binnen haar zorgprogramma en door de focus op onderwijs, startkwalificatie een aantal van de werkzame factoren die in deze handreiking worden genoemd met als doel een goede positie op de arbeidsmarkt:

- intensieve begeleiding op maat binnen het zorgprogramma en in het onderwijs;
- samenwerking in de keten binnen het zorgprogramma en met onderwijs, stage- en werkinstellingen;

- gerichte training zodat het meisje zich kan presenteren en kan voldoen aan stage en arbeidseisen;
- praktijk- en werkervaring opdoen door stages, voorzitten van huiskamervergaderingen, presentaties tijdens werkbezoeken;
- betrekken van werkgevers door hen te betrekken bij de doelgroep en te zoeken naar mogelijkheden voor stage en werk;
- aansluiten bij de leefwereld van jongeren binnen het zorgprogramma en in contacten met maatjes, sportclubs;
- kwalificeren en schooluitval voorkomen door zo hoog mogelijk in te zetten op onderwijsniveau en te streven naar een startkwalificatie.

Operationalisering door:

- Inschrijving bij een erkende onderwijsinstelling.
- Niveaubepaling op basis schoolverleden (diploma's en/of waar mogelijk contact laatst genoten schoolopleiding, of stageplaats) , intake en waar nodig IQ test scores vanuit diagnostiek.
- Bij gaten in de schoolopleiding wordt zo hoog mogelijk ingezet. Sinds september 2014 dient de entreeopleiding als verplichte mogelijkheid bij onvoldoende vooropleiding. Echter deze leidt niet tot een startkwalificatie. Er wordt onderzocht hoe het meisje zo snel mogelijk de startkwalificatie verkrijgt. Er zijn mogelijkheden voor huiswerkbegeleiding.
- Landelijk erkende instaptoetsen voor taal en rekenen, loopbaan en burgerschap.
- Landelijk erkende toetsen na afloop van een onderdeel, schooljaar, stage.
- Elk meisje heeft op de interne school een eigen coach (docent). De mentor is tevens aanspreekpunt; samen met het meisje koppelen docent en mentor ontwikkelingen op school aan doelen binnen het behandelplan.
- Stage conform stage-eisen en stagebezoeken.
- Functioneringsgesprekken binnen werksituaties.
- Modulen gericht op het ontwikkelen van zelfvertrouwen zoals Cognitieve gedragstherapie, Schematherapie, Inzichtgevende therapie, Regenboog, Sociale vaardigheden, Grip op je dip; zie Bijlage 2A en 2B. Ook worden wel testen van Struik (2011) gebruikt – zie Handboek.

7) Terugkeer naar huis en de aanwezigheid van een voldoende steunstructuur (natuurlijke omgeving en/of professioneel netwerk) om veiligheid en ontwikkelingsmogelijkheden te waarborgen. Indien terugkeer naar huis niet kan: aansluitende doorstroming naar beschermd of begeleid of zelfstandig wonen of hulpverlening elders.

Het werken aan subdoel 1 t/m 6 bewerkstelligt dat het meisje zich kan richten op het toewerken naar huis of, wanneer dat niet het geval is, naar begeleid/beschermd/zelfstandig wonen of hulpverlening elders.

Wat betreft de onderbouwing geldt deze zoals bij doel 1 t/m 6 beschreven. Daarnaast is het behandelplan in de laatste fase gericht op het vergroten van vrijheden, het vergroten van eigen keuzemogelijkheden en eigen beslissingen en, erg belangrijk, het verder ontwikkelen en/of verstevigen van een goede steunstructuur.

Er wordt nauw met ouders afgestemd. Onderzoek laat zien dat gezinsgerichte residentiële zorg tot betere uitkomsten leidt vergeleken met reguliere residentiële zorg. Dit geldt voor de gedragsproblemen van de opgenomen jeugdigen, de opvoedingsstress die ouders ervaren, het aantal gerealiseerde gezinsgerichte hulpdoelen, de beëindiging volgens plan en de ervaren effectiviteit en tevredenheid (Geurts, 2010). Voor de meiden van EVA –Zahir geldt dit eveneens, in combinatie met veiligheid.

Wanneer een meisje niet naar huis kan werkt zij haar doelen uit in EVA- Zahir. Een belangrijk onderdeel van haar behandelplan is dan gericht op het opbouwen van een nieuw netwerk, weerbaarheid en zelfstandigheid.

### 8) Uitstroom , nazorg en follow-up

Studies naar de uitkomsten van nazorg laten zien dat deze positieve uitkomsten kan hebben (Harder, Kalverboer & Knorth, 2011). Uit onderzoek blijkt tevens dat de kwaliteit van vervolgzorg van groot belang is voor de bestendiging van de resultaten van de residentiële behandeling op de lange termijn (Epstein, Kutash & Duchnowski, 2004). Harder (2011) benoemt echter dat de huidige praktijk van nazorg onvoldoende is voor effecten op de langere termijn. Harder benadrukt eveneens 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.

De praktijk van EVA-Zahir biedt begeleid en beschermd wonen en nazorg op basis van concrete afspraken (veiligheidsplan, behandelplan) tussen een meisje met haar mentor óf er wordt zorgvuldig afgestemd met een nieuwe hulpverlener. Er is altijd een taakaccenthouder van de politie die gedurende een afgesproken periode contact met het meisje en haar gezin/familie onderhoudt. Uit het onderzoek van Werson e.a. (2015) blijkt het grote belang van nazorg, gericht op veiligheid en het voorkomen van revictimisatie. Er is ambitie tot het vormgeven van een longitudinale studie gericht op het volgen van de meiden en het meten van de effecten van behandeling. Gesprekken met hoge scholen en universiteiten zijn hierover gaande

Operationalisering door:

- Evaluatie behandeldoelen in het behandelplan.
- Evaluatie van individuele therapie (ROM systematiek) en doelen systeemtherapie.
- Evaluaties leergroepen/trainingen d.m.v. evaluaties modulen.
- Veiligheidsplan in afstemming met de taakaccenthouder politie waarin afspraken voor de periode na EVA-Zahir.
- Vragenlijst exitgesprek.
- Doelen nazorg in behandelplan.
- Afronding nazorg: evaluatie doelen behandelplan.
- Afspraken follow-up.
- Waar nodig: warme overdracht nieuwe hulpverlening met concrete afspraken.

## Werkzame elementen, gekoppeld aan subdoelen

- Het zorgprogramma vindt plaats binnen het kader van veiligheid en bescherming. Veiligheidsrisico's worden zorgvuldig getaxeerd en geanalyseerd (1, 2, 3, 6, 7, 8).
- Er is sprake van een multimodale intersectorale integrale aanpak op veiligheid, actuele en onderliggende problematiek vanaf het begin (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).
- Het zorgprogramma kent een duidelijke opbouw en is fasegericht: veiligheid en stabilisatie, verwerking/behandeling, integratie, uitstroom (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).
- Het pedagogisch basisklimaat en de duidelijke dagstructuur (2, 3, 4, 5).
- Verbinding van normaal dagelijks leven aan specifiek passende behandeling (2, 3, 4, 5).
- Meidengroepen (2, 3, 4, 5).
- De oplossingsgerichte aanpak en het opdoen van succeservaringen (2, 3, 5, 6).
- De individuele begeleiding en de passende werkrelatie (2, 3, 5).
- De mogelijkheid om individuele en groepstherapie te volgen naast of gekoppeld aan het verblijf in leefgroepen (2, 3, 4, 5).
- De inzet van gedragstherapeutische principes om prosociaal gedrag te bevorderen en ongewenst gedrag te verminderen (2, 3, 4, 5).
- Het gedragstherapeutisch klimaat (2, 3, 4)
- De inzet van evidence based interventies voor het verminderen van internaliserende problemen, psychiatrische problematiek, traumaproblematiek en hechtingsstoornissen (2, 3, 4).
- Het betrekken van en werken met ouders en gezinnen (behandelmogelijkheden) waarbij rekening gehouden wordt met de veiligheid en de specifieke situatie van het meisje (1, 2, 3, 4, 5)
- De culturele sensitiviteit bij alle professionals die betrokken zijn bij het Zorgprogramma (1, 2, 3, 4, 5, 6).
- Het betrekken van sleutelfiguren bij de aanpak zodat er gekeken wordt naar oplossingen i.p.v. naar belemmeringen (1, 2, 3, 5).
- Specifieke expertise in bemiddeling en samenwerking in de passende ketenaanpak (1, 2, 3, 5).
- Passend onderwijs; in vorm en inhoud aansluitend op de situatie van de meiden en gericht op een goede positie op de arbeidsmarkt(2, 3, 6, 7, 8).
- Sport als middel tot het leren van positief gedrag en het opdoen van succeservaringen (2, 3, 5).
- Mentorprogramma's: maatjes, Bijzondere Vriendschappen, Big Sister zodat sociale vaardigheden en competenties worden ontwikkeld (2, 3, 5).
- Een zorgvuldige overgang van EVA- Zahir naar samenleving- nazorg / doorgaande zorg (2, 3, 6, 7, 8).
- Transculturele bemiddeling en systeemtherapie (1, 2, 3, 4, 5, 8).
- De gespecialiseerde categorale opvang- en behandelsetting zodat veiligheid gegarandeerd is en de specifieke hulpverlening op actuele en onderliggende problematiek kan worden geboden (1, 2, 3, 4, 5, 8).

## 4. Uitvoering

### Materialen

- Handboek zorgprogramma EVA – Zahir.
- Verwijskaart/folder en informatiemateriaal voor cliënten (op intranet).
- E-Module huwelijksdwang ontwikkeld door Fier samen met The Next Page en in samenwerking met EVA, Kompaan en De Bocht (2014).
- Checklist Eergerelateerd geweld LEC EGG.

### Type organisatie

Organisaties die het zorgprogramma EVA - Zahir willen uitvoeren, moeten zich realiseren dat het zorgprogramma niet binnen de bestaande 'hokjes' past. Het zorgprogramma:

- wordt integraal en sector overstijgend vormgegeven namelijk (jeugd)zorg, (jeugd)ggz en onderwijs;
- richt zich zowel op minderjarigen als meerderjarigen;
- heeft een multidisciplinair en integraal karakter en richt zich op alle pedagogische milieus;
- biedt hetzelfde niveau van veiligheid en bescherming als een jeugdzorg<sup>plus</sup> voorziening maar realiseert dit door het meisje te 'binden' i.p.v. 'op te sluiten': dit vraagt specifieke veiligheidsmaatregelen en een specifieke bejegening en attitude van medewerkers;
- vraagt om samenhangende specialisatie t.a.v.
  - de soms zeer ernstige veiligheidsproblematiek;
  - de actuele problematiek zoals eevraagstukken en eergerelateerd geweld, ouder-kind problematiek, gedrag- en gezagproblematiek, psychosociale problematiek, psychosomatiek; t.a.v. de onderliggende problematiek zoals behandeling van (vroegkinderlijke) traumatisering; hechtingsproblematiek; seksueel misbruik, disfunctionele strategieën om met stress en negatieve emoties om te gaan;
- vindt plaats binnen landelijke, open, categorale opvang- en behandelsettings waar de meiden uitsluitend in meidengroepen worden opgevangen en behandeld.

Het zorgprogramma is overdraagbaar aan instellingen die aan het bovenstaande (willen) voldoen.

---

### Opleiding en competenties

Welke opleiding /training en specifieke competenties van de uitvoerders zijn vereist?

#### Basisopleiding

EVA-Zahir is multidisciplinair.

- Allround hulpverleners, pedagogisch medewerkers, educatiemedewerkers, ambulante hulpverleners hebben allen een opleiding op Hbo-niveau.
- Nachtdiensten hebben een opleiding op Mbo (Sociaal Pedagogisch Werk- of Hbo-niveau maatschappelijk werk en dienstverlening / sociaal pedagogische hulpverlening/pedagogiek).
- Vaktherapeuten hebben een opleiding op Hbo-niveau (psychomotore therapie, beeldende therapie, etc.).
- Systeemtherapeuten zijn opgeleid tot systeemtherapeut.
- Behandelaren hebben een opleiding tot orthopedagoog of psycholoog gevolgd, zo mogelijk aangevuld met een opleiding voor GZ-psycholoog.
- De regiebehandelaar (hoofdbehandelaar) is afgestudeerd als GZ- of klinisch psycholoog, of psychotherapeut, of (kinder- en jeugd) psychiater conform de richtlijn GGZ.

### Aanvullende scholing, training en opleidingen

- Opleiding voor systeemtherapie.
- Zo mogelijk aanvullende opleidingen voor gedragswetenschappers, zoals klinisch psycholoog, EMDR-therapeut, familie- of systeemtherapeut of een opleiding voor cognitieve gedragstherapie of psychotherapie.
- Opleidingen/training in specifieke methodieken zoals Signs of Safety, interculturele communicatie.

EVA-Zahir beschikt op beide locaties over trainingsmogelijkheden.

### Achtergrond en werkervaring

Om een monocultuur te voorkomen bestaat de multidisciplinaire teams uit professionals met verschillende achtergronden en werkervaring; bijvoorbeeld jeugdzorg, maatschappelijk werk, OGGZ, hulpverlening bij geweld in afhankelijkheidsrelaties, verslavingszorg, jeugd-ggz, ggz en forensische zorg. Het is aan te bevelen om ook professionals aan te trekken die niet alleen uit de hulpverlening komen, maar bijvoorbeeld ook werkervaring hebben bij de politie, de rechtelijke macht, de reclassering e.d. en die een relevante opleiding (gaan) volgen.

Voor het zorgprogramma EVA- Zahir is het voorwaarde dat er intercultureel, hybride gewerkt wordt. Het heeft de voorkeur dat het team intercultureel van samenstelling is.

Daarnaast moeten de teams beschikken over transculturele competenties.

### **Kwaliteitsbewaking**

Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

- Het behandelplan bevat de aanmelding, de diagnostische intake, de hulpverleningsdoelen (waaronder bemiddeling en systeemtherapie), de voortgang van de hulpverlening, de periodieke evaluaties en de eindevaluatie.
- Iedere hulpverleningsactiviteit wordt inhoudelijk en in tijd geregistreerd.

- Er wordt voor evaluatie therapie gebruik gemaakt van een Routine Outcome Measurement.
- Er wordt gewerkt met vragenlijsten gericht op gedrag zoals SDQ, HONOS, HONOSCA, CBCL.
- Structurele periodieke bespreking in MDO.
- Werkbegeleiding, intervisie, supervisie en interne scholingen.
- Medewerkers zijn Lid van het SKJ en/of beroepsverenigingen en beantwoorden aan eisen voor reflectie en scholing.
- Er wordt gewerkt met signalering- en verbeterplannen (kwaliteitsbeleid).
- De richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming zijn of worden geïmplementeerd.
- Diagnostiek en behandeling zijn inhoudelijk gebaseerd op de GGZ-richtlijnen.
- De instellingen Fier en Kompaan en De Bocht zijn verantwoordelijk voor de interventie. Ze zijn HKZ gecertificeerd en voldoen aan de kwaliteitseisen gericht op aanbieder jeugdzorg en/of (jeugd)GGZ.

### Randvoorwaarden

De uitgangspunten die in het zorgprogramma EVA - Zahir worden gebruikt, moeten matchen met de uitgangspunten die in de rest van de organisatie worden gebruikt. Voorwaarde is daarom dat er een coherente, integrale en consistente visie op hulpverlening aanwezig is binnen de organisatie (of wordt ontwikkeld), die aansluit bij de visie en uitgangspunten die gehanteerd zijn bij de ontwikkeling van het zorgprogramma EVA - Zahir. Dit betekent dat:

- de visie en uitgangspunten verwoord moeten zijn in het visiedocument van de organisatie en vertaald moeten zijn in de onderliggende documenten: beleidsdocumenten, werkplannen van directie/managers/teams; zorgprogramma's, modules en werkbeschrijvingen;
- er een interne basistraining beschikbaar is, waarin niet alleen de medewerkers van het primaire proces maar ook managers, directie en bestuur geschoold worden in de visie en uitgangspunten (het nieuwe paradigma);
- alle medewerkers in het primaire proces geschoold worden in de noodzakelijke kennis en deskundigheid (specialisatie): groepsworkers, allround hulpverleners, mentoren, behandelaren, psychiaters;
- er werkbegeleiding, intervisie en supervisie wordt aangeboden i.h.k.v. de doorleving, verdieping en implementatie van het zorgprogramma;
- de (eind)verantwoordelijkheid van managers en de overlegstructuren overeenstemmen met de visie en uitgangspunten die gehanteerd zijn bij het zorgprogramma.

EVA -Zahir biedt een gecertificeerd programma. Organisaties die het zorgprogramma EVA – Zahir willen gaan uitvoeren, maken afspraken met Fier en Kompaan en De Bocht over de noodzakelijke opleiding en ondersteuning bij de implementatie. Deze afspraken zijn op maat, verschillen per organisatie en zijn afhankelijk van de visie en uitgangspunten die de organisatie hanteert en de beschikbare kennis en ervaring. De opleiding en ondersteuning bij de implementatie hebben in ieder geval betrekking op:

- paradigma's in de hulpverlening;
- visie en uitgangspunten en de vertaalslag naar het visiedocument van de organisatie, de werkplannen, het zorgprogramma, de modules etc.;

- consequenties voor management en bestuur; verantwoordelijkheidsverdeling;
- de inrichting van de scholing, werkbegeleiding, supervisie en intervisie, noodzakelijk om zich het zorgprogramma eigen te maken;
- pedagogisch basisklimaat;
- professionele attitude: contact maken, opbouw van een werkrelatie, meiden alternatieve ervaringen bieden;
- competentiegerichte begeleiding;
- focus op kansen en mogelijkheden, empowerment en activering;
- ouders als partner, systeembenadering vanuit intercultureel perspectief, bemiddeling en/of systeemtherapie;
- bescherming bieden tegen negatieve ervaringen en hertraumatisering;
- passende behandeling bieden t.a.v. verwaarlozing, misbruik en mishandeling, (vroegkinderlijke) traumatisering en traumatische verbintenissen, hechtingsproblematiek;
- waar gepast kennis en vaardigheden m.b.t. loverboyproblematiek en gedwongen prostitutie;
- de samenhang tussen veiligheids-, onderliggende en bovenliggende problematiek;
- mogelijkheden bieden t.a.v. passend onderwijs en arbeidstoeleiding.

## Implementatie

Voorafgaand is al aangegeven dat de overdracht en implementatie afhankelijk zijn van het paradigma dat de organisatie hanteert, het kennisniveau en de beschikbare expertise. Er is een veelheid aan materiaal ontwikkeld en op afspraak beschikbaar dat nodig is bij de overdracht en implementatie.

Er is niet een standaard systeem voor implementatie; wanneer een instelling voldoet aan de voorwaarden worden in samenwerkingscontracten afspraken gemaakt voor implementatie op maat.

Verder hebben Fier en Kompaan en De Bocht trainers en supervisors beschikbaar die in een train de trainers constructie medewerkers trainen en opleiden. Zij bieden in opdracht van het Ministerie van BZK een (gratis) gezamenlijk ontwikkelde verdiepingstraining en train-de-trainerprogramma aan professionals in het onderwijs over eengerelateerd geweld, huwelijksdwang en achterlating.

---

## Kosten

De kostprijs voor een plek bij EVA-Zahir is € 251.58 per dag (2015). Wanneer een meisje een jaar opgenomen is kost dit € 91.826. In dit bedrag zit het verblijf van het meisje in de 7x24 setting, pedagogische begeleiding van het meisje (nachtdienst en dagdiensten) en behandeling vanuit een behandeltraject op basis van de DBC richtlijnen. De prijs is inclusief verblijf op een afdeling inclusief voeding.

Kosten voor materialen, training, deskundigheidsbevordering en implementatie zijn afhankelijk van de



afspraken die met een organisatie worden gemaakt.

## 5. Onderzoek naar praktijkervaringen

---

### Onderzoek praktijkervaringen

- Dijke, A. van & Terpstra, L. (2010). *De dochters van Zahir. Tussen traditie en wereldburgerschap*. Amsterdam: SWP Uitgeverij. Een beschrijvend onderzoek gericht op achtergrondgegevens en psychologische onderzoeken van de doelgroep; 86 meiden die in Zahir opgenomen zijn geweest in de periode van 1 januari 2008 tot 1 maart 2010. Enkele resultaten voor n=86: 84% had te maken gehad met lichamelijk geweld in de thuissituatie, 67% met geestelijk geweld en 34% met onvrijwillig seksueel contact. 63% liet kenmerken van PTSS zien met secundair stemmingsklachten en angststoornissen.
- Werson, S., Lamers-Winkelmann, F., Pers, M. van der, Dijke, A. van (2015). *Fier en verder*. Amsterdam: SWP Uitgeverij. Onderzoek naar de effecten van behandeling bij Fier. Een kwalitatief onderzoek aangevuld met kwantitatieve data d.m.v. semigestructureerde interviews met 33 meiden na hun behandeling bij Fier. Van de 33 meiden behoorden 11 meiden tot de doelgroep van EVA-Zahir. Het onderzoek beschrijft de situatie van de meiden bij binnenkomst, hoe ze het leven in de groep ervoeren, wat ze van de groepsbehandeling en diverse therapieën vonden, hoe veilig ze zich binnen de instelling voelden en hoe ze het onderwijs en de buitenschoolse activiteiten hebben ervaren. Geleerde lessen en verbeterpunten zijn hierop beschreven. Enkele resultaten vanuit de doelgroep EVA-Zahir: 100% heeft zich veilig gevoeld tijdens opname, 50% ervaart systeemtherapie als een positieve bijdrage in de relatie met de ouders, bij 73% zijn ouders betrokken bij/op de hoogte gehouden van het behandelproces, 89% was tevreden over de betrokkenheid van ouders. Wat betreft het onderwijs: ruim 50% heeft een certificaat of vak binnen het onderwijs behaald, 18% heeft een diploma behaald tijdens opname.  
100% had te maken gehad met lichamelijk geweld voor opname, tijdens het interview was dat bij 18% het geval. 92% had een PTSS bij start opname; dat was nog (of opnieuw) zo bij 60% tijdens het interview. Het cijfer 7.3 werd gegeven t.a.v. tevredenheid over het sociaal netwerk. De onderzoekers concluderen o.a. dat vervolgzorg essentieel is voor duurzame zorg en het voorkomen van revictimisatie.

## 6. Onderzoek naar de effectiviteit

---

### Onderzoek in Nederland

Is er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de interventie in Nederland en wat zijn daarvan de uitkomsten?

Nee.

### Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Is er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze of een vergelijkbare interventie (in Nederland en in het buitenland) en wat zijn daarvan de uitkomsten?

Niet bekend.

## 7. Aangehaalde literatuur

---

- 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.
- Armeliuș, B-Å & Andreassen, T.H. (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.
- Baat, M. de, Messing, C, Prins, D. (2014). *Wat werkt bij schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten?* Utrecht: NJI.
- Baer, J.C. & Daly Martinez, C. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 87-197.
- Bakker, H., Meintser, N. & Snelders, P. (2012). *Twee stappen vooruit, één terug; Bestrijding van eengerelateerd geweld, huwelijksdwang en achterlating*. Utrecht: Movisie.
- Bakker, H., Storms, O. (2016). Factsheet De meldcode bij (vermoedens van) eengerelateerd geweld. Utrecht: Movisie.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. In *Educational Psychologist*, 28, 2, 117-148.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt. Oplossingsgerichte therapie?* Utrecht: NJI.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt. Motiverende gespreksvoering?* Utrecht: NJI.
- Bartelink, C., Berge, I. ten, Yperen, T. van (2013) *Beslissen over effectieve hulp: wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht: NJI.
- Bartelink, C., Boendermaker, L. , Vliet, E. van der (2013) *Vaktherapie*. Utrecht, NJI.
- Bellis, M.D. de., Keshavan, M.S., Clark, D.B, Casey, B.J., Gied, J.N., Boring, A.M., Frustaci, K., & Ryan, N.D. (1999). Developmental traumatology. Part II: Brain Development. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1270-1284.
- Berge, I. ten, van Yperen, T. (2013) *Beslissen over effectieve hulp: wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht, NJI.
- Berger, M., Berge I. ten, & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Boendermaker, L., Rooijen, K. van, Berg, T., & Bartelink, C. (2013). *Residentiele jeugdzorg: wat werkt?* Utrecht: NJI.
- Borra, R., Dijk, R. van, Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose*. Houten, Bohn, Stafleu van Loghum.
- Braet, C., & Bögels, S. (2008), *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Brekemans, I. & Groot, G. de (2014). *De kleuren van Eva en Zahir*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Brennikmeijer, N., e.a. (2009). *Eengerelateerd geweld in Nederland. Onderzoek naar de beleving en aanpak van eengerelateerd geweld*. Den Haag: Sdu Juridisch.
- Bruininks, A.C. (2006). *Orthopedagogisch groepswerk. Methodiekgericht werken*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- 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.
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70, 1067-1074.
- Commissie Samson (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig. Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

- Cyr, C., Euser, E.M., Bakermans-Kranenburg, M.J. & IJzendoorn, M.H. van (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, p.87-108.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., & Draaijer, N. (2009). *Vroeger en verder. Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Dijke, A. van & Terpstra, L. (2010). *De dochters van Zahir. Tussen traditie en wereldburgerschap*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Dijkstra, S. (2001). *Kinderen (v/m) die getuige zijn van geweld tussen hun ouders: een basisverkenning van korte en lange termijn effecten*. Bilthoven: Dijkstra, onderzoek en advies.
- DuBois, D.L., Holloway, B.E., Valentine, J.C., & Cooper, H. (2002). Effectiveness of mentoring programs for youth: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 30, 157–197.
- Durrant, M. (2006). *Oplossingsgericht werken met jongeren en hun gezin. Een creatieve benadering van de residentiële hulpverlening*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., & Visser, S. (2009). Behandeling van posttraumatische stressstoornis. *Angststoornissen Hypochondrie*, 201-207.
- Epstein, M.H., Kutash, K., & Duchnowski, A.J. (2004). *Outcomes for children and youth with emotional and behavioral disorders and their families: Programs and evaluations, best practices*. Austin, TX: PRO-ED.
- Ermers, R. (2007). *Eer en eerwraak. Definitie en analyse*. Amsterdam: Bullaag.
- Felitti, Vincent J., MD, FACP, Robert F. Anda, MD, MS, Dale Nordenberg, MD, David F. Williamson, MS, PhD, Alison M. Spitz, MS, MPH, Valerie Edwards, BA, Mary P. Koss, PhD, James S. Marks, MD, MPH (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), pp. 245-258.
- Feeny, N.C., Zoellner, L.A., & Foa, E.B. (2000). Anger, dissociation, and posttraumatic stress disorder among female assault victims. *Journal of traumatic stress*, 13, 89-100.
- Feldman, R.S. (2012). *Ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Ferwerda, H.B & Leiden, I. van (2005). *Eerwraak of eerge relateerd geweld? Naar een werkdefinitie*. Arnhem: Advies- en Onderzoekgroep Beke.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD*. New York: The Guilford press.
- Foolen, N. Ince, D. de Baat, M., & Daamen, W. (2013). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen*. Utrecht: NJI.
- Genovés, V.G., 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).
- Gezondheidsraad (2011). *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Ghorashi, H. (2006). *Paradoxen van culturele erkenning. Management van diversiteit in Nieuw Nederland*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar management van diversiteit en integratie bij de Faculteit Sociale Wetenschappen bij de Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Groot, G. de & Şimşek, J. (2008). *In ontmoeting. Een interactieve benadering van geweld binnen eerculturen*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- 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.
- 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. (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.
- Hattum, E. van, Snoek, P. Brekelmans, I. (2009). *Methodiek Regenboogtherapie*. Tilburg: Kompaan en De Bocht.
- Helm, P. van der, Hanrath, J., & Jonker, E. (red) (2011). *Wat werkt in de gesloten jeugdzorg*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Helm, P. van der (2011). *First do no harm. Living group climate in secure juvenile correctional institutions* (proefschrift). Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Hermanns, J. (2008). *Het bestrijden van kindermishandeling. Een aanpak die werkt*. Utrecht: NJI.
- Janssen, J. & Sanberg R. (2010). *Inzicht in cijfers. Mogelijke eorzaken in 2007, 2008 en 2009*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Programmabureau Eer gerelateerd geweld en LEC EGG.
- Janssen, J. & Sanberg, R. (2013) *Uniformiteit in cijfers. Mogelijke eorzaken in 2010, 2011 en 2012*. Den Haag: Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld.
- Janssen, J. (2013). De rol van religie bij het afbakenen, verklaren en aanpakken van eengerelateerd geweld. *Tijdschrift voor Religie, Recht en Beleid* (4)1: 5-15.
- Jeugdzorg Nederland (2013). *Kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik in de jeugdzorg*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Kaldeway, J. (2005). David Kolb: Manieren van leren in verschillende disciplines. *Onderzoek van Onderwijs*, 35 (6), 25-28.
- Knorth, E.J. (2005) *Wat maakt het verschil? Over intensieve orthopedische zorg voor jeugdigen met probleemgedrag*. Inaugurale rede. Groningen: Rijks Universiteit Groningen.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Kolk, B.A. van der (2005). Complex Developmental trauma. *Journal of traumatic stress*, 18, 385-388.
- Konijn, C. (red) (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Landenberger, N.A. & M.W. Lipsey (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1 (4), 451-476.
- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders*, 4:124-147.
- Lundahl, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B.L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20, 137-160.
- Lünnemann, K. & Wijers, M. (2010). *Eergeweld voorbij. Een nieuwe gemeentelijke aanpak van eengerelateerd geweld*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- 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.
- McFerran, L. (2011). Save at home, save at work. National Domestic Violence and the Workplace Survey (2011). S.I: Australian Government, Centre for gender related violence studies.
- Ministerie van VWS, ministerie van V&J (2011). *Actieplan Kinderen Veilig 2012 – 2016*. Den Haag: Ministerie van VWS, ministerie van V&J.
- Ministerie van VWS (2011). *Landelijke nota gezondheidsbeleid. Gezondheid dichtbij*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- NVMW, NIP, NVO (2015). *Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. Onderbouwing*. Utrecht: NJI.
- Nicolai, N.J. (2001) Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43 (5), 333-342.
- Oenema, J. Terpstra, L. Dijke, A. van (2015). *Voortgangsrapportage Zahir 2014-2015*. Leeuwarden: Fier

- Ossenblok, A., Brekelmans, I. (2010). *Methodiek In je kracht*. Tilburg: Kompaan en De Bocht.
- Pas, A. van der (2009). *De Interventiefase. Keuzes en kansen. Handboek methodische ouderbegeleiding, deel 6*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Paunovic, N., & Ost, L-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in treatment of PTSD in refugees. *Behavior research and therapy*, 39, 1183-1197.
- Perry, B.D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and mind*, 3(1), 79-100.
- Pinto, D. (2007). *Interculturele communicatie, een stap verder*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Plas, C. (2008). *Gemotiveerd leren: werken met leer- en begeleidingsstijlen*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Rasmussen, K. (2004). Places for children – children's places. *Childhood* 11 (2), 155-173.
- Riggs, D.S., Dancu, C.V., Gershuny, B.S., Greenberg, D., & Foa, E.D. (1992). Anger and post-traumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of traumatic stress*, 5, 613-625.
- Ronan, K.R, Conoy, D. F., & Burke, K. J. (2009) Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles, *Australian Psychologist*, 44(3), 195 — 213.
- Rooijen- Mutsaerts, K. van, & Ince, D. (2013). *Wat werkt bij migrantenjeugd en hun ouders?* Utrecht: NJI.
- Rooijen, K. van, Bartelink, C, & Berg, T. (2013). *Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling*. Utrecht: NJI.
- Roos, C. de & Beer, R. (2013). Systeemtherapie en EMDR. Een goed koppel. *Tijdschrift voor systeemtherapie*, 25 (1), 6-18.
- Rosen, G.M., & Frueh, B.C. (2010). *Clinician's guide to posttraumatic stress disorder*. Canada: John Wiley & Sons.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Savenije, A., Lawick, J. van, & Reijmers, E.T.M. (2010). *Handboek systeemtherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Schuengel, C., Venmans, J., IJzendoorn R. van, & Zegers, M. (2006) *Gehechtheid strategieën van zeer problematische jongeren. Onderzoek, diagnostiek en methodiek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Schwarz, E. & Perry, B.D. (1994). The post-traumatic response in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 17 (2), 311-326.
- Slot, N. & Spanjaard, H. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HB Uitgevers. (Derde, geheel herziene druk)
- Stel, P. van der (2004). *Handboek preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Struik, A. (2011). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information BV.
- Struik, A. (2011-1). Vroegkinderlijk, chronische traumatisering bij kinderen. *GZ-PSYCHOLOGIE* 2, 18-23.
- Terpstra, L., Dijke, A. van & Westra, K. (2006). *Ik ga er niet te diep op in. Professionals aan het woord over eer gerelateerd geweld in Friesland. Een raadpleging*. Leeuwarden: Fier Fryslân.
- Thomson, L., McArthur, M., Long, R. & Camilleri, P. (2005). *What works in residential care?* Watson: Institute of child protection studies.
- Tjin A Dje, K. & Zwaan, I. (2007). *Beschermjassen, transculturele hulp aan families*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Visee, H.C., & Homurg, G.H.J. (2010). *Verzuimkosten werkgevers ten gevolge van huiselijk geweld. Eindrapport*. Amsterdam: Regioplan.
- Vlamings, B., Geijn. R. van, Brekelmans, I. (2012). *Methodiek Safe and Streetwise*. Tilburg: Kompaan en De Bocht.

- Waltz, G., Van Ommeren, M., Stroeker, N., Bokdam, J., Bourdrez, L. & Ince, D. (2011). *Handreiking interventies kwetsbare jongeren*. Zoetermeer: Ministerie van VWS.
- 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.
- Watzlawick, P. (1991). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Werson, S., Lamers, F., Pers, M. van der, & Dijke, A. van (2015). *Fier en verder. Meiden over hun leven na de hulpverlening*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Wiele, D. van der. & Ruiter, E. de. (2011) *De Kleine Gids. Signalering en behandeling slachtoffers loverboys. Moeilijke zaken, makkelijk uitgelegd*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Zoon, M., & Trompetter, A. (2012). *Sport als zorgtraject. Een verkennende studie naar de effecten van sport in de geïndiceerde jeugdzorg*. Utrecht: NJI.

## Samenwerking erkenningstraject

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

