

## Interventie

### Asja

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 11 december 2020

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: de Groot (december 2020).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Zorgprogramma Asja'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

# Inhoud

<b>Samenvatting</b> .....	4
Doelgroep.....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing.....	5
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	6
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	8
1.3 Aanpak.....	9
<b>2. Uitvoering</b> .....	24
<b>3. Onderbouwing</b> .....	28
<b>4. Onderzoek</b> .....	47
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	49
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	51

## Samenvatting

Asja is een kleinschalige, gestructureerd en gespecialiseerde open categorale opvang- en behandelvoorziening in zowel het noorden als het westen van het land. Het zorgprogramma biedt 7/24 gespecialiseerde veiligheid en behandeling aan meiden van 11 t/m 23 jaar uit Nederland die die als gevolg van misleiding, dwang of geweld door mensenhandelaren (vermoedelijk) in de prostitutie terecht gekomen zijn, of die door aanwezige risicofactoren potentiële slachtoffers zijn voor mensenhandelaren. Door dreiging vanuit mensenhandelaren en/of aanwezige risicofactoren zijn de meiden in hun eigen woonomgeving niet veilig. Het programma biedt specifieke veiligheid en behandeling en is erop gericht de meiden afstand te laten nemen van dat verleden, een nieuw begin te maken en de cyclus van revictimisatie en hertraumatisering te doorbreken. Afhankelijk van de ernst van de problemen en het unieke beeld van het meisje duurt het programma zes tot twaalf maanden.

## Doelgroep

- Het zorgprogramma Asja richt zich op Nederlandse meiden van 11 t/m 23 jaar die als gevolg van misleiding, dwang of geweld door mensenhandelaren (vermoedelijk) in het loverboycircuit of de prostitutie terecht gekomen, óf die door aanwezige risicofactoren kans lopen om hierin terecht te komen;
- Het zorgprogramma richt zich ook op ouders en gezinsleden.

## Doel

Het hoofddoel van de interventie is dat het risico op (herhaald) slachtofferschap en (her)traumatisering is afgenomen. Het meisje is en voelt zich weerbaar in haar contacten en heeft een concreet toekomstperspectief.

## Aanpak

De interventie duurt max. een jaar en bestaat uit vier fasen: (1) stabilisatie en normalisatie, (2) verwerking/behandeling, (3) integratie en (4) uitstroom/vervolgzaam. Traumabehandeling wordt zo snel als mogelijk al in de 1<sup>e</sup> fase ingezet; de fasering is dynamisch. Voor alle fasen geldt dat veiligheid een voorwaarde en doelstelling is, de meiden onderwijs volgen en actief zijn in onderdelen van maatschappelijke participatie. Een veilig en motiverend leef- en leerklimaat is basis; daarnaast zijn er groepsinterventies, psycho-educatiemodulen voor de leefgroep en is er individuele, systeem- en groepsbehandeling. Een deel van de interventies geldt voor alle meiden van Asja. Uit de overige interventies wordt een keuze gemaakt afhankelijk van het unieke beeld van het meisje.

## Materiaal

- Zorgprogramma Asja, handboek
- Zorgprogramma Geweld in Afhankelijkheidsrelaties, handboek (waarbinnen diagnostiek TAPmodel)
- Welkomstboekje Opvang jeugd
- Document Residentiële zorg eerste, tweede en derde graadsstrategieën en interventies / High Safety & High Intensive Care & Intensive education / Balansmodel
- Verwijskaart zorgprogramma Asja
- Verwijskaart ITB-J
- Checklisten, programma modulen, evaluatie modulen, handleidingen afname vragenlijsten/ROM systematiek, alles te vinden op het intranet van Fier.
- [www.fier.nl](http://www.fier.nl)

## Onderbouwing

Het zorgprogramma biedt een concept van High Safety & High Intensive Care & Intensive Education: gespecialiseerde veiligheid in combinatie met gespecialiseerde behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie. Essentieel m.b.t. veiligheid en ontwikkelingsmogelijkheden zijn:

- het creëren van veiligheid door fysieke, emotionele, pedagogische en therapieveiligheid;
- een veilig, beschermend en motiverend pedagogisch basisklimaat waarin behandelend wordt opgevoed;
- een duidelijke dagstructuur, de verbinding van een normaal dagelijks leven, waarin successen binnen en buiten Asja kunnen worden opgedaan, met de specifieke behandeling;
- focus op autonome motivatie door ondersteuning van de basisbehoeften autonomie, competentie en relationele verbondenheid; zoveel mogelijke opheffen van ontwikkelingstagnatie / disharmonisch profiel;
- evidence based interventies om de gedragsproblematiek, gestagneerde ontwikkeling en psychiatrische en/of traumaproblematiek te verminderen of er mee om te leren gaan;
- de mogelijkheden van intern en passend onderwijs, een veilig en stimulerend leerklimaat en de focus op vervolgopleiding / arbeidsparticipatie;
- het betrekken van en werken met ouders / het gezin aan constructieve interactiepatronen m.b.v. systeemgerichte interventies zoals opvoedingsondersteuning en systeembehandeling;
- mogelijkheden in begeleid en beschermd wonen en vervolgzorg 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

- Een beschrijvend onderzoek naar de achtergrond van 104 meiden o.b.v. dossieronderzoek en ervaringen na 13 jaar Asja (van Dijke, Lamers-Winkelman, Talhout, Terpstra, Werson, de Wind, A. de (2012). Aanbeveling is vervolgonderzoek naar de effecten van het zorgprogramma.
- Onderzoek naar de langere termijn effecten van behandeling bij Fier bij 33 meiden tot max 2 jaar na opname. Een gecombineerd kwalitatief en kwantitatief onderzoek (afname van vragenlijsten en semigestructureerde interviews). Van de 33 meiden behoorden 9 meiden tot de doelgroep Asja. 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). Effect is het implementeren van vervolgzorg in het zorgprogramma.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### Doelgroep

Het zorgprogramma Asja richt zich op meiden van 11 t/m 23 jaar uit Nederland die als gevolg van misleiding, dwang of geweld door mensenhandelaren <sup>1</sup>(vermoedelijk) in de prostitutie terecht gekomen zijn, of die door aanwezige risicofactoren potentiële slachtoffers zijn voor mensenhandelaren. Door dreiging vanuit mensenhandelaren en/of aanwezige risicofactoren zijn de meiden in hun eigen woonomgeving niet veilig.

Er is hierdoor sprake van problemen rondom de ontwikkeling van de basisbehoeften autonomie, competentieontwikkeling en relationele verbondenheid.

De kans op (re)victimisatie is verhoogd doordat er sprake is van stagnatie of scheefgroei op één of meerdere van de volgende domeinen: cognitieve ontwikkeling, sociaal-emotionele ontwikkeling, seksuele ontwikkeling, persoonsvorming. Dit uit zich in gedragsproblematiek, grensoverschrijdend gedrag (seksueel en/of relationeel) en/of onderliggende psychi(atri)sche problematiek en/of traumaproblematiek.

Een deel van de meiden heeft een laag IQ: er is dan sprake van zwakbegaafdheid (IQ tussen 70-85) of een licht verstandelijke beperking die samenhangt met traumatische ervaringen.

Vaak is ook sprake van uitbuiting op een ander gebied of zijn de meiden deel van fluïde netwerken waarin misleid/gebruikt/misbruikt/uitgebuit worden elkaar in slachtoffer- en ouderschap kunnen afwisselen.

Vanuit de systemische benadering behoren ouders/gezinsleden ook tot de doelgroep.

### Selectie van doelgroepen

#### Indicatiecriteria

Meiden kunnen terecht bij Asja als aan alle vier indicatiecriteria is voldaan en er geen contra-indicaties aanwezig zijn:

- Het meisje is 11 t/m 23 jaar.
- Het meisje is als gevolg van misleiding, dwang of geweld door mensenhandelaren (vermoedelijk) in de prostitutie terecht gekomen, of is door aanwezige risicofactoren een potentieel slachtoffer voor mensenhandelaren. Er wordt hier onderscheid gemaakt in:
  - o juridisch slachtofferschap: de rechtsgang is doorlopen en door de rechter is bepaald dat er sprake is van een dader (uitspraak) en het slachtoffer is als zodanig aangemerkt;
  - o feitelijk slachtofferschap: er is daadwerkelijk aangetoond sprake van een mensenhandelaar maar er is geen rechtsgang doorlopen;
  - o vermoedelijk slachtofferschap: er zijn signalen aanwezig die wijzen op mogelijk slachtofferschap, zoals omschreven in artikel 273f in het Wetboek van Strafrecht (commissie Azough, 2014). Signalen zijn hierbij geoperationaliseerd als kenmerken die duiden op mensenhandel waardoor een deel van de bestanddelen van artikel 273f zijn vervuld, maar er onvoldoende informatie beschikbaar is om alle bestanddelen te vervullen en te kunnen spreken van een feitelijk slachtoffer.
  - o potentieel slachtofferschap: er is sprake van een of meer risicofactoren waardoor het meisje een verhoogde kans loopt slachtoffer te worden (commissie Azough, 2014). Risicofactoren betreffen (combinaties van)

---

<sup>1</sup> De oude term 'loverboy' is vervangen door mensenhandelaar conform de terminologie van de commissie Azough (2014), de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen en artikel 237f van het wetboek van Strafrecht.

factoren die de kans op slachtofferschap verhogen, waarbij moet worden gedacht aan: verleden van seksueel misbruik en/of mishandeling (vroegkinderlijke traumatisering), slechte relatie/band met ouders, laag zelfbeeld, vertonen van seksueel grensoverschrijdend gedrag en deze factoren al dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking.

- Het meisje is door haar (vermoedelijke) slachtofferschap en/of de aanwezige risicofactoren in de eigen woonomgeving niet veilig.
- Het meisje laat problemen zien op één of meer van de volgende gebieden: praktische problemen, gedragsproblematiek, grensoverschrijdend gedrag (seksueel en/of relationeel), risicogedrag, psychi(atri)sche problematiek, (complexe) traumaproblematiek, gestagneerde ontwikkeling.

### **Contra-indicatiecriteria**

- Niet bereid zijn buiten de eigen regio/provincie te worden geplaatst wanneer dat in het kader van veiligheid noodzakelijk is. Dit ondanks de motivatie van Fier / jeugdbescherming: een meisje kan bijvoorbeeld eerst eens komen kijken, er kunnen van te voren contacten zijn met de teamleider van Asja zodat het meisje weet waar ze naar toe gaat, (oud) cliënten / ervaringsdeskundigen kunnen informatie geven over hun ervaringen. Soms is er enige drang van ouders/(gezins)voogd dat Asja nog de enige mogelijkheid is in een open setting. Vanaf opname wordt gewerkt aan een goede werkrelatie en een warm pedagogisch basisklimaat. De contra-indicatie geldt wanneer ondanks motivatie een meisje niet buiten haar regio wil gaan of al in het begin daarom niet bij Asja wil blijven.
- Ernstige verslaving- en/of psychiatrische problematiek als kernprobleem waardoor deelname aan het zorgprogramma (nog) niet mogelijk is. Hiervan is sprake bij:
  - psychiatrische klachten en stoornissen die niet het gevolg zijn de ervaringen van misleiding, dwang en geweld, zoals Cluster A persoonlijkheidsstoornissen (GGZ-standaard) of een Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). Deze problematiek vraagt specifieke expertise;
  - wanneer eerst de verslaving behandeld moet worden voordat een meisje het zorgprogramma Asja kan volgen. De verslaving is dan bovenliggend en bepalend.

Dit wordt ofwel afgestemd met de verwijzer, ofwel in de eerste periode van opname gesignaleerd.

- Licht verstandelijke beperking ( $IQ \leq 70$ ) waardoor het volgen van het zorgprogramma wordt belemmerd. Het zorgprogramma biedt zorg op maat, maar is gericht op en waar mogelijk inzicht. Voor meiden met een  $IQ \leq 70$  is Asja daarom niet passend. Hierop kan een uitzondering gemaakt worden als op basis van andere informatie (bijvoorbeeld levensgeschiedenis en schoolresultaten) een ernstig vermoeden bestaat dat de IQ score van  $\leq 70$  samenhangt met ervaren trauma. De uitzondering kan ook gelden wanneer uit levensgeschiedenis, schoolresultaten, omgang in contacten wel sprake is van mogelijkheden tot inzicht / bewustwording en het zorgprogramma tot goede resultaten kan leiden.

Er is behalve de indicatie- en contra-indicatiecriteria, geen uitgebreide selectieprocedure. De toegang is laagdrempelig voor de doelgroep die een gespecialiseerde veilige context en gespecialiseerde behandeling nodig heeft.

### **Procedure:**

- Aanmelding / contact met de verwijzer / triage over het meisje, haar situatie en de reden tot aanmelding.
- Uitnodiging eendagsdiagnostiek, als het mogelijk is al voorafgaand aan de opname. Bij crisis is er een telefonische intake met het meisje/verwijzer gericht op een juiste plaatsing. De inventarisatie richt zich op de huidige situatie, een eerste screening van de veiligheidsdreiging, anamnesegegevens, eerdere ervaringen met hulpverlening.

Wanneer blijkt dat het meisje niet voldoet aan de indicatiecriteria of dat er toch sprake is van contra-indicaties wordt er samen met haar, ouders en/of (gezins)voogd gekeken

naar andere mogelijkheden in afstemming met politie, Veilig Thuis, sociale teams en/of een residentiele instelling.

Omdat Fier erkend is als landelijk expertisecentrum en deel is van het Landelijk Transitie Arrangement (LTA) worden meiden vanuit het hele land naar Asja verwezen. Artsen, politie uit het hele land en het Openbaar Ministerie mogen rechtstreeks aanmelden voor de opvangvoorziening Asja, ook als het meisje minderjarig is.

### **Betrokkenheid doelgroep**

- Psycho-educatiemodulen worden na afloop met de meiden geëvalueerd. Evaluaties zijn input voor de doorontwikkeling.
- De effecten en voortgang van een (systeem)behandeling worden getoetst m.b.v. de ROM-systematiek.
- Meiden worden gestimuleerd m.b.v. signaleringskaarten in te vullen waarover ze tevreden zijn en wat ze anders zouden willen; deze kaarten zijn deel van het kwaliteitsmanagementsysteem en de meiden krijgen binnen een maand een reactie.
- Er is een cliëntenraad die de input van cliënten agendeert op de beleidsvergadering met de Raad van Bestuur. De input dient altijd de verbetering van het zorgprogramma.
- Er zijn cliënttevredenheidsonderzoeken.
- Er zijn diverse mogelijkheden tot maatschappelijke participatie waar de meiden zelf input aan leveren
- Jaarlijks wordt het leef- en leerklimaat onderzocht d.m.v. vragenlijsten die door de meiden worden ingevuld en met hen worden nabesproken.
- Bij uitstroom wordt er met elk meisje geëvalueerd en wordt er een exit vragenlijst ingevuld.
- Fier neemt deel aan landelijke onderzoeken waarin samen met cliënten wordt gekeken naar effect van behandeling.

## **1.2 Doel**

### **Hoofddoel**

Het risico op (herhaald) slachtofferschap en (her)traumatisering is afgenomen. Het meisje is en voelt zich weerbaar in haar contacten en heeft een concreet toekomstperspectief.

### **Subdoelen**

De subdoelen worden zowel op individueel, groeps- en systeemniveau uitgewerkt en hebben het tegemoet komen aan basisbehoeften en verminderen of opheffen van ontwikkelingsstagnatie als basis.

1. Het meisje is vanaf start opname fysiek veilig en beschermd door de veilige leefomgeving en het opstellen van een veiligheidsplan en -afspraken. Door de behandeling neemt ook emotionele veiligheid toe (Struik, 2012).
2. Het misbruik is gestopt.
3. De klachten t.a.v. de problematiek (trauma, hechting, en eventueel gedrags- en/of psychi(atr)ische problematiek) zijn afgenomen door de (trauma)behandeling. Traumabehandeling is effectief in de verwerking van trauma / de vermindering van stress. Hierdoor is ruimte ontstaan voor andere vormen van behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie waardoor autonomie en zelfwaardering zijn toegenomen en competenties en regulatievaardigheden zijn versterkt.
4. De systeeminteracties zijn verbeterd (ouders zijn meer responsief, er is overeenstemming tussen ouders en meisje over reële grenzen, de gezinscommunicatie is verbeterd. De generatieproblematiek is doorbroken en/of het meisje heeft een steunend netwerk (dat haar beschermt waar nodig).



5. Het meisje kan keuzes maken die risico's op grensoverschrijding richting haar voorkomen of verkleinen. Zij kan inschatten waar zij hulp bij nodig heeft en kan deze hulp ook vragen.
6. Het meisje participeert adequaat in de samenleving – school, werk, leefomgeving. Zij heeft (reëel zicht op) een startkwalificatie dan wel positie op de arbeidsmarkt.
7. Het meisje heeft na de behandeling bij Asja een veilige woonplek: bij ouders/familie, zelfstandig of in een voorziening (bijvoorbeeld begeleid of beschermd wonen, gezinshuis, een zorginstelling elders).

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

Asja biedt aan de doelgroep een kleinschalige gestructureerde en gespecialiseerde open categorale opvang- en behandelvoorziening in zowel Leeuwarden als Rotterdam. Er zijn verschillende Asja-groepen, gebaseerd op leeftijd: groepen voor jonge meiden (11-16 jaar) en groepen voor oudere meiden (vanaf 16 jaar). Het Zorgprogramma Asja duurt maximaal één jaar en bestaat uit vier fasen:

Fase	Periode
<b>Stabilisatie en Normalisatie</b> Veiligheid, verlaging van stress, normalisatie en stabilisering in het hier en nu: leren omgaan met probleemsituaties. Start onderwijs en maatschappelijke participatie	Vanaf dag 1 – max. 3 maanden. In principe al in deze fase intensieve traumabehandeling (ITB)
<b>Verwerking/behandeling</b> Verwerking van trauma, behandeling actuele en onderliggende problematiek, focus op groei en ontwikkeling. Onderwijs en maatschappelijke participatie	Max. 11 maanden
<b>Integratie</b> Uitproberen in de buitenwereld Onderwijs/werk en maatschappelijke participatie	Minimaal vanaf 10 weken
<b>Uitstroom, vervolgzorg</b> Relevante ondersteuning, ook in onderwijs/werk en maatschappelijke participatie	Startmoment afhankelijk van de vorige fasen, de thuissituatie / het perspectief

De fasering is niet lineair maar dynamisch: zo kunnen er normaliserende en stabiliserende interventies plaatsvinden tijdens de fase van verwerking/behandeling; wanneer intensieve traumabehandeling (ITB) nodig is start deze zo snel als mogelijk na opname; er kan intensieve behandeling zijn tijdens de fase integratie. Bijlage 1 geeft een stroomschema van het proces. De overgang naar de volgende fase is afhankelijk van de mate van (on)veiligheid en het unieke beeld van het meisje en wordt besloten in het Multi Disciplinair Overleg (MDO).

### Zorg op maat in iedere fase

De hulp aan deze meiden bestaat uit een bijzondere combinatie van (jeugd)hulp en (jeugd)GGZ gekenmerkt door de RNR beginselen (Risk-Needs-Responsivity): het gaat om meiden met specifieke *risicofactoren (risk)*, met specifieke *ondersteuningsbehoeften*

(needs), die een specifieke veiligheid en een gespecialiseerde, *responsieve behandeling* (*responsivity*) nodig hebben.

Voldoen aan die beginselen zorgt voor een lagere recidive. Voldoen aan de combinatie gespecialiseerde veiligheid + gespecialiseerde behandeling is daarom essentieel.

In iedere fase:

- is veiligheid voorwaarde en doelstelling. Hierbij is aandacht voor fysieke, emotionele en pedagogische veiligheid. Voor duurzame veiligheid zijn eerst directe veiligheid en vervolgens, risicogestuurde en herstelgerichte zorg nodig (Vogtlander & Van Arum, 2016). Het veiligheidsplan wordt daarom steeds bijgewerkt op de situatie van het meisje en van haar omgeving (wanneer ze met verlof gaat). Veiligheid, (directe veiligheid en afspraken t.a.v. veiligheidsvoorwaarden) zijn vast onderdeel van de systeembehandeling en worden besproken in het MDO;
- volgen meiden naast behandeling ook onderwijs en zijn actief in onderdelen van maatschappelijke participatie;
- wordt hulp ingezet vanuit de strategieën uit het piramidemodel van Kok (1973), zie



*Figuur 1: Het piramidemodel van Kok (1973) waarin hulp wordt ingedeeld in een 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> graadsstrategie. De 1<sup>e</sup> graadsstrategie biedt een veilige basis waarop de overige strategieën voort kunnen bouwen. De 2<sup>e</sup> graadstrategie richt zich op normale ontwikkeling en pedagogische basisbehoeften van alle meiden. De 3<sup>e</sup> graadstrategie is op maat aangeboden*

Figuur 1:

- Een veilig, warm, motiverend en ontwikkelingsgericht leef- en leerklimaat biedt de basis voor de verdere hulpverlening (1<sup>e</sup> graadsstrategie);
- (psychoeducatie)Modulen van meerdere bijeenkomsten die worden gevolgd door alle meiden in de groep en worden ingezet op basis van behoefte en mogelijkheden van de groep. Deze modulen richten zich in alle fasen op de normale ontwikkeling en de pedagogische basisbehoeften van de meiden (2<sup>e</sup> graadsstrategie);
- Geprotocolleerde behandelmodulen van meerdere bijeenkomsten, op indicatie ingezet na (verdiepende) diagnostiek. Deze modulen richten zich in alle fasen

op de specifieke problematiek en de individuele- en systeembehandeldoelen van een meisje (3<sup>e</sup> graadsstrategie).

Bijlage 2 geeft een volledig overzicht van de inhoud van de modules, welke modules voor alle meiden en specifiek op maat worden ingezet, en de onderliggende motivatie. Ieder meisje heeft een eigen behandelplan, waarin de behandelijn concreet wordt uitgewerkt, met daarin de eigen individuele- en systeemdoelen. Het inhoudelijk proces wordt gerapporteerd in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Het behandelplan wordt structureel met het meisje in het MDO geëvalueerd en bijgesteld en eveneens besproken met de (gezins)voogd/ouders.

### **Kenmerken van het zorgprogramma**

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

### **Het Multidisciplinair overleg (MDO)**

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

Het MDO bestaat uit vaste deelnemers nl. de betrokken disciplines zoals groepsleiding, teamleider, systeemtherapeut, (regie)behandela(a)r(en). Hierbij wordt uitdrukkelijk de wens en mening van het meisje meegenomen (shared decision making, Ten Brummelaar, 2016) als een onlosmakelijk onderdeel om autonome motivatie te versterken. In de start van het behandelproces wordt op basis van de taxatie en analyse van fysieke en emotionele veiligheid en de diagnostiek het unieke beeld van het meisje bepaald;

- op basis van dit unieke beeld worden veiligheidsvoorwaarden en - afspraken gemaakt en wordt een eenduidige, integrale systeemgerichte behandelijn bepaald, geconcretiseerd in een behandelplan met daarin de doelen voor behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie;
- veiligheid, voortgang, inzet van modules en perspectief (zoals terug naar huis, elders opname, begeleid /zelfstandig wonen, betekenis vervolgonderwijs) worden in het MDO besproken en eens in de 2 – 3 maanden geëvalueerd op inhoud, proces en samenwerking. Hiertoe leveren het meisje, de betrokken mentoren, (regie)behandelaren, mentordocent / leermeester maatschappelijke participatie hun bevindingen over de afgelopen periode. Het perspectief van eventueel externe betrokkenen zoals politie, extern onderwijs, voogd, wordt eveneens meegenomen; waar zinvol worden zij uitgenodigd voor deze bijeenkomsten. Ook het meisje is in principe aanwezig bij de evaluatie en bespreekt haar perspectief op veiligheid en behandeling. Op basis van de evaluatie worden doelen bijgesteld / toegevoegd. Zijn voogd/ouders afwezig dan worden de bevindingen uit het MDO met hen besproken.
- Iedere discipline die aan het MDO deelneemt heeft een eigen individuele verantwoordelijkheid op basis van de eigen professionele standaard en beschreven in het professioneel statuut van Fier. Daarbinnen gelden specifieke verantwoordelijkheden:

- de regiebehandelaar: eindverantwoordelijk wanneer er sprake is van S-GGZ. Dit is een BIG geregistreerde GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist of psychiater. Bij klinische zorg is het altijd een klinisch psycholoog, GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog of een psychiater. De regiebehandelaar delegeert onderdelen van de behandeling (zoals vastgelegd in het behandelplan) aan medebehandelaren;
- de teamleider: draagt zorg voor een veilig, positief en ontwikkelingsgericht basisklimaat (1e graad strategie), voor de juiste en zorgvuldige inzet van de 2e graad groepsinterventies en voor de evaluaties en bijstelling van de 1e en 2e graad strategieën. De teamleider stemt af met de (regie)behandelaar t.a.v. de 3<sup>e</sup> graadsstrategie;
- de (systeem)behandelaar: biedt individuele-, groeps- en/of systeembehandeling (3<sup>e</sup> graadsinterventies);
- de mentor die het meisje individueel begeleidt in het hier en nu, 24/7, en samen met de andere mentoren interventies biedt in het leefklimaat (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> graadsstrategie);
- het volledige team draagt er zorg voor dat veiligheidsafspraken, behandel- en pedagogische interventies integraal worden uitgewerkt en tot synergiewinst leiden.

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

### **Het unieke beeld**

De specifieke inhoud en van daaruit de duur van de fasen van de behandeling voor een meisje wordt bepaald door het unieke beeld. Dit wordt vastgesteld aan de hand van de observaties, intakegesprek(ken), contacten met ouders/gezin en/of verzorgers en/of gezinsvoogd, vragenlijsten en diagnostiek, en de bevindingen in het MDO. Om een goed beeld te krijgen van de ernst en complexiteit van traumatische ervaringen wordt t.a.v. de diagnostiek, gewerkt met het Trauma Assessment Pathway (TAP model), een theoretisch model voor complex trauma. Uitgangspunt van dit model is het leren begrijpen van de cliënt met zijn of haar unieke geschiedenis, uniek gezinssysteem en uniek niveau van cognitief en emotioneel functioneren. Binnen het TAP model wordt informatie geordend volgens vier hoofdthema's: traumaverleden; symptoompresentatie; relevant contextueel verleden, ontwikkelingsverleden.

Het unieke beeld kent een aantal samenhangende onderdelen:

- veiligheid;
- motivatie / hulpvraag;
- geweldsverhaal, mogelijk trauma;
- symptomen, klachten;
- ontwikkelingsgeschiedenis en opvoedingsverleden.

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

### **Inhoud van de interventie**

De beschrijving van de inhoud betreft:

- 1) de inhoud van de fasen, 2) de criteria voor faseovergang, 3) de kerncomponenten

## 1) Inhoud van de fasen

Hieronder volgt een overzicht van de verschillende fasen binnen Asja, met enkele voorbeelden van de modules die binnen de betreffende fase kunnen worden aangeboden. Een volledig overzicht van modules en hun koppeling met de verschillende fasen is te vinden in Bijlage 2.

### **Fase Stabilisatie en Normalisatie**

Deze fase richt zich op observatie, diagnostiek, de autonome motivatie voor de behandeling, stabilisatie van de situatie en op normalisatie van gedrag in de gestagneerde ontwikkeling.

Het meisje is vanaf dag één op de groep en gaat naar school. De mentoren dragen zorg voor een veilig pedagogisch basisklimaat (1<sup>e</sup> graadsstrategie); de basis voor verdere hulpverlening met modules op maat. Vaste aandachtspunten binnen de mentorbegeleiding in deze fase zijn o.a. een duidelijk dag & weekritme, slaappatronen met aandacht voor nachtmerries, gezond eten en eetgewoonten, onderwijs en concentratie, leren omgaan met herbelevingen en triggers, neiging tot / gemis van alcohol en drugs, interventies gericht op bewaken veiligheid, op fysieke gezondheid, op beleving en uiting van emoties, op het omgaan met gezag, regels en afspraken, op sociale contacten binnen en buiten de groep, op zingeving. Deze aandachtspunten komen steeds verdiepend in de volgende fasen terug. In deze fase worden modules op maat ingezet gericht op het vergroten van de motivatie en inzicht in eigen problematiek:

#### *Interventies (2e graadsstrategie)*

- Algemene groepsinterventies gericht op de beïnvloeding van de groepsdynamiek met aandacht voor ieder meisje. Interventies zijn gebaseerd op: limit setting, shared decision, geweldloos verzet;
- Psycho-educatiemodules voor alle meiden in de leefgroep zoals Veiligheid; Gebruiksaanwijzing 'wie ben ik?'; Ik en mijn culturele belevingswereld; Sociale vaardigheden; Jij en de groep; Vrienden maken; Verliefdheid, seksuele geaardheid en weerbaarheid; Gevaren internet en social media; Nieuws en actualiteiten. Er is aandacht voor de uniciteit van ieder meisje;
- Interventies in onderwijs t.a.v. maatwerk m.b.t. de juiste leersituatie;
- Maatschappelijke participatie.

#### *Behandelmodules op indicatie (3e graadsstrategie)*

- Individuele en groepstherapie op indicatie naar het unieke beeld zoals vaktherapieën, psychoeducatie trauma, weerbaarheid /psychomotorische therapie (PMT); Inzichtgevende therapie, training COMET;
- Bij PTSS wordt zo snel als het kan, dus al tijdens de fase stabilisatie en normalisatie, de module ITB gestart om al in een vroeg stadium stress, hyperaltheid, nachtmerries, emotionele uitbarstingen te verminderen.
- Systeembehandeling.

Veiligheid, ontwikkelingen en behandellijn worden besproken in het MDO.

### **Fase verwerking / behandeling**

Deze fase richt zich op het verwerken van ervaringen en de (verdiepende) behandeling van actuele problematiek, zoals gedragsproblemen, en onderliggende problematiek zoals ontwikkelingsstagnatie, trauma, hechtingsproblematiek. In de kern ligt de focus op de vervulling van de psychologische basisbehoeften en het zoveel mogelijk opheffen van ontwikkelingsstagnatie. Behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie werken integraal samen.

Modules worden individueel, in de groep en in het systeem op maat ingezet:

### *Interventies (2e graadsstrategie)*

- Algemene groepsinterventies gericht op de beïnvloeding van de groepsdynamiek met aandacht voor ieder meisje. Interventies zijn gebaseerd op: limit setting, shared decision, geweldloos verzet;
- Psycho-educatiemodulen voor alle meiden in de leefgroep zoals (naast de modulen uit de vorige fase die nu ook kunnen worden ingezet) Opvoeding; Loverboy /pooierboy; Prostitutie. Er is aandacht voor de uniciteit van ieder meisje;
- Interventies in onderwijs t.a.v. maatwerk m.b.t. de juiste leersituatie;
- Maatschappelijke participatie.

### *Behandelmodulen op indicatie (3e graadsstrategie)*

- Individuele therapie op indicatie naar het unieke beeld zoals schematherapie, EMDR, Trauma Focused Cognitieve Gedrags Therapie (TF-CGT) imaginaire exposure;
- Groepstherapie op indicatie zoals vaktherapieën, weerbaarheid / PMT, Inzichtgevende therapie, training COMET, vroeg- en verdergroep, Grip op je Dip (kan ook individueel worden ingezet), Dialectische GedragsTherapie (DGT), emotieregulatiegroep, agressieregulatiegroep;
- Systeembehandeling.

Het pedagogisch basisklimaat en dagprogramma (1<sup>e</sup> graadsstrategie) bieden het meisje de warme, motiverende en structurerende context.

### **Fase integratie**

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

In deze fase richt een groot aantal meiden zich op terugkeer naar huis; dit wordt stapsgewijs voorbereid. Het meisje doet tijdens verlofmomenten ervaring op die binnen de systeembehandeling weer worden uitgewerkt, samen met haar ouders/gezin.

Wanneer een meisje (nog) niet naar huis kan is dit de periode waarin zij zich richt op vervolgbehandeling in beschermd/begeleid/zelfstandig wonen of hulpverlening elders.

Ook in deze fase worden modulen op maat ingezet:

### *Interventies (2e graadsstrategie)*

- Algemene groepsinterventies gericht op de beïnvloeding van de groepsdynamiek met aandacht voor ieder meisje. Interventies zijn gebaseerd op: limit setting, shared decision, geweldloos verzet;
- Psycho-educatiemodulen voor alle meiden in de leefgroep zoals (naast de modulen uit de vorige fasen die nu ook kunnen worden ingezet): gezondheid en zelfzorg; loverboy /pooierboy; wegwijs in het land van instanties. Er is aandacht voor de uniciteit van ieder meisje;
- Interventies in onderwijs t.a.v. maatwerk, bij voorkeur regulier onderwijs;
- Maatschappelijke participatie.

### *Behandelmodulen op indicatie (3e graadsstrategie)*

- Individuele therapie op indicatie naar het unieke beeld zoals Emotie Regulatie Therapie, VERS, CTG/imaginaire exposure;
- Groepstherapie op indicatie zoals Grip op je dip (kan ook individueel worden ingezet), weerbaarheid / PMT, Inzichtgevende therapie, training COMET, vroeg- en verdergroep, DGT, emotieregulatiegroep, agressieregulatiegroep;

- Systeembehandeling.
- Ook hier biedt het pedagogisch basisklimaat de context.

#### Fase Vervolgzorg / follow-up

Vanaf het begin van de behandeling is zicht op het toekomstperspectief belangrijk. Vervolgzorg is een vanzelfsprekend onderdeel van de behandeling. Vanaf de start wordt hierop geanticipeerd.

Met het meisje wordt een steunstructuur (informeel / professioneel) concreet gemaakt: wie is haar tot steun wanneer zij thuis is en hoe bewaakt ze haar veiligheid en wie monitort deze veiligheid met haar.

Afspraken rondom veiligheid (voor zichzelf, op school/werk, met instanties, derden) worden vastgelegd in een veiligheidsplan dat steeds wordt geactualiseerd. Er zijn ondersteunende mogelijkheden in samenwerking met vrijwilligers vanuit maatschappelijke participatie om school en werk voort te zetten. Aan hulpverlening in de eigen leefomgeving wordt (op termijn) de regie t.a.v. veiligheid overgedragen. Er is altijd sprake van een warme overdracht, d.w.z. Asja laat niet los voordat veiligheidsregie en/of hulpverlening en onderwijs elders zijn geregeld en goed gestart. Voor elk meisje wordt een follow-up afspraak gemaakt (in elk geval na 6 maanden).

Wanneer een meisje van Asja naar begeleid/ beschermd wonen binnen Fier gaat dan bouwt haar eigen Asja-mentor af en de nieuwe mentor bouwt op; het behandelplan gaat mee. Aan het einde van de opname bij Asja wordt een exitgesprek gevoerd aan de hand van een vastgestelde vragenlijst.

Modulen worden in deze fase vooral individueel en in het systeem ingezet:

#### *Behandelmodulen op indicatie (3e graadsstrategie)*

- Individuele behandeling op indicatie;
- Systeembehandeling op indicatie.

## **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 op basis van de criteria veiligheid en het unieke beeld:

- De fase stabilisatie en normalisatie 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 of wanneer er sprake is van ernstige of multiproblematiek. Waar mogelijk wordt ITB al in deze fase gestart.
- Overgang naar de fase verwerking/behandeling vindt plaats wanneer zij in staat is haar ervaringen te kunnen verwerken en/of (meer) intensieve (trauma)behandeling aan kan gaan (therapieveiligheid). Zo is bijvoorbeeld de stress gedaald door de ITB in de stabilisatie en normalisatiefase en kan zij daardoor in andere therapieën meer verdieping aan en werken aan toename van autonomie en zelfwaardering en versterking van haar competenties en regulatievaardigheden. Tijdens deze fase worden tevens 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 voorgaande fasen. 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 Vervolgzorg is afhankelijk van de veiligheid, thuissituatie, het definitieve perspectief en de weerbaarheid van het meisje. Hierbij moet sprake zijn van voldoende fysieke en emotionele veiligheid waardoor het risico op (herhaald) slachtofferschap en (her)traumatisering zodanig is afgenomen dat zij weer naar huis toe kan.

### **3) Kernconcepten**

Het zorgprogramma Asja wordt gedragen door een aantal kernconcepten die met elkaar samenhangen en de essentie van het zorgprogramma vormen. De kernconcepten zijn in alle fasen aan de orde en zijn gebaseerd op theoretische kaders en de uitgangspunten van het zorgprogramma. We noemen:

- A. Veiligheid en bescherming / High safety (1<sup>e</sup> graadsstrategie);
- B. Pedagogisch basisklimaat (1<sup>e</sup> graadsstrategie);
- C. Persoonlijke ontwikkeling – individuele en groepsbegeleiding en behandeling (2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> graadsstrategie en uitgewerkt in de modulen);
- D. (Trauma)sensitief onderwijs, leerklimaat en werk (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> graadsstrategie);
- E. Systeemgericht werken (2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> graadsstrategie);
- F. Opdoen van succeservaringen en kansen creëren, binnen en buiten Asja (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> graadsstrategie).

#### **A. Veiligheid en bescherming (1<sup>e</sup> graadsstrategie)**

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

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

- Het loslaten van de traumatische binding met het foute netwerk / de mensenhandelaar is in het begin van de behandeling moeilijk. Hierdoor kan het nodig zijn dat een meisje tijdelijk geen gebruik maakt van haar communicatiemogelijkheden (telefoon, tablet, laptop) om destructieve contacten te voorkomen. Hier worden afspraken over gemaakt. Zo wordt het risico beperkt dat zij weer teruggaat naar het foute netwerk, kan zij zich beter binden aan mentor en groep, en kan ze zich richten op haar behandeling.
- In het begin van de behandeling gaat een meisje in het kader van veiligheid en stressverlaging alleen onder begeleiding naar buiten en heeft onder begeleiding contact met externen. Tijdens het eerste MDO worden afspraken gemaakt over externe contacten en de rol van ouders / gezin hierin.
- Fier heeft een eigen psychodiagnostisch- en behandelcentrum, biedt volwaardig intern onderwijs en er zijn diverse mogelijkheden voor interne activiteiten op het gebied van maatschappelijke participatie.
- 24/7 zorg en -bewaking, slagvast en kogelvrij glas bij de ingangen, toegangscontrolesystemen waardoor je niet zomaar binnenkomt, camerabewaking, concrete afspraken met de politie;
- Er is een structurele samenwerking met politie en OM m.b.t. concrete veiligheidsafspraken;



- Er wordt gewerkt met modulen gericht op veiligheid, bijvoorbeeld veiligheid, social media, systeembehandeling. De modulen worden geëvalueerd;
- Afspraken met derden. Er zijn maatregelen m.b.t. traceerbaarheidsrisico's via bv. de burgerlijke stand (beveiligd GBA-systeem), zorgverzekeraars, belastingdienst, zorgverleners, zorgkantoor;
- Protocol bij vermissing /weglopen van meiden (<18>); er wordt direct en actief gezocht.

Daarnaast worden maatregelen ingezet om pedagogische, emotionele en therapieveiligheid te realiseren. Struik( 2011):

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

De veiligheid wordt gemonitord door:

- risicotaxatie en -analyse. Fier gebruikt gestandaardiseerde vragenlijsten en (door)ontwikkelt een eigen taxatie-instrument;
- (online en offline) vrijheden worden gekoppeld aan concrete doelen in het veiligheids- en behandelplan;
- taxaties en veiligheidsplannen worden steeds geëvalueerd en bijgesteld;
- tijdens de systeembehandeling worden de verlofmomenten voorbesproken en geëvalueerd;
- na behandeling wordt vervolgzorg ingezet waarin o.a. het bewaken van veiligheid een doel is.

## **B. Pedagogisch basisklimaat (1<sup>e</sup> graadsstrategie)**

Opvoeding, normalisatie zijn belangrijke onderdelen van het pedagogisch basisklimaat bij Asja. Interventies t.a.v. het basisklimaat zijn gericht op het bewerkstelligen van veiligheid, autonome motivatie en beantwoording aan basisbehoeften waardoor groei en ontwikkelingsmogelijkheden ontstaan. Het team stimuleert het vinden van eigen oplossingen (Bartelink, 2013) zodat succeservaringen worden opgedaan. Continue begeleiding is nodig vanwege de vaak problematische ontwikkeling. In het creëren van een veilig en stimulerend basisklimaat hebben de mentoren daarom een aantal essentiële taken (van Rijn, 2013):

- Verzorgen en opvoeden: intensieve betrokkenheid in het hier en nu: opstaan; samen ontbijten; activeren richting school; psycho-educatiemodulen die in de groep worden uitgewerkt (zie Bijlage 2); begeleiding na therapie; actief in het constructief sturen van de groepsdynamiek; themamomenten; samen koken en eten; contacten met school en maatschappelijke participatie. In dat geheel wordt begeleid in leerdoelen, en wordt normaliserend opgevoed.
- Behandelen:
  - De pedagogische relatie: er wordt behandelend opgevoed. Destructief gedrag (painbased behavior, Anglin 2004)) wordt gekoppeld aan de traumatisch ervaringen en van daaruit wordt constructief gedrag aangeleerd. Met de mentor leert een meisje om te gaan met sociale probleemsituaties, binnen en buiten de groep. Doordat ze op een nieuwe manier contacten aangaat die haar goeddoen en waar ze regie/ autonomie in krijgt, neemt de afhankelijkheid van het foute netwerk/ mensenhandelaar af en daarmee de kans op revictimisatie.

- Klimaathantering: de zorg en opvoeding staan bij deze meiden in het teken van een grote mate van voorspelbaarheid, geruststelling en informatie. Daarin is de huiskamervergadering belangrijk; hier bespreken meiden hun ervaringen en hebben zij invloed op het klimaat. Binnen de individuele mentorgesprekken komen o.a. het leven in de groep, hoe het meisje omgaat / wil gaan met de regels en afspraken aan de orde. De mentor helpt om wensen om te zetten in concrete doelen en gedrag. Door dit klimaat voelt een meisje zich beschermd, kan ze experimenteren in wensen en grenzen, kan ze ontdekken wat ze aan talenten heeft, en kan ze constructieve contacten opdoen.
- Situatiehantering: (sociale) situaties in het hier-en-nu worden benut voor de ontwikkelingsgerichte opvoeding zoals zelfstandig leren opstaan, adequaat reageren op kritiek of het uiten van gevoelens. De doelen uit het behandelplan zijn hierin motiverend, situaties kunnen op hun beurt weer motiverend zijn voor nieuwe doelen.

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

- Steun en responsiviteit. Dit verwijst naar de werkrelatie meisje-mentor (behandelend opvoedend) en naar de sensitiviteit waarmee de mentor ingaat op signalen;
- Groei en ontwikkeling. Dit normale ontwikkeling wordt gestimuleerd en mogelijkheden om te leren worden gecreëerd. Dit betekent naar school gaan, uitgaan, sporten, participatie en 'meedoen', maar ook herstel van het contact met ouders en het opbouwen van een 'gezond' sociaal netwerk door verlofmomenten goed voor te bereiden en doelen t.a.v. het netwerk al vanaf het begin mee te nemen in het behandelplan;
- Structuur en (leef)regels. Duidelijkheid wordt geboden en repressief gedrag wordt voorkomen. Structuur onderscheidt zich in een aantal onderdelen:
  - persoon: elk meisje heeft een eigen mentor. Het team is op elkaar afgestemd zodat er eenduidig wordt gewerkt;
  - afspraken: duidelijke waarden en normen, omgangsvormen, afspraken en regels. Meiden krijgen bij opname een welkomstboekje waar de afspraken in beschreven staan;
  - leertaken: er wordt aangesloten bij de passende ontwikkelingstaken van de meiden. Het unieke beeld van het meisje is leidend voor het behandelplan;
  - tijd: een duidelijke dagstructuur met een vaste dagindeling;
  - plaats: binnen de dagstructuur is duidelijk waar alles plaatsvindt: eetmomenten, onderwijs, modulen, therapie, sport en vrije tijd. Dit helpt in de voorspelbaarheid van de dag en biedt veiligheid omdat meiden weten waar ze aan toe zijn.

Repressief gedrag wordt, naast de duidelijke structuur, voorkomen door:

- Het veilige pedagogische basisklimaat, de focus op de psychologische basisbehoeften, activeren van autonome motivatie en op 'wie ben je en wat wil je? Er worden daarnaast specifieke mentor-meisje momenten georganiseerd die het meisje leren dat ze er toe doet, zoals samen de stad in, samen iets doen of bezoeken waar het meisje belangstelling voor heeft;
- Belangrijk in het voorkomen van agressie en een repressief klimaat:
  - de principes van Limit Setting dienen ter inspiratie: vertrouwen is uitgangspunt en er zijn duidelijke, passende afspraken en grenzen voor ongepast gedrag waardoor het voor iedereen veilig is en blijft. Hierdoor wordt actief gewerkt aan een open en constructief klimaat en wordt voorkomen dat problematisch gedrag toeneemt en meiden destructieve vriendschappen met elkaar aangaan, zogenaamde deviancy training;
  - meiden krijgen keuzes. Traumatische gebeurtenissen gaan vaak samen met verlies van controle en/of chaos. Het geeft een gevoel van veiligheid en autonomie als er keuzes kunnen worden gemaakt;

- professionals begrijpen dat meiden in hun contacten trauma 'naspelen'; de meiden worden zorgvuldig begeleid in het op een constructieve wijze uiten van gevoelens en ervaringen;
  - de gebruikelijke routines worden gehanteerd. Een terugkeer naar 'normaliteit' geeft de boodschap dat het meisje veilig is en het leven doorgaat;
  - professionals werken integraal samen in de-escalerende interventies;
  - er zijn diverse mogelijkheden aan maatschappelijke participatie, waar het kan buiten de instelling zodat het meisje contacten buiten Asja opdoet.
- Onderlinge interactie en atmosfeer. Deze worden in modulen en in de huiskamervergadering uitgewerkt met als uitgangspunt het creëren van een veilig klimaat waar iedereen zich veilig en uitgenodigd voelt.
  - Overige kenmerken. Deze betreffen de mate waarin de fysieke huiselijke omgeving de veiligheid bevordert en de mate waarin interacties tussen jeugdigen en ouders worden gestimuleerd. Er is een gezellige huiskamer en ieder meisje heeft een eigen kamer. Er wordt actief geïnvesteerd in het contact tussen een meisje en haar ouders: er is systeembehandeling en ouders zijn op de hoogte van de dagelijkse gang van zaken, zijn en worden betrokken bij het behandelproces, onderwijs, maatschappelijke participatie en de keuzes die daarin worden gemaakt.

### **C. Inzet op persoonlijke ontwikkeling (2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> graadsstrategie)**

Persoonlijke ontwikkeling vindt in alle vormen van de behandeling plaats en ontstaat door het bieden van ruimte aan de basisbehoeften en van daaruit aan de ontwikkelingsopgaven en het kunnen omgaan met actuele en onderliggende problematiek.

Een behoeftenondersteunende klimaat = pedagogisch basisklimaat (1e graadsstrategie) is de basis waardoor de persoonlijke ontwikkeling kan worden ingezet.

In het werken aan de basisbehoeften, het verminderen van klachten en het vergroten van weerbaarheid wordt ingezet op:

- Autonome motivatie
  - de versterking van autonomie/ persoonsvorming werkt motiverend omdat een meisje ervaart dat ze invloed krijgt op situaties: alle meiden krijgen in de dagelijkse situaties (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> graadstrategie) keuzes voorgelegd; de professionals hebben een empathische en nieuwgierige/vragende houding zodat meiden worden uitgedaagd tot eigen mening; er wordt aan ieder meisje ruimte geboden om te ontdekken waar ze affiniteit mee heeft: waar ze goed in is, wat ze wil leren, waar ze blij van wordt. De psycho-educatiemodules (2<sup>e</sup> graadsstrategie) bieden mogelijkheden voor alle meiden, daarnaast bieden de behandelmodules (3<sup>e</sup> graadstrategie) mogelijkheden bij verwerking en verbetering van het zelfbeeld zodat ze meer zicht en invulling krijgt op de kernvragen van Jim van Os (2017): Wat is er gebeurd? Wie ben je? Wat zijn je sterke en ontwikkelpunten? Wat wil je? Hoe kan ik je helpen?;
  - het in staat zijn eigen doelen te realiseren (competentieontwikkeling|) versterkt autonome motivatie: er wordt gewerkt met kleine doelstellingen die succes creëren; dat wat een individueel meisje wil wordt vertaald in het behandelplan in overzichtelijke en bereikbare stappen in haar eigen taal; vorderingen in haar proces worden in de mentorgesprekken en in het MDO besproken zodat er overzicht is;
  - de basisbehoefte aan relationele verbinding krijgt vorm in de warme werkrelatie met de mentor en behandelaar; in de gerichte groepsinterventies (2<sup>e</sup> graadstrategie) en in de systeembegeleiding en systeembehandeling (3<sup>e</sup> graadstrategie). Hierdoor ervaart het meisje constructieve interacties hetgeen een positieve invloed heeft op haar motivatie tot veranderen, nl. haar wens relaties te versterken en te verdiepen.

- Ontwikkelingsopgaven
  - De interventies gericht op versterking van autonome motivatie hebben een bevorderend effect op het opheffen van de ontwikkelingsstagnatie en het verbeteren van het zelfbeeld.  
De interventies t.a.v. het leerklimaat en onderwijs (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> graadstrategie) richten zich specifiek op de cognitieve ontwikkeling.  
Daarnaast worden specifieke modules ingezet gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling en de persoonsvorming zoals de psycho-educatiemodules voor alle meiden: vrienden maken, Jij en de Groep; en de behandelmodules (3<sup>e</sup> graadsstrategie) zoals beeldende therapie, Comet Training, schematherapie, PMT, Emotie Regulatie Therapie.
  - Een laag IQ als zodanig is moeilijk beïnvloedbaar waardoor ontwikkeling (deels) gestagneerd blijft. Wat wel beïnvloed kan worden is haar vermogen om beter dan voorheen haar wensen en grenzen te hanteren. Het zorgprogramma houdt rekening met de beperking door de inhoudelijke focus op structuur, weerbaarheid, emotieregulatie en systeembegeleiding en -behandeling en door praktisch te werken met kleine succesvolle leerdoelen, herhaling, frequente mentorcontacten, werken binnen de korte concentratieboog, vereenvoudiging van materiaal zoals het gebruik van korte zinnen en beeldend materiaal (Werkman, 2018).  
Daarnaast wordt (praktijk)onderwijs op maat aangeboden en is daarbinnen focus op het behalen van certificaten en opdoen van werkervaring.
- Gedrag- en gezagsproblematiek en onderliggende problematiek
  - Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt in individuele behandeling (3<sup>e</sup> graadstrategie) ingezet m.b.t. het verminderen van compenserend gedrag, behoeftensubstitutie en het stimuleren en versterken van adequaat gedrag. De CGT wordt waar nodig ondersteund door Dialectische Gedragstherapie bij problematiek als automutilatie. De onderliggende problematiek betreft trauma, hechting en andere (psychiatrische) problematiek. De diagnostiek conform het TAPmodel, het unieke beeld maken duidelijk waar de behandeling zich op moet richten. Er wordt op maat gebruik gemaakt van modules zoals Intensieve Traumabehandeling (ITB), EMDR, CGT/DGT, Inzichtgevende therapie, Schematherapie, MBT, beeldende therapie, Systeembehandeling(3<sup>e</sup> graadstrategie). Voor een uitleg over wanneer welke interventie wordt ingezet verwijzen we naar Bijlage 2.

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

#### **D. (trauma) Sensitief onderwijs, leerklimaat en werk (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> graadsstrategie)**

De meiden van Asja gaan vanaf start opname naar school; eerst intern en zodra hun veiligheid het toelaat, regulier. Het interne onderwijs van de Fierschool biedt voortgezet onderwijs en mbo-onderwijs op alle niveaus.

Fier heeft afspraken met onderwijsaanbieders in het samenwerkingsverband en beschikt over interne onderwijsfaciliteiten waar docenten van het reguliere (S)VO en mbo-onderwijs les geven op diverse vmbo-niveaus van voortgezet onderwijs en mbo. Er wordt tevens samengewerkt met IVIO die via 'leren op afstand' mogelijkheden biedt voor havo en vwo <http://www.ivioschool.nl/home/>. Meiden die hbo- of WO volgden stemmen af met hun school van herkomst en vervolgen hun studie zelfstandig / via internet.

De locatie Fier is officieel leerbedrijf en Fier beschikt over twee sociale ondernemingen. Hierdoor kunnen eigen doelgroepen een aantal praktijk gerelateerde vakken binnen Fier realiseren.

Docenten bieden een (trauma)sensitief leerklimaat (1<sup>e</sup> graadstrategie) en algemene

groepsinterventies (2<sup>e</sup> graadstrategie) gericht op een veilige en stimulerende leeromgeving aan meiden die vaak geen goede onderwijservaringen hebben en/of belemmeringen ervaren in het leren door hun (trauma)klachten. Docenten werken nauw samen met mentoren en met (vrijwilligers en professionals van) maatschappelijke participatie. In de dagelijkse gang van zaken zoeken mentoren, docenten en leermeesters elkaar op. Docenten zijn tevens waar nodig aanwezig in het MDO waar de integrale behandellijn wordt vastgesteld. Daarnaast zijn er overlegmomenten voor docenten, hulpverleners, leermeesters /professionals van maatschappelijke participatie én het betreffende meisje en haar ouders om goed op elkaar afgestemd te zijn – shared discision making – en kwaliteit / beleid te verbeteren.

Het interne onderwijs wordt op maat geboden, gaat zoveel mogelijk uit van de mogelijkheden en competenties van de individuele leerlingen conform de kernvragen van Van Os (2017) en zet in op het behalen van (mogelijkheden) tot in elk geval een startkwalificatie. Voor meiden met een verstandelijke beperking worden korte modules geboden met een certificaat als resultaat. Er kan daarin afstemming met het reguliere praktijkonderwijs genaakt worden.

Het interne onderwijs voldoet aan het reguliere toezichtskader. Meiden hebben halve dagen onderwijs en halve dagen therapie / groepsactiviteiten / participatie. Er zijn in het volledige schooljaar 5 weken vakantie, er worden onderdelen van onderwijs in groepsmodules verwerkt (zoals weerbaarheid, sociale vaardigheden) waardoor het geheel voldoet aan de 1000-uren norm van het reguliere toezichtskader. Er zijn mogelijkheden voor extra begeleiding en huiswerkbegeleiding. Dit geheel maakt het mogelijk dat de meiden niets / zo weinig mogelijk over hoeven te doen wanneer zij weer naar huis en/of naar het reguliere onderwijs gaan.

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

- intensieve begeleiding en onderwijs op maat (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> graadsstrategie);
- samenwerking in de keten binnen het zorgprogramma (hulpverlening – onderwijs – maatschappelijke participatie stemmen structureel af) 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 praktijkgericht onderwijs, stages, voorzitten van huiskamervergaderingen, presentaties tijdens werkbezoeken;
- verbinden van werkgevers en doelgroep en te zoeken naar mogelijkheden voor stage en werk;
- kwalificeren en schooluitval voorkomen door zo hoog mogelijk in te zetten op onderwijsniveau en te streven naar een startkwalificatie.

Ook hier is het MDO van belang in de afstemming op veiligheid en leer(on)mogelijkheden.

Het zorgprogramma Asja zet zowel in haar onderwijs als in het opdoen van succeservaringen in op arbeidservaring en –toeleiding. Er zijn jobcoaches in dienst, er zijn contacten met ondernemers in de regio waar meiden werkervaring kunnen opdoen.

## **E. Stroomgericht werken (2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> graadsstrategie)**

Systeemgericht werken kent verschillende aspecten:

- Voor alle meiden in de leefgroep worden systeemgerichte psycho-educatiemodulen (2<sup>e</sup> graadsstrategie) ingezet zoals Vrienden maken, Jij en de groep, Social media en internet. Meiden leren hierin welke contacten wel en niet gezond zijn en hoe zij zich daarin kunnen manifesteren.
- De congruente samenwerking met ouders in het hier en nu (2<sup>e</sup> graadstrategie). De samenwerking met ouders is in de behandeling van alle meiden essentieel en wordt op maat ingevuld. De mentor benadert ouders als partner en heeft wekelijks en samen met het meisje (telefonisch) contact met hen zodat over en weer duidelijk is wat er speelt: thuis en bij Asja. Ook besteedt de mentor aandacht aan de afstemming van de pedagogische aanpak om te zorgen dat de aanpak van ouders en van Asja eenduidig is. Als vertrouwenspersoon van het meisje helpt de mentor haar zich te verwoorden in het contact met haar ouders en bewaakt de veiligheid in het contact.
- Systeembehandeling (3<sup>e</sup> graadsstrategie) op maat, waarbinnen opvoedingsondersteuning, een belangrijk onderdeel van het zorgprogramma. Binnen het MDO worden de bevindingen besproken en gekoppeld aan het unieke beeld. Van daaruit wordt de integrale behandeling ingezet. Systeemdoelen zijn deel van het behandelplan.

Het doel van systeembehandeling betreft het herstel van relaties, verbeteren van interactiepatronen en communicatie, het kunnen omgaan met problematiek, het doorbreken van intergenerationele overdracht en eventueel het stoppen van geweld. Uiteindelijk doel is dat een meisje zich in haar basisbehoeften kan ontwikkelen en dat ouders hierin mogelijkheden bieden.

Bij de systeemgesprekken zijn het meisje, soms de mentor en bij voorkeur beide ouders aanwezig. Soms willen en/of kunnen ouders (nog) niet gezamenlijk komen (bijvoorbeeld doordat zij met conflict gescheiden zijn). Er wordt dan door de mentor en systeemtherapeut geïnvesteerd in motivatie van beide ouders om samen te komen – als ouders. Wanneer dat niet lukt of zinvol is komen beide ouders apart. Soms zijn (ook) belangrijke anderen aanwezig zoals gezins- en/of familieleden, vrienden.

#### **F. Opdoen van succeservaringen en kansen creëren, binnen en buiten Asja (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> graadsstrategie)**

Er wordt voor alle meiden in het algemeen ingezet op het opdoen van positieve ervaringen op de leefgroep (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> graadsstrategie) én waar maar enigszins mogelijk, in de 'buitenwereld'. De meiden 'groeien' door constructieve vriendschappen, mensen die om hen geven, plezier met hen maken, hen uitnodigen bij bijzondere gebeurtenissen en dergelijke. Het verlofplan biedt concrete mogelijkheden en uitwerking voor deelname aan activiteiten/feesten in de eigen omgeving. Wanneer het in het kader van veiligheid kan krijgen meiden de mogelijkheid hun eigen interesses individueel te ontwikkelen buiten Asja. Binnen de afdeling maatschappelijke participatie werken vele vrijwilligers die samen met mentoren allerlei mogelijkheden bieden voor maatjescontact en voor ondersteuning bij vrijetijdsbesteding binnen en buiten de instelling. . Sport /beweging is een belangrijk onderdeel van het zorgprogramma; veel meiden zijn actief bij reguliere sportclubs. De meiden kunnen dan meedoen met trainingen, (wedstrijden) en andere activiteiten van de club. Zo is de focus gericht op het opdoen van constructieve contacten buiten de instelling en participatie in de samenleving. De ervaring dat je iets kunt bereiken op het terrein van sport, school of (vrijwilligers)werk is bovendien van grote waarde voor deze meiden in hun motivatie voor behandeling. Bij minderjarigen vindt altijd afstemming plaats met ouders/(gezins)voogd.

De afdeling maatschappelijke participatie biedt aan meiden de mogelijkheid te ontdekken wat bij hen past, nieuwe contacten op te doen en bovenal successen te ervaren. Er worden mogelijkheden voor ieder meisje gezocht, passend bij haar unieke beeld. Ook hier zijn de kernvragen van Jim van Os (2017), gericht op persoonsvorming, leidend.

Binnen Fier zijn mogelijkheden voor zang, muziek, creativiteit, kunst, cultuur. Ieder jaar is er in de zomer een drieweekse Summerschool waarin vrijwilligers vanuit hun eigen interesse, hobby of werk een workshop bieden. Meiden ontdekken hierin hun eigen talenten, wensen wat weer input levert voor het behandelplan.

Voor een samenvatting Kernconcept – Doel – Aanpak verwijzen we naar Bijlage 3.

## 2. Uitvoering

### Materialen

- Zorgprogramma Asja, handboek
- Zorgprogramma Geweld in Afhankelijkheidsrelaties, handboek (waarbinnen diagnostiek TAPmodel)
- Welkomstboekje Opvang jeugd
- Document Residentiële zorg eerste, tweede en derde graadsstrategieën en interventies / High Safety & High Intensive Care & Intensive education / Balansmodel
- Verwijskaart zorgprogramma Asja
- Verwijskaart ITB
- Checklisten, programma modulen, evaluatie modulen, handleidingen afname vragenlijsten/ROM systematiek, alles te vinden op het intranet van Fier.
- [www.fier.nl](http://www.fier.nl)

### Locatie en type organisatie

Het zorgprogramma is overdraagbaar en kan worden geboden in een landelijke, open, categorale residentiële opvang- en behandelsetting waar de meiden uitsluitend in meidengroepen worden opgevangen en behandeld. Dit zorgprogramma:

- 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;
- wordt integraal en sector overstijgend vormgegeven namelijk (jeugd)zorg, (jeugd)ggz en onderwijs, diverse mogelijkheden in maatschappelijke participatie. De organisatie heeft deze disciplines in huis en/of werkt er mee samen;
- kenmerkt zich in de specifieke verbinding van (jeugd)zorg en (jeugd)ggz richt zich zowel op minderjarigen als meerderjarigen; de organisatie is hier zowel in expertise, facilitering, financieringsstromen op ingesteld.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

Asja werkt integraal en multidisciplinair.

- Allround groepsbehandelaren (mentoren) in alle diensten 24/7 (hbo of WO opgeleid).
  - Vaktherapeuten hebben een opleiding op Hbo-niveau (psychomotore therapie, beeldende therapie, etc.).
  - Systeemtherapeuten zijn opgeleid tot systeemtherapeut.
  - Systeembegeleiders zijn opgeleid tot systeembegeleider.
  - Behandelaren hebben een opleiding tot orthopedagoog of psycholoog gevolgd, zo mogelijk aangevuld met een opleiding voor GZ-psycholoog.
  - De BIGbehandelaar is afgestudeerd als GZ- of klinisch psycholoog / psychotherapeut/ (kinder- en jeugd) psychiater/ verpleegkundig specialist GGZ, conform de richtlijn GGZ.
  - Docenten onderwijs zijn opgeleid tot docent op hbo of WO niveau.
  - De activiteiten maatschappelijke participatie worden geleid en begeleid door professionals op hbo niveau en vrijwilligers die gescreend zijn en begeleid worden.
- Alle professionele disciplines zijn in staat tot integraal denken en werken. Zij zien en werken met de verbinding bovenliggende en onderliggende problematiek, zijn opgeleid in het werken met cliënten met complexe vraagstukken waaronder trauma- en hechtingsproblematiek, ontwikkelingsproblematiek, psychiatrische problematiek, systeemproblematiek.



De professionals zijn reflecterend en (transcultureel) sensitief responsief conform aandachtspunten in de richtlijn Residentiele Jeugdzorg. Deskundigheid t.a.v. bovenliggende en onderliggende problematiek helpt gedrag te doorzien, het niet persoonlijk te maken en de juiste interventies te kiezen. Hulpmiddelen in reflectie en sensitief responsabiliteit zijn teambesprekingen, werkbegeleiding, intervisie, deskundigheidsbevordering. Er wordt tevens geïnvesteerd in de culturele sensitiviteit van professionals zodat zij het perspectief van de ander (meisje, haar gezin en geschiedenis) kunnen zien en kunnen reflecteren op eigen perspectief.

#### Aanvullende scholing, training en opleidingen

- Alle hbo professionals worden (bij)geschoold in de geaccrediteerde training psychopathologie.
- Vele hbo professionals worden opgeleid tot Cognitief Gedrag Therapeutisch-werker.
- Er wordt geïnvesteerd in de opleidingen voor systeembegeleiding en systeemtherapie.
- Zo mogelijk volgen professionals aanvullende opleidingen voor gedragswetenschappers, zoals klinisch psycholoog, EMDR-therapeut, familie- of systeemtherapeut of een opleiding voor cognitieve gedragstherapie of psychotherapie.
- Opleidingen/training in specifieke thema's /methodieken zoals trauma, hechting.
- Alle professionals volgend opleiding / cursus / congressen in het kader van de verplichte scholing van hun beroepsgroep.
- Fier biedt de geaccrediteerde training beroepsstandaard SKJ.

Asja maakt vanuit de moederorganisatie Fier gebruik van de Fier Academy voor interne en externe trainingen / deskundigheidsbevordering.

#### **Kwaliteitsbewaking**

- Het behandelplan bevat de aanmelding, de diagnostische intake, de hulpverleningsdoelen (waaronder systeembehandeling) voor alle leefgebieden, aandachtspunten onderwijs en maatschappelijke participatie, de voortgang van de hulpverlening, de periodieke evaluaties en de eindevaluatie.
- Iedere hulpverleningsactiviteit wordt inhoudelijk en in tijd geregistreerd in het ECD.
- Er wordt voor evaluatie therapie gebruik gemaakt van een Routine Outcome Measurement (ROM).
- Er wordt gewerkt met gestandaardiseerde vragenlijsten.
- De voortgang wordt gevolgd in de structurele periodieke bespreking in MDO.
- Er is structureel werkbegeleiding, intervisie, supervisie en interne scholing.
- Medewerkers zijn Lid van het SKJ, BIG geregistreerd en/of lid van beroepsverenigingen en beantwoorden aan eisen voor reflectie en scholing.
- Er wordt gewerkt met signalering- en verbeterplannen (kwaliteitsbeleid).
- De richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming zijn of worden geïmplementeerd.
- Diagnostiek en behandeling zijn inhoudelijk gebaseerd op de GGZ-richtlijnen.
- De instelling Fier is verantwoordelijk voor de interventie. Zij is HKZ gecertificeerd en voldoet aan de kwaliteitseisen gericht op aanbieder jeugdzorg en/of (jeugd)GGZ.
- Fier hanteert een professioneel statuut voor alle hbo- en WO medewerkers.

#### **Randvoorwaarden**

Organisatorisch:

- er is sprake van een combinatie van specifieke veiligheid en gespecialiseerde behandeling: High Safety & High Intensive Care& Intensive Education;
- de organisatie biedt zowel ggz- als jeugdzorg in een integrale combinatie en hanteert bijbehorende richtlijnen;
- er is tevens integrale samenwerking met (intern) onderwijs en maatschappelijke participatie;

- het pand biedt ruimte voor therapie, onderwijs, bijeenkomsten conform de geldende kwaliteitseisen;
- er zijn afspraken binnen het Landelijk Transitie Arrangement.

Inhoudelijk:

- de visie, uitgangspunten en organisatieprincipes moeten zijn verwoord in het visiedocument van de organisatie en moeten vertaald zijn in de onderliggende documenten: beleidsdocumenten, werkplannen van directie/managers/teams; zorgprogramma's, modulen en werkbeschrijvingen;
- er is een interne basistraining beschikbaar, waarin niet alleen de medewerkers van het primaire proces maar ook managers, directie en bestuur geschoold worden in de visie en uitgangspunten;
- alle medewerkers in het primaire proces worden geschoold in de noodzakelijke kennis en deskundigheid (specialisatie): groepswerkers, allround hulpverleners, mentoren, behandelaren, psychiaters. Er is hiertoe een intern scholingsprogramma;
- er wordt werkbegeleiding, intervisie en supervisie aangeboden i.h.k.v. de doorleving, verdieping en implementatie van het zorgprogramma;
- de (eind)verantwoordelijkheden zijn geregeld in het professioneel statuut en stemmen overeen met de visie en uitgangspunten die gehanteerd zijn bij het zorgprogramma.

## Implementatie

Asja biedt een gecertificeerd programma. Er is niet een standaard systeem voor implementatie. Organisaties maken afspraken met Fier over de noodzakelijke opleiding en ondersteuning. Deze afspraken zijn op maat, verschillen per organisatie en zijn afhankelijk van de visie en uitgangspunten die de organisatie hanteert en de beschikbare kennis en ervaring.

De opleiding en ondersteuning bij de implementatie hebben in ieder geval betrekking op:

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

Fier heeft trainers en supervisors beschikbaar die in een train de trainers constructie medewerkers trainen en opleiden.

## Kosten

Fier is deel van het Landelijk Transitie Arrangement (LTA). Namens gemeenten heeft de VNG afspraken met landelijke aanbieders met een specialistische functie. De VNG koopt

landelijk specialistische jeugd-ggz in als onderdeel van het Landelijk Transitiearrangement (LTA). De bepalingen in het LTA-contract van de VNG zijn landelijk verplicht. Zie voor meer informatie: <https://i-sociaaldomein.nl/landelijk-transitiearrangement-lta-en-specialistische-jeugd-ggz>. De raam- en modelovereenkomsten van de VNG zijn te vinden op: <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/landelijke-inkoop-jeugdzorg>

De kostprijs voor een plek bij Asja is € 330,- per dag. Wanneer een meisje een jaar opgenomen is kost dit € 120.450. In dit bedrag zit het verblijf van het meisje in de 7x24 setting, pedagogische begeleiding van het meisje (nachtdienst en dagdiensten). De prijs is inclusief verblijf op een afdeling inclusief voeding. Voor leefgeld (eten, drinken, toiletartikelen) wordt de geldende NIBUD-norm gehanteerd.

Het bedrag is exclusief geprotocolleerde behandelmodulen (3e graadsstrategie) op basis van de DBC richtlijnen (kinder- en jeugd ggz-interventies). De inzet van een behandeltraject bestaat uit een diagnostiek en behandeling. Op basis van inzet uit voorgaande jaren is de gemiddelde tijdbesteding voor diagnostiek 12 uur en behandeling per week ongeveer 7 uur per cliënt.

Dit bestaat dan uit individuele behandeling en groepsbehandeling.

## 3. Onderbouwing

### Probleem

#### Probleem en ernst

Slachtofferschap van een mensenhandelaar dan wel vermoedelijk of potentieel slachtofferschap hangt veelal samen met traumatische levensgebeurtenissen en persoonlijkheidskenmerken. De problematiek die zich daarop ontwikkelt manifesteert zich vooral in de pubertijd en vroege adolescentie; een leeftijdsfase die essentieel is voor de ontwikkeling van jongeren (Van Deth, Repetur en Storms, 2013, in Azough, 2014). Dit vormt een ernstige bedreiging voor hun sociaal-emotionele, cognitieve, seksuele en persoonlijkheidsontwikkeling (Ryan & Deci, 2017, Vansteenkiste & Ryan, 2013; Vansteenkiste & Soenens 2015). Azough (2014) benoemt twee groepen met onderlinge variatie en verwevenheid:

- ouders die hun kinderen niet goed kunnen begeleiden in de ontwikkelingstaken tijdens de pubertijd;
- meiden die vanuit hun persoonlijkheid de ontwikkelingstaken tijdens de pubertijd niet aankunnen.

De destructieve contacten met het foute netwerk/ mensenhandelaar zijn veelal gebaseerd op onderliggende problematiek van huiselijk geweld en kindermishandeling, waaronder seksueel geweld (van Dijke et al, 2012).

Daarnaast is er vaak sprake van een doorgaande lijn in verwaarlozing en geweld binnen het systeem waarin het kind opgroeit, waarbij intergenerationele overdracht eveneens een rol speelt.

Het gaat om kwetsbare meiden die veelal onveilig of gedesorganiseerd gehecht zijn. De combinatie van factoren als hechtingsproblematiek, behoefte aan aandacht en liefde, een negatief zelfbeeld, het onvermogen om gevaar in te schatten en verwarringen over intimiteit en seksualiteit maakt de meiden kwetsbaar voor een mensenhandelaar (van Dijke & Terpstra, 2014 in Azough, 2014).

Bij een deel van de meiden van Asja is sprake van een opeenvolging van traumatische ervaringen waarbij we spreken van complex trauma. Voor alle meiden geldt dat er sprake is van een vicieuze cirkel waar zij op eigen kracht niet uit kunnen komen (revictimisatie). Zij raken, door angst, mishandeling, spijbelen van school en werk, steeds meer afhankelijk van de foute vriend / mensenhandelaar. Een deel van de meiden belandde bovendien in het criminele circuit omdat ze te maken kregen met mensenhandelaren die zich op meerdere criminele niveaus bewegen. Zij dwongen, manipuleerden en namen de meiden mee in dit circuit.

#### Spreiding

Er zijn onderzoeken die de aantallen in kaart brengen:

- Slachtoffermonitor Mensenhandel (oktober 2019): binnenlandse seksuele uitbuiting is in Nederland de meest voorkomende vorm van mensenhandel. Per jaar zijn er ongeveer 3.000 slachtoffers van binnenlandse mensenhandel. Bijna de helft is naar schatting minderjarig (1.300). Dit zijn gemiddeld 2 à 3 jongeren per middelbare school met 1000 leerlingen. Dit betreft een belangrijk deel van de doelgroep van Asja. Het zicht op deze zeer kwetsbare groep slachtoffers neemt drastisch af. In 2018 zijn er 60% minder slachtoffers van binnenlandse seksuele uitbuiting gemeld bij landelijk meldpunt CoMensha dan in 2014 en 2015: slechts 132 slachtoffers, waaronder nog maar 29 minderjarigen. Uit deze cijfers zou blijken dat nog maar 2% tot 3% van de Nederlandse minderjarige slachtoffers van seksuele uitbuiting voorkomt in de registratie. De daling wordt veroorzaakt doordat niet-opsporingsinstanties, zoals hulpverleningsinstanties, veel minder melden. In de

periode 2014-2017 deden deze melders jaarlijks gemiddeld 550 meldingen bij CoMensha, in 2018 waren dit er nog slechts 150. Deze instanties melden minder omdat zij vanwege privacywetgeving niet zonder expliciete toestemming van het slachtoffer gegevens mogen delen voor registratie (nationale rapporteur Mensenhandel, 2019).

- In 2016 gaven 20.800 kinderen van 12f t/m 16 jaar aan slachtoffer te zijn geweest van een ernstige vorm van fysiek seksueel geweld (Slachtoffermonitor seksueel geweld tegen kinderen 2017 – 2018).
- Onderzoek seks onder je 25<sup>e</sup> (De Graaf, e.a. 2017) 3% van de jongens en 14% van de meisjes maakte seksueel geweld mee. Het meemaken van seksueel geweld maakt jongeren kwetsbaar om dit opnieuw mee te maken: een op de twaalf jongens en een op de vijf meisjes die seksueel geweld hebben meegemaakt, maakt dit nog een keer mee met iemand anders (revictimisatie).
- Onderzoek seks onder je 25<sup>e</sup> VSO (De Graaf e.a., 2019) Met seksuele grensoverschrijding hebben meisjes op cluster 4 veel meer ervaring dan meisjes op reguliere scholen. Een kwart van de meisjes van de vmbo+ meisjes en een derde van de pro meisjes op cluster 4 is ooit in haar leven gedwongen tot seksuele handelingen, tegenover 7% van de meisjes in het regulier onderwijs.

## **Gevolgen**

Het is van belang om (herhaald) slachtofferschap te voorkomen. Zonder specifieke behandeling blijft het risico op slachtofferschap bestaan en gaat eventuele bestaande problematiek niet vanzelf over. Er is dan een hoog risico op (re)victimisatie, (her)traumatisering en intergenerationele overdracht. Voor een aantal meiden geldt daarnaast dat zij bedreigd worden vanuit de georganiseerde criminaliteit die financiële belangen bij de meiden heeft.

De geweldservaringen hebben invloed op de ontwikkeling. Er ontstaat frustratie van basisbehoeften, waardoor risico op onveilige hechting met als gevolg stagnatie in de ontwikkeling. De gevolgen kunnen ingrijpend zijn:

- er is sprake van een laag zelfbeeld. Trauma uit zich onder andere in verminderd sociaal emotioneel functioneren, zoals agressie, angstklachten, laag zelfbeeld (Ryan & Deci, 2017, Struik 2012).  
Hierdoor ontstaan sociale probleeminteracties in contacten met leeftijdgenoten, in competitie (pestgedrag, exclusie / sociale isolatie), ten opzichte van autoriteiten en met betrekking tot hulp vragen en hulp geven (Van der Helm, Matthys, et al., 2013);
- lacunes in de morele ontwikkeling .Wanneer kinderen al jong traumatische ervaringen opdoen en/of in hun basisbehoeften worden gefrustreerd dan ontstaat er een proces waarin zij, doordat hun ontwikkeling stagneert, steeds opnieuw slachtoffer worden (revictimisatie) en op een groot aantal levenssterreinen problemen kunnen ervaren. Wanneer zij een ontwikkelingsfase niet goed doorlopen hebben, beginnen ze al met een achterstand aan de volgende ontwikkelingsfase (Ankarsater e.a.(2007). Bij de meiden van Asja zien we een disharmonisch ontwikkelingsprofiel: zij kunnen niet goed vanuit een eigen moreel kader over hun situatie nadenken en kunnen niet goed omgaan met stresssituaties. Hun stresssysteem is gevoelig voor en afhankelijk van snelle beloningen geworden en reageert niet meer goed op correctie. Het gevolg is wat Marcia (1980) een 'vervreemdende en diffuse' persoonlijkheidsontwikkeling noemt, waarbij een moreel innerlijk kompas en empathie ontbreken. Gevoelloosheid (al dan niet geïnduceerd door drugs) en gebrek aan emotie overheersen en maken het mogelijk om in een vijandige omgeving met veel stress te overleven.
- lacunes in de cognitieve ontwikkeling (Enlow, Egeland, Blood, Wright, & Wright, 2012) waardoor er belemmeringen ontstaan in het volgen van onderwijs en het vinden van passend en uitdagend werk. Gevolg is dat er gaten ontstaan in de onderwijs carrière en er weinig kans is op de arbeidsmarkt. Om toch aan geld te kunnen komen lopen de meiden risico weer in foute netwerken terecht te komen;

- lacunes in de emotionele ontwikkeling & een zwak mentaliserend vermogen (Luke & Banerjee, 2013; (Kim et al., 2013). Hierdoor is het moeilijk constructieve relaties aan te gaan en is er kans op terugval;
- geringe sociale vaardigheden & moeite met het hanteren van sociale probleemsituaties. Getraumatiseerde kinderen en jongeren reageren vaak inadequaat op problemen in sociale situaties: ze worden agressief of komen niet voor zichzelf op (submissief = onderdanig gedrag) waardoor ze niet goed in staat zijn constructieve vriendschappen aan te gaan;
- lacunes in het informatieverwerkingsysteem (deviante cognities, Crick & Dodge, 1996) waardoor zij bijvoorbeeld informatie over hulp en hulpinstellingen niet goed begrijpen;
- door de hoge stress is er vermindering van de ontwikkeling van executieve functies (Polak, Witteveen, Reitsma, & Olff, 2012) wat weer van invloed is op het adequaat handelen in onderwijs en werk.

Dit alles kan leiden tot moeilijk te begrijpen gedrag met vaak zowel internaliserende als externaliserende problemen.

Uit onderzoek blijkt bovendien dat (kinder)mishandeling leidt tot meer ziektekosten en hoger ziekteverzuim dan bij mensen die geen (kinder)mishandeling hebben meegemaakt (Speeltjens, P. 2016).

## Oorzaken

### Risicofactoren

#### Individuele factoren

Er is een aantal individuele factoren die een risico vormen t.a.v. veiligheid en ontwikkelingsmogelijkheden:

- De contacten met het foute netwerk. Door deze contacten loopt een meisje risico op fysiek en psychologisch geweld (die als dwangmiddel worden ingezet) en seksuele en financiële uitbuiting.
- Individuele kwetsbaarheid waardoor zij minder weerbaar is in contacten. Kwetsbaarheden zijn:
  - individuele psychopathologie;
  - zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking. Dit is een risicofactor omdat een meisje makkelijk beïnvloedbaar is (Terpstra & Dijke, 2015). Bij een deel van deze meiden is het lagere IQ vanaf de geboorte aanwezig, bij een deel is de geringere cognitieve ontwikkeling een gevolg van vroegkinderlijke traumatisering;
  - een laag zelfbeeld, veelal ontstaan in de relaties met hun primaire verzorgers en/of door pesten dan wel grensoverschrijdende ervaringen in de peergroup. Ankarsater e.a.(2007) noemen pesten als belangrijke factor in ontwikkelingsstagnatie;
  - verstoring in de ontwikkeling van basisbehoeften autonomie / competenties / relatievorming met als gevolg ontwikkelingsstagnatie / scheefgroei: cognitief en/of sociaal-emotioneel en/of persoonsvorming (Vansteenkiste & Soenens, 2015);
  - gedragsproblematiek (pain-based-behavior, Anglin, 2004), vaak een uiting van opeenstapeling van stress en met een directe verbinding met de traumagerelateerde ontwikkeling. Daarnaast heeft het 'probleemgedrag' de functie om de diep zittende psycho-emotionele pijn te verbergen / te camoufleren;
  - tegenvallende prestaties op school en schooluitval.
- Een geringe autonome motivatie voor hulpverlening door de afhankelijkheid van het foute netwerk, faalervaringen, de ervaring dat ze geen invloed op hun situatie hebben, angst voor de veranderingen omdat er nog geen toekomstperspectief is. Om ontwikkeling op gang te brengen is autonome motivatie essentieel (Verstuyf, e.a., 2014).

- Traumaklachten, onveilige hechting, andere problematiek. Bij een deel van de doelgroep is sprake van traumatisering op jonge leeftijd (vroegkinderlijk), en daardoor een complexe traumagerelateerde ontwikkeling / hechtingsproblematiek waarbij intergenerationele overdracht een rol speelt (Azough, 2014). Om deze problematiek te vatten, is de term Developmental Trauma Disorder geïntroduceerd (van der Kolk, 2005): de gebeurtenissen die zich hebben afgespeeld binnen het systeem van het kind, gaan over verschillende vormen van kindermishandeling en volgen elkaar chronisch op zonder kans op herstel. Deze (vroeg) kinderlijke gebeurtenissen kunnen leiden tot hechtingsproblemen, een geringe zelfwaardering, beperkt zelfvertrouwen, geringe weerbaarheid en assertiviteit, overafhankelijkheid van aandacht etc. Getraumatiseerde kinderen en jongeren zijn minder goed in staat om hun grenzen aan te geven, gevaar in te schatten en zich te verdedigen tegen gevaar (Kolk, 2018). Een belangrijk kenmerk van trauma is revictimisatie: steeds opnieuw slachtoffer worden.

### Gezins- en netwerkfactoren

Uit dossieronderzoek blijkt dat driekwart van de meiden van Asja een achtergrond heeft van huiselijk geweld en kindermishandeling, waaronder seksueel misbruik, (van Dijke, 2012). Kindermishandeling leidt veelal tot belemmering t.a.v. de emotionele, relationele en pedagogische veiligheid en t.a.v. de ontwikkelingsmogelijkheden van kinderen in het gezin. Ontwikkelingsstagnatie frustriert basisbehoeften. Behoeftensubstitutie, kwetsbaar zijn in contacten met risico op misbruik en geweld zijn mogelijk gevolg. Voor veel meiden was de verwarrende mix van 'liefde, mishandeling, misbruik en verwaarlozing 'bekend terrein' vanuit hun thuissituatie (van Dijke, e.a., 2012).

Ook in het netwerk kunnen factoren spelen die een meisje kwetsbaar maken in contacten en risico vormen op grensoverschrijdingen / misbruik. Enkele voorbeelden:

- Ervaringen met (online) pesten, seksuele grensoverschrijdingen, seksueel geweld. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat gepest worden gevoelens van eenzaamheid en depressie vergroot en bestaande problemen verergert (Reijntjes, Kamphuis, Prinzie & Telch, 2010). Die gevoelens kunnen leiden tot verder isolement en diepere depressie en nog meer pestgedrag uitlokken. Kinderen die aan het begin van het schooljaar gepest worden, hebben een aanzienlijk grotere kans dat ze zes maanden later in datzelfde schooljaar ook nog gepest worden. Bovendien hebben ze vaker last van psychosomatische klachten, zoals hoofdpijn, slaapproblemen, buikpijn, bedplassen en vermoeidheid (<https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Pesten> ). Veel meiden van Asja hebben te maken gehad met een heftig pestverleden en het gevoel 'er niet bij te horen'. Zij zijn kwetsbaar in hun contacten. Tevens is te zien dat sommige meiden zelf 'de pestkoppen' zijn, uit angst om zelf gepest te worden (van Dijke, e.a., 2012).
- Victim blaming. Als de omgeving negatief reageert, zogenoemde victim blaming – dan kan dat schadelijker zijn voor slachtoffers dan het misbruik zelf (Bicanic, 2018).
- Er is sprake van onveiligheid en risico op revictimisatie omdat het voor meiden die contact hebben met een mensenhandelaar moeilijk is het contact te verbreken.  
Redenen:
  - traumatic bonding (Namnyak, Tufton, Szekely, Toal, Worboys & Sampson, 2008);
  - cognitieve dissonantie (Festinger, 1957);
  - assortative mating (Vonk e.a., 2018);
  - disharmonisch profiel t.a.v. de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling en persoonsvorming (Ryan & Decy, 2017; Van der Helm, 2017).

### Maatschappelijke factoren

Een aantal maatschappelijke factoren vermindert de weerbaarheid en vergroot kwetsbaarheid:

- Maatschappelijke en sociaaleconomische positie van het gezin. Armoede betekent niet automatisch dat ouders niet goed voor hun kinderen kunnen zorgen. Nederlands onderzoek laat echter zien dat het risico op kindermishandeling bijna zeven keer groter is in gezinnen met zeer laag opgeleide ouders en dat werkloosheid van de beide ouders het risico hierop ruim vijf keer vergroot (Alink et al., 2011; Euser, 2009; Klein Velderman & Pannebakker, 2008; Van IJzendoorn et al., 2007, in van Rooijen, Bartelink & Berg, 2013). Kindermishandeling kan leiden tot frustratie van basisbehoeften en ontwikkelingsstagnatie; we zien dit bij de doelgroep Asja. Vanuit hun thuissituatie heeft een deel van de meiden al op jonge leeftijd te maken met schuld en armoede. Zij zijn gevoelig voor manipulatie t.a.v. het verdienen van geld.
- We zien bij de doelgroep tevens financiële uitbuiting door bijvoorbeeld de mensenhandelaar, een foute vriend. Meiden geven gedwongen hun pinpas af, sluiten gedwongen leningen af, moeten toeslagen op rekening van een ander laten storten. Hierdoor ontstaan schulden en het meisje blijft daardoor afhankelijk van de mensenhandelaar (Bekken, 2018).
- Slechte / niet afgemaakte onderwijs carrière – geen zicht op arbeidsparticipatie waardoor het risico op terugval op het foute netwerk toeneemt.

### Aan te pakken factoren

Het zorgprogramma richt zich op alle bovenstaande factoren, zie onderstaand schema. Samengevat zijn dit:

- Onveiligheid
- Individuele kwetsbaarheid waaronder:
  - Geringe autonome motivatie
  - Ontwikkelings- / gedragsproblematiek
  - Traumaklachten, onveilige hechting, andere problematiek
- Gezinsfactoren
- Netwerfactoren
- Maatschappelijke factoren

Niet alle problemen kunnen worden opgelost, een meisje kan wel leren met haar problemen om te gaan.

	Subdoelen	1	2	3	4	5	6	7
Beïnvloedbare factoren								
<b>Onveiligheid</b>		x	x					
<b>Individuele kwetsbaarheid</b>				x		x	x	
<b>Gezinsfactoren</b>		x	x	x	x	x		
<b>Netwerfactoren</b>		x	x	x	x	x		
<b>Maatschappelijke factoren</b>		x		x		x	x	x



**Verantwoording** o.b.v. de aan te pakken factoren . De kernconcepten bieden het inhoudelijk kader voor de aanpak. Hieronder geven we een overzicht van hoe de beïnvloedbare factoren samenhangen met de kernconcepten.

## **Factor Onveiligheid**

### **Kernconcept A: Veiligheid en bescherming**

Het zorgprogramma stelt als doel dat ieder meisje veilig en beschermd is en het misbruik is gestopt. De aanpak richt zich op veilig zijn, veilig voelen en het monitoren van veiligheid. Van der Kolk (2005) stelt veiligheid en bescherming aan getraumatiseerde en verwaarloosde jongeren als uitgangspunt omdat zij meestal geen veiligheid hebben gekend. Zij hebben daardoor niet geleerd grenzen aan te geven en grenzen te respecteren en weten niet goed wat veilig en onveilig is. Zij hebben bescherming nodig om te voorkomen dat zij misbruikt / gebruikt worden of anderen misbruiken / gebruiken. Een belangrijke risicofactor is gelegen in de vraag of een meisje zich kan houden aan de afspraken rondom haar veiligheid. Er wordt daarom vanaf het begin bij ieder meisje intensief geïnvesteerd in behandelmotivatie en op de werkrelatie mentor – meisje. Onderzoek laat het belang zien van professionals die in staat zijn met deze risicojongeren een echte relatie aan te gaan, gebaseerd op wederzijds respect en vertrouwen (Boendermaker et al., 2013).

Het belang van bescherming en veiligheid wordt bevestigd door de Commissie Azough (2014) die verschillende aspecten als kernelement van veiligheid stelt. Dit is uitgewerkt in het Kwaliteitskader voor jeugdhulporganisaties die gespecialiseerde opvang en hulp bieden aan meisjesslachtoffers van mensenhandel (NJI, 2015). Aandachtspunten zijn:

- een veilige woonsituatie: er is sprake van een risicotaxatie en veiligheidsanalyse, ieder meisje heeft een veiligheidsplan, de setting biedt fysieke veiligheid en het pedagogisch basisklimaat en de behandeling op maat bieden de mentale veiligheid (veilig zijn en veilig voelen);
- homogene groepen met genderspecifieke interventies; de groepen bestaan uit meiden met soortgelijke problematiek; socialisatie en genderovertuigingen zijn deel van leermodulen en (systeem)behandeling;
- aandacht voor riskant gebruik van internet en sociale media. Afspraken met ouders horen hierbij;
- samenwerking met de politie in het kader van opsporing en het doen van aangifte;
- aandacht voor (potentieel) wegloupedrag en het voorkomen daarvan.

De Commissie Samson stelt eveneens dat plaatsing in een gemengde groep risico verhogend is voor seksueel misbruik (commissie Samson, 2012). Meiden die seksueel misbruikt zijn, lopen groot risico opnieuw misbruikt te worden (Nijhof, 2015).

Meidengroepen kunnen dit risico verminderen en daardoor veiligheid vergroten. Ook Terpstra & van Dijke (2015) stellen dat misbruikte meiden het best geplaatst kunnen worden in een homogene meidengroep. Ze zijn door hun (traumatische) ervaringen niet weerbaar waardoor een gemengde groep niet de juiste plek is. Meiden (h)erkennen bovendien bij elkaar waardoor een homogene meidengroep motiverend werkt. Deze motivatie is weer van positieve invloed op de behandeling.

In de Richtlijn Residentiele Jeugdhulp definiëren Ten Berge & Bakker (2005) een aantal aspecten van veiligheid die in het zorgprogramma naar voren komen en voor alle meiden gelden:

- afwezigheid van en bescherming tegen geweld en misbruik. Visie, bejegening, kernconcepten, psycho-educatie- en behandelmodulen, dagstructuur zijn gericht op veiligheid en bescherming;

- aanwezigheid van regelmaat en stabiliteit; het pedagogisch basklimaat en de dagstructuur bieden overzicht, structuur, continuïteit en voorspelbaarheid;
- lichamelijke en emotionele zorg voor de jeugdige. Hierbij gaat het om basale verzorging, acceptatie en bescherming. Dit omvat naast een veilig opvoedingsklimaat ook een veilige leef- en woonomgeving;
- gevoel van geborgenheid. Dit gevoel van veiligheid wordt geboden door de werkrelatie meisje/ouders- professionals en het herstel van de relaties met ouders en andere gezinsleden;

Ook hier zien we de combinatie van veilig zijn, veilig voelen en de waarde van het pedagogisch leefklimaat.

Een ander aspect dat beschreven wordt in de Richtlijn Residentiele Jeugdhulp is de kwetsbaarheid van jongeren in de residentiele settingen door eerdere ervaringen van misbruik en mishandeling, en het risicovol gedrag dat jongeren mede hierdoor ontwikkelen. Daarnaast bevinden jongeren in de residentiële jeugdhulp zich in een afhankelijkheidsrelatie. Dat geldt ook voor de meiden van Asja. Concrete interventies m.b.t. preventie van grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik worden daarom als erg belangrijk gezien. We onderscheiden:

- preventie van grensoverschrijdend gedrag door medewerkers;
- preventie van grensoverschrijdend gedrag door meiden onderling;
- preventie van seksueel misbruik.

De preventie krijgt vorm in een aanpak op alle strategische niveaus, beschreven in het veiligheidsmanagementsysteem en daarnaast onderbouwd door:

- kwaliteitskader Jeugdzorg Nederland (2013)  
<http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/residentiele-jeugdhulp/de-veiligheid-van-de-jeugdige/inleiding>
- het concreet bieden van een veilig en stimulerend pedagogische basisklimaat en het opdoen van constructieve contacten binnen en buiten de instelling wordt door professionals als van groot belang gezien en is onderdeel van huiskamer- en teamvergadering, intervisie en werkoverleg.
- professionals zijn lid van de Stichting kwaliteitskader Jeugd (SKJ) of via hun BIG-status aangesloten bij beroepsverenigingen. Alle professionals houden zich aan hun professionele standaard waar veiligheid onderdeel van is.

Met het kernconcept Veiligheid en bescherming realiseert Asja m.n. de subdoelen:

- Het meisje is vanaf start opname fysiek veilig en beschermd door de veilige leefomgeving en het opstellen van een veiligheidsplan en -afspraken. Door de behandeling neemt ook emotionele veiligheid toe.
- Het misbruik is gestopt.

Daarnaast is veiligheid een voorwaarde om aan de overige subdoelen te kunnen werken.

### **Kernconcept B: Pedagogisch basisklimaat**

De meiden van Asja komen veelal binnen vanuit een crisissituatie. Dan is het nodig dat door traumasensitieve begeleiding en behandeling een stabilisatie van het stresssysteem wordt bereikt zodat reactief gedrag (vechten, vluchten en verstijven) afneemt en er vertrouwen ontstaat. Vanuit dat vertrouwen kan gedrag worden genormaliseerd en ontwikkelen en leren weer mogelijk worden. Het leefklimaat is hierin essentieel. 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, positief en open leefklimaat. Dit pedagogisch basisklimaat is voorspelbaar, betrouwbaar, heeft structuur, geeft verantwoordelijkheid voor eigen handelen (interne locus of control), vergroot de keuzevrijheid en levert constructieve vaardigheden voor sociale situaties (Van der Helm, Hanrath & Jonker, 2011; Van der Helm, Stams en Van der Laan, 2011). Zonder dit responsief, veilig en ontwikkelingsgericht leefklimaat waar behandelend wordt opgevoed

(van Rijn, 2013) blijft ontwikkeling achter (Lipsey, 2012). Het leefklimaat is gericht op normalisatie ('limit setting') en sociaal-emotionele ontwikkeling met zo min mogelijk dwang en drang (De Valk, e.a. 2016, van der Helm 2019).

In het pedagogisch basisklimaat van Asja staan warmte, structuur, afwezigheid van geweld en deviancy training, nabijheid, verbondenheid en groei centraal waardoor voor alle meiden de basisbehoeften ondersteund worden. Dit zorgt er voor dat een meisje zich veilig en beschermd voelt, gemotiveerd raakt voor behandeling waardoor de kans op misbruik afneemt.

Het belang van een positief pedagogisch leef- en leerklimaat kan onderbouwd worden vanuit de theorie van Kok (1973). Volgens Kok (1991) is het creëren van een positief leefmilieu (1<sup>e</sup> graadsstrategie) een voorwaarde om algemene methodieken, groepsinterventies (2<sup>e</sup> graadsstrategie) en behandeling op maat (3<sup>e</sup> graadsstrategie) te laten werken. Uit onderzoek blijkt dat het beleven van een open en positief leefklimaat inderdaad een gunstige uitwerking heeft op behandeling. Zo vergroot het de behandelmotivatie van jongeren die in een residentiele voorziening zitten, leidt het tot een hogere interne locus of control (de mate waarin jongeren zich verantwoordelijk voelen voor eigen gedrag) en vindt er minder agressie plaats (o.a. Van der Helm, Klapwijk, Stams & van der Laan, 2009; Roest, Van der Helm & Stams, 2016).

Overeenkomstig dit gegeven is "het orthopedagogisch klimaat in de instelling de belangrijkste motor van processen die leiden tot vooruitgang bij de jongere" (Van der Helm, Van Tol & Stams, 2013, p.3).

In het creëren van een veilig pedagogisch basisklimaat dat groei en ontwikkeling biedt heeft de mentor drie belangrijke taken (van Rijn, 2013):

- verzorgen + opvoeden, vanuit een professionele houding van voorspelbaarheid en beschikbaarheid;
- behandelen:
  - vormgeven aan de pedagogische relatie. De werkrelatie met een meisje komt niet zomaar tot stand. Door de traumatische ervaringen hebben de meiden van Asja weinig vertrouwen in anderen en dat is bepalend voor hun kernovertuigingen, ze hebben een negatief zelfbeeld, ze zijn niet altijd gemotiveerd en willen zich niet kwetsbaar opstellen. De mentor is nabij in de dagelijkse momenten en maakt vanuit die nabijheid het meisje bewust van haar kernovertuigingen en de effecten daarvan. Daardoor voelt het meisje zich gehoord en gezien: 'First connect, then correct'. (Moore & Holland, n.d., in: Schuengel e.a. 2006), en kunnen constructieve hechtingservaringen worden opgedaan die motiveren (Abdallah, Kooijmans, Sonneveld, 2016).
  - klimaathantering. De klimaathantering richt zich op het bieden van veiligheid, geborgenheid en de zorg en de aandacht die de mentor heeft voor individuele vragen en wensen; basisbehoeften. De meiden zijn getraumatiseerd en daardoor altijd alert op gevaar en angstig voor hun eigen veiligheid en die van anderen. Ze zijn snel getriggerd en hebben moeite om hun emoties en reacties op 'vermeend' gevaar te beheersen. Daarom creëren de mentoren een veilige, traumasensitieve stabiliserende en normaliserende omgeving.
  - situatiewantering. Mentoren gebruiken situaties om behandelend op te voeden: om de meiden mogelijkheden te bieden voor cognitieve, sociaal-emotionele ontwikkeling en persoonsvorming (Ryan & Deci, 2000). De focus ligt op de kernvragen van Van Os (2017), op versterken van autonome motivatie, op normaliseren van gedrag, op het leren omgaan met sociale probleemsituaties, het ontwikkelen van een gezonde copingstijl en op het vinden van eigen oplossingen (Bartelink, 2013). Mentoren zetten hiertoe bewust interventies in (2e graadstrategie) om in de leefgroep situaties te 'organiseren' die uitdagen en constructief lerend zijn voor de meiden. Het zorgprogramma Asja baseert zich daarbij op methodieken als:

- Limit Setting (vertrouwen is uitgangspunt binnen een veilige en duidelijke structuur);
- Shared Decision Making (het meisje is en wordt betrokken in besluiten en kan haar mening geven in Client Tevredenheids Onderzoeken (in: van der Helm, 2017));
- Geweldloos verzet (een professionele houding die uitstraalt: 'we geven niet op, je doet er toe')(Omer, 2007);
- Competentiemodel (het vergroten van vaardigheden, verlichten of verrijken van taken, versterken van beschermende factoren en verminderen van stressoren en psychopathologie) (Slot & Spanjaard, 2003).

Bovenstaande punten komen overeen met de kenmerken van het pedagogisch basisklimaat zoals omschreven in de Richtlijn Residentiele Jeugdhulp: steun en responsiviteit, groei en ontwikkeling, structuur en leefregels, onderlinge interactie en atmosfeer (Knorth, 2005; Boendermaker et al. 2013; Van der Helm, 2011; Bruininks, 2006).

Met het kernconcept pedagogisch basisklimaat realiseert Asja m.n. de subdoelen:

- Het meisje is vanaf start opname fysiek veilig en beschermd door de veilige leefomgeving en het opstellen van een veiligheidsplan en -afspraken. Door de behandeling neemt ook emotionele veiligheid toe.
- Het misbruik is gestopt.

## **Factor Individuele kwetsbaarheid**

### **Kernconcept C: Inzet op persoonlijke ontwikkeling**

Veel meiden van Asja zijn als gevolg van negatieve ervaringen in hun jeugd en/of in relaties op latere leeftijd belemmerd in hun basisbehoeften en ontwikkeling; iets wat ze kwetsbaar maakt voor beïnvloeding door anderen. Het zorgprogramma zet daarom actief in op de persoonlijke ontwikkeling door zorg op maat.

Het inhoudelijke vertrekpunt voor persoonlijke ontwikkeling zijn de basisbehoeften van het meisje (Ryan & Deci, 2017): autonomie - competentie - verbondenheid. Uit onderzoek blijkt dat psychologische behoeftebevrediging samenhangt met een positief zelfbeeld en minder schaamte, een vlottere identiteitsontwikkeling en meer pro sociaal gedrag, veilige hechtingsrelaties waarbij een emotioneel beroep op de ander gedaan kan worden en meer reflectief of mindful functioneren biedt (in: Verstuyf, e.a. 2014).

Bevrediging van de basisbehoeften heeft een positief effect op het stoppen van misbruik en revictimisatie.

In het werken aan de basisbehoeften, het verminderen van klachten en het vergroten van weerbaarheid wordt bij alle meiden op maat ingezet op:

- autonome motivatie;
- ontwikkelingsopgaven;
- gedrag- en gezagsproblematiek;
- onderliggende problematiek zoals ontwikkelingsstagnatie, trauma, hechtingsproblematiek.

#### 1. Versterken van autonome motivatie

Een samenhangende aanpak van bovenliggende en onderliggende problematiek is nodig om groei mogelijk te maken en weerbaarheid of het voorkomen van revictimisatie te bevorderen. Het ontwikkelen van een moreel kompas (Assor, 2012) is nodig om 'nee' te

kunnen zeggen. Hiertoe is de autonome motivatie bij alle meiden van Asja van groot belang. Er is verschil in gecontroleerde (moeten) en autonome (willen) motivatie. Gecontroleerde motivatie noemen we 'moetivatie' en is meestal niet gekoppeld aan de basisbehoeften maar aan de externe druk iets aan de problemen te moeten doen (Verstuyf, e.a., 2014). Asja biedt gerichte aandacht voor de eigenheid van ieder meisje, voor haar competenties en haar wensen in relaties. Dit maakt het mogelijk dat zij autonoom gemotiveerd raakt voor behandeling en aan haar doelen kan werken. Dat geldt zowel voor het meisje als voor het systeem waar zij deel van uit maakt. De autonome motivatie wordt geprikkeld in een behoeftenondersteunende context (pedagogisch leef- en leerklimaat) met tegelijkertijd bijpassende inhoudelijke interventies (de 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> graadsstrategieën, zie Bijlage 2) en motiverende gespreksvaardigheden (Miller & Rollnick, 2007). De 2<sup>e</sup> graadsstrategieën gelden voor alle meiden, de 3<sup>e</sup> graadsstrategieën worden op maat ingezet, passend bij de behandellijn.

## 2. Werken aan ontwikkelingsopgaven

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

- Cognitieve ontwikkeling: zie kernconcept D: (trauma)sensitief onderwijs.
- Sociaal emotionele ontwikkeling: de doelgroep ervaart problemen in sociale interacties (Van der Helm, Matthys, et al., 2013) in contact met leeftijdsgenoten, m.b.t. competitie, t.a.v. autoriteiten en m.b.t. hulp vragen en hulp geven. Er wordt geïnvesteerd in het vergroten van de weerbaarheid en verbeteren van het zelfbeeld. Het versterken van de eigen weerbaarheid verlaagt de kans op misbruik (Vansteenkiste & Soenens, 2015). Behapbare, op succes gerichte leerdoelen in het behandelplan richten zich op het vergroten en versterken van die weerbaarheid in sociale interacties. Niet alle psychische klachten of -stoornissen kunnen genezen. Meiden kunnen wel leren er mee om te gaan en/of tijdig hulp in te roepen. Ook dat is weerbaar zijn. De psycho-educatiemodules (2<sup>e</sup> graadstrategie) bieden mogelijkheden voor sociale interacties en probleemoplossing voor alle meiden, daarnaast worden er behandelmodules (3<sup>e</sup> graadsstrategie) ingezet zoals schematherapie, VERStraining,
- Persoonsvorming: Persoonsvorming heeft de kernvragen van Van Os (2017) als uitgangspunt: wat is er met je gebeurd? wie ben je? wat zijn je sterke en zwakke kanten? wat wil je? waar wil je naar toe? hoe kan ik je daarbij helpen? Deze vragen lopen als een rode draad door alle interventies heen en worden op maat, per individueel meisje, ingevuld.

## 3. Vermindern van gedragsproblematiek - Pain-base behavior

Onderzoek toont aan dat het niet vervullen of frustreren van de basisbehoeften kan leiden tot een gebrek aan welbevinden, deviant gedrag en psychiatrische problemen (Vansteenkiste & Soenens, 2015; Vansteenkiste & Ryan, 2013). Veelal leidt dit tot compensatiegedrag of tot het voorop stellen van behoeftesubstituten (Deci & Ryan, 2000). Behoeftesubstituten zijn bedoeld om kortstondig het gevoel van behoeftebevrediging te realiseren door bijvoorbeeld doelen als imago, macht, materialisme en aantrekkelijkheid voorop te stellen. We zien dit bij de doelgroep Asja. Dit verdoven van of vechten tegen gevoelens kan echter op lange termijn (gedrags)problemen met zich meebrengen (Verstuyf et al., 2016).

Dit gedrag is echter een uiting van opeenstapeling van stress en heeft een directe verbinding met de traumagerelateerde ontwikkeling. Daarnaast heeft het 'probleemgedrag' de functie om de diep zittende psycho-emotionele pijn te verbergen /

te camoufleren: painbased behavior.

Anglin(2004) stelt dat painbased behavior door professionals niet altijd wordt begrepen waardoor sancties en repressie volgen op het problematische gedrag. Ook recent onderzoek (Ashleigh 2017) laat zien dat getraumatiseerde kinderen vaker een meer controlerende begeleidingsstijl bij opvoeders ontlokken.

Het zorgprogramma Asja investeert in een behoeftenondersteunend klimaat waarin vertrouwen kernwaarde is. Door dit klimaat, door motiverende gespreksvaardigheden (Miller & Rollnick, 2007) en door aan te sluiten bij haar basisbehoeften raakt de autonome motivatie geprikkeld. Dan kan behandeling (3<sup>e</sup> graadsstrategie) van onderliggende (trauma, ontwikkelingsstagnatie, hechtingsproblematiek) en bovenliggende problematiek (gedragsproblemen) werkelijk resultaat krijgen.

De cognitieve gedragstherapie (CGT) en Dialogische Gedragstherapie (DGT) bieden de meest effectieve mogelijkheden gericht op het ontwikkelen van adequaat gedrag (Lipsey, 2009; Konijn, 2003; Linehan, 2016). Ook de Richtlijn ernstige gedragsproblemen noemt CGT als van belang. M.b.v. CGT worden irrationele cognities (bijvoorbeeld 'ik ben niets waard'), bijgesteld en leren de meiden constructieve en reële cognities aan. Dat gebeurt binnen de individuele en groepstherapieën (3<sup>e</sup> graadsstrategie) maar ook in de contacten van de mentoren met de meiden en de meiden onderling in de groep (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> graadsstrategie).

#### 4. Behandeling van onderliggende problematiek

Het verminderen van / het kunnen omgaan met de psychiatrische en/of (complexe) traumaproblematiek vermindert het risico op geweld en misbruik.

- Trauma: Voor getraumatiseerde kinderen/jongeren is het essentieel dat de leefomgeving veilig is, structuur biedt, voorspelbaar is en zorgzaam; dat werkt stabiliserend. Uit Nederlands en buitenlands onderzoek (De Vereniging EMDR Nederland, 2012) blijkt dat EMDR een effectieve behandelmethode 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). De commissie Azough benoemt de goede resultaten van cognitieve gedragstherapie en een multidimensionaal model bij de behandeling van meisjes met een PTSS als gevolg van seksueel misbruik (Azough, 2014).

Deze therapieën worden - soms in combinatie en altijd op indicatie - ingezet in het zorgprogramma Asja. De motivatie voor wanneer welke module wordt in het MDO genomen en is uitgewerkt in Bijlage 2.

In principe wordt traumatherapie zo snel mogelijk ingezet. Het belang van eerst volledige stabilisatie voorafgaand aan traumatherapie is inmiddels omstreden omdat overtuigend bewijs ontbreekt (Bicanic et al, 2015a, 2015b). Door zo snel mogelijk te starten met een traject ITB wordt stress verlaagd wat mogelijkheden biedt voor verdere therapie, onderwijs, maatschappelijke participatie. ITB maakt gebruik van de gangbare evidence based therapieën bij PTSS, vaktherapie en gerichte sportactiviteiten maar dan in zeer intensieve vorm gedurende 4 weken met uitloop tot 8 weken.

Het zorgprogramma Asja is multidimensionaal: de holistische visie impliceert de focus op hulpverlening, onderwijs en maatschappelijke participatie.

- Hechting: Onveilige gehechtheidsrelaties ontstaan door frustratie van basisbehoeften en 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). De meiden van Asja hebben veelal 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 op maat (3<sup>e</sup> graadsstrategie) concentreert zich op het doorbreken van de negatieve spiraal en het vormen van nieuwe cognities die een constructief intern werkmodel en groei bevorderen.

Het NJI noemt voor wat betreft hechting als voorwaarde dat het kind een emotioneel beschikbare persoon heeft 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 systeembehandeling en van de inzet van belangrijke anderen zoals de werkrelatie met de mentor, (hernieuwde) contacten met familie, vrienden en/of langdurige contacten met maatjes.

- Andere (psychiatrische) problematiek. Onderzoek (Anglin, 2014) heeft laten zien dat veel jongeren in de residentiële zorg willen dat hun leven zo normaal mogelijk is of zo normaal mogelijk voelt. Tegelijkertijd hebben jongeren in residentiële instellingen speciale en individuele behoeften (Ward, 2004). Zij hebben vaak veel meegemaakt en als gevolg daarvan veel psychosociale/psychiatrische problemen. Het creëren van een normaal dagelijks leven (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> graadsstrategie) wordt daarom binnen Asja in evenwicht gebracht met de behandeling van de individuele en systeemproblematiek (3<sup>e</sup> graadsstrategie). Er wordt leeftijdsadequaat opgevoed; meiden gaan gewoon naar school, waar mogelijk extern, ze hebben contacten met familie en gezonde netwerken, ze gaan op verlof wanneer dat mogelijk is. Daarnaast volgen zij (intensieve en op maat) individuele, groeps- en systeembehandeling en leren constructief gedrag aan in hun contacten met professionals en groepsgenoten. Deze combinatie en de integrale aanpak maken het mogelijk om de actuele én de onderliggende problematiek in samenhang aan te pakken én tevens te normaliseren.

Met het kernconcept Persoonlijke ontwikkeling realiseert Asja m.n. de subdoelen:

- De klachten t.a.v. de problematiek (trauma, hechting, en eventueel gedrags- en/of psychi(atri)sche problematiek) zijn afgenomen door de (trauma)behandeling. Traumabehandeling is effectief in de verwerking van trauma / de vermindering van stress. Hierdoor is ruimte ontstaan voor andere vormen van behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie waardoor autonomie en zelfwaardering zijn toegenomen en competenties en regulatievaardigheden zijn versterkt.
- Het meisje kan keuzes maken die risico's op grensoverschrijding richting haar voorkomen of verkleinen. Zij kan inschatten waar zij hulp bij nodig heeft en kan deze hulp ook vragen.
- Het meisje participeert adequaat in de samenleving – school, werk, leefomgeving. Zij heeft (reëel zicht op) een startkwalificatie dan wel positie op de arbeidsmarkt.

## **Gezinsfactoren- en Netwerfactoren**

### **Kernconcept E: Systeemgericht werken**

Systeemgericht werken wordt op verschillende manieren vorm gegeven:

- De systeemgerichte psycho-educatiemodulen voor alle meiden (2e graadstrategie). M.b.v. de interventies in deze modulen worden de meiden zich meer dan voorheen bewust van de waarde van hun contacten en hun wensen en grenzen in contacten op de groep en in vriendschappen. Pestervaringen worden binnen deze modulen besproken en zijn onderdeel van het behandelplan. Het vergroten van kennis en bewustwording, psychoeducatie, is een werkzaam element van cognitieve gedragstherapie. Psycho-educatie is een belangrijk onderdeel in alle richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/>

- Ouders als partner in de samenwerking (2e en 3e graadsstrategie). De ouder-dochterrelatie is vaak niet goed wanneer meiden worden opgenomen: 75% (n=91) van hen ervaart problemen in het gezin. Tevens zien we ouders die onvoldoende opvoedingsvaardigheden hebben en/of zelf (meervoudige) problematiek ervaren. Van die laatste groep heeft een deel zelf ook te maken gehad met geweld in afhankelijkheidsrelaties in de eigen jeugd (van Dijke e.a., 2012).  
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).  
Vanuit systeem perspectief heeft het geen zin om alleen naar individuele 'gedragsproblemen' of naar 'diagnoses' te kijken. Het gaat binnen de context om de balans tussen draagkracht en draaglast, om de balans tussen aanleg, sociale omgeving, sociale relaties en individuele en systeemveerkracht. Anders is het risico aanzienlijk dat successen op het ene terrein onderuit worden gehaald door problemen op het andere terrein (Bakker, 1998).  
Systeemgericht werken is in het verkleinen van risicofactoren, het voorkomen van recidive en het herstel van relaties daarom een belangrijke pijler binnen het zorgprogramma. Vanuit de systeemvisie wordt gezien in welke context de problemen, vragen en mogelijkheden ontstaan en zich ontwikkelen. Ouders, gezin, familie, vrienden, nieuwe relaties zijn een belangrijk onderdeel van de hulpverlening. Ouders worden gezien als belangrijke samenwerkingspartner binnen de gehele behandeling. Ook de richtlijn residentiele jeugdhulp beveelt de samenwerking met ouders aan <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/residentiele-jeugdhulp/samenwerken-met-ouders/ouderlijke-verantwoordelijkheid/> .
- Binnen het systeemgerichte werken wordt ingezet op opvoedingsondersteuning en systeembehandeling (3e graadsstrategie):
  - Begeleiding van ouders kan helpen bij opvoedingsvraagstukken (Van der Pas, 2009, Dixon, Browne & Hamilton-Ciachristis, 2009; Browne, Hamilton-Ciachristis & Vettor, 2007). Er wordt ingezet op het versterken van de opvoedingsvaardigheden van de ouder, op het constructief innemen van de ouderlijke gezagspositie en op het ontwikkelen van beschikbaarheid en een responsieve houding.
  - De systeembehandeling beschikt over (transculturele) interventies waarin zowel ouders als jongeren samen kunnen komen tot een nieuwe context (hercontextualisering) waarin ruimte is voor individuele- en systeem wensen, voor waarden en normen, gezins- en familiegeschiedenis (Jessurun in Savenije et al., 2010; Tjin a Djie & Zwaan, 2007). Vanuit de meerzijdige partijdige houding van de systeemtherapeut worden zowel de perspectieven van ouders als van het meisje belicht en wordt gewerkt aan een nieuwe context. Vanuit deze nieuwe context ontstaan mogelijkheden de actuele en onderliggende problematiek aan te pakken met specifieke aandacht voor basisbehoeften, ontwikkelingsvragen, loyaliteiten en oplossingsstrategieën zodat destructieve interactiepatronen kunnen worden omgezet in constructieve.  
Interventies binnen de systeembehandeling kunnen zich naast de familieleden op belangrijke personen in het netwerk / de sociale omgeving richten. Een belangrijke steunfiguur in de omgeving van het meisje kan relationele steun bieden en heeft bovendien een functie als rolmodel. (Beam, Chen, & Greenberger, 2002). Onderzoek laat zien dat steunfiguren een positieve invloed hebben op het gedrag van een jongere (Scholte, Van Lieshout, & Van Aken, 2001). Door deze invloed wordt weerbaarheid en zelfredzaamheid vergroot en daarmee de kans op terugval in het foute circuit verkleind (Van der Laan & Blom, 2006). Wanneer een meisje op (weekend)verlof gaat worden er door de systeemtherapeut samen met haar, met ouders/belangrijke anderen afspraken gemaakt m.b.t. veiligheid, invulling van netwerkcontacten.



Binnen de systeemgerichte interventies hebben eigen oplossingen van de meiden en hun ouders een belangrijke plaats. 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).

Doorbreken intergenerationele overdracht

Vanuit de sociale leertheorie, hechtings-/ emotionele veiligheidstheorieën en traumatheorieën kan de intergenerationele overdracht van geweld verklaard worden (Steketee, 2017).

Het hebben van een sociaal netwerk en steunsysteem en een ondersteunende partner kunnen helpen bij het doorbreken van de intergenerationele overdracht van geweld (Lünnemann & Pels, 2013; Pels e.a., 2011). De systeembehandeling bij Asja richt zich daarom o.a. op de familiegeschiedenis (m.b.v. het genogram) en de betekenis en herstel van de relaties in gezin, familie en netwerk. Er is ruimte voor ieders perspectief waarin duidelijk is dat geweld wordt afgewezen maar waarin aandacht is voor generatieoverdracht en –patronen en voor beïnvloedende factoren (zoals sociaal economische positie, armoede en schuld, psychiatrische problematiek bij ouders). Daarnaast is er ruimte aandacht voor de vaak verstoorde relatie tussen het meisje en haar ouders door haar vaak langdurige contacten / afhankelijkheid van het foute netwerk / mensenhandelaar.

Soms was het ook niet veilig in het gezin door grensoverschrijdend gedrag binnen gezin / familie. En/ouders hebben vaak van alles geprobeerd om te voorkomen dat hun dochter in het foute netwerk zou belanden maar het is hen niet gelukt. Naast het creëren/ waarborgen van veiligheid in het gezin is het opbouwen van vertrouwen een belangrijk onderdeel van de therapie.

Sommige ouders hebben ook zelf traumatische ervaringen in hun jeugd en/of relaties opgedaan hetgeen van invloed is op de ontwikkeling van hun dochter (en andere kinderen in hun gezin) (Van Grinsven & Holdorp, 2015). Met deze ouders wordt gekeken wat zij nodig hebben om stress te verminderen en/of er wordt samengewerkt met hun behandelaar elders. Soms hebben ouders (deels) het gezag over hun kind verloren en is er sprake van een gezinsvoogd/ voogdij. Er wordt dan samengewerkt met de professionals maar de biologische ouders worden voor zover mogelijk betrokken waar zinvol. Het concept High Care & High Intensive Safety heeft als uitgangspunt dat een meisje weer dochter kan zijn en ouders veilige ouders; de inzet van de systeembehandeling is dat ouders (weer) ouders zijn waar het kan – er wordt gefocust op de basisbehoefte aan verbinding. Daar waar ouders geen/ verminderd ouders kunnen zijn, bijvoorbeeld door hun eigen psychiatrische problematiek, wordt gekeken naar hoe de contacten zo constructief mogelijk kunnen verlopen en welke steunfiguren meer betrokken kunnen worden.

Ten slotte hebben ouders baat bij therapeutische behandeling om de gevolgen van hun eigen ervaringen in de kinderjaren te kunnen verwerken (Egeland, Bosquet & Chung, 2002). Ook zijn kinderen gebaat bij therapeutische behandeling om de traumatische ervaringen te verwerken en om het proces van intergenerationele overdracht te stoppen.

In de aanpak van het zorgprogramma vinden systeem-, groeps- en individuele interventies plaats in een integrale behandelingslijn. Dat wat in de individuele- en

groepsbehandeling naar voren komt wordt, wanneer van betekenis, meegenomen in de systeembehandeling en vice versa.

Met het kernconcept Systeemgericht werken realiseert Asja m.n. de subdoelen:

- Het meisje is vanaf start opname fysiek veilig en beschermd door de veilige leefomgeving en het opstellen van een veiligheidsplan en -afspraken. Door de behandeling neemt ook emotionele veiligheid toe (Struik, 2012).
- Het misbruik is gestopt.
- De klachten t.a.v. de problematiek (trauma, hechting, en eventueel gedrags- en/of psychi(atr)ische problematiek) zijn afgenomen door de (trauma)behandeling. Traumabehandeling is effectief in de verwerking van trauma / de vermindering van stress. Hierdoor is ruimte ontstaan voor andere vormen van behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie waardoor autonomie en zelfwaardering zijn toegenomen en competenties en regulatievaardigheden zijn versterkt.
- De systeeminteracties zijn verbeterd (ouders zijn meer responsief, er is overeenstemming tussen ouders en meisje over reële grenzen, de gezinscommunicatie is verbeterd. De generatieproblematiek is doorbroken en/of het meisje heeft een steunend netwerk (dat haar beschermt waar nodig).
- Het meisje kan keuzes maken die risico's op grensoverschrijding richting haar voorkomen of verkleinen. Zij kan inschatten waar zij hulp bij nodig heeft en kan deze hulp ook vragen.

Door de interventies wordt indirect ook geringe autonome motivatie en adequaat gedrag versterkt; immers het meisje voelt zich gesteund en heeft daardoor belang bij adequaat gedrag – er bij willen horen.

## **Maatschappelijke factoren**

### **Kernconcept D: (Trauma)sensitief onderwijs, leerklimaat en werk**

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

Trauma uit zich o.a. in verminderd cognitief functioneren (zoals IQ (Ryan & Deci, 2017), geheugen, concentratie) en sociaal emotioneel functioneren (zoals agressie, angstklachten, laag zelfbeeld) en heeft direct invloed op zelfregulatie, gedrag en prestaties in de klas. Prestaties van leerlingen kunnen enorm fluctueren, in zichzelf, tussen leerlingen onderling, maar ook van dag tot dag. De concentratieboog van de meiden kan kort zijn en ze hebben geregeld extra ondersteuning nodig. Dit kan o.a. komen doordat traumatische ervaringen zorgen voor toxische stress, wat een negatieve impact kan hebben op de ontwikkeling van executieve functies (o.a. overzicht houden, aandacht vasthouden) en het geheugen (Coppens, Schneijderberg, & van Kregten, 2016). Ook kunnen zintuigelijke prikkels (bv geluiden, beelden) voor getraumatiseerde leerlingen (onbewust) hetzelfde overweldigende gevoel geven als tijdens de traumatische gebeurtenis. Deze "triggers" veroorzaken dat het stressniveau omhoog gaat, waardoor het gedrag van een leerling zomaar kan veranderen (Coppens, Schneijderberg, & van Kregten, 2016).

Uit onderzoek blijkt bovendien dat het voor docenten moeilijk is les te geven aan jongeren binnen een residentiele setting. Er is het risico dat docenten minder ondersteuning gaan geven bij gedragsproblemen en op een bepaald moment het lesgeven opgeven (transactionele processen, Sameroff, 2009). Een ander risico is dat docenten disfunctionele schema's toepassen die kunnen bijdragen aan uitsluiting in het onderwijs; 'Pygmalion effect'. Deze negatieve processen staan haaks op een positief leerklimaat met constructieve interacties tussen docenten en jongeren en jongeren onderling (Anderson, 1970; 1982).

Een stimulerend leerklimaat (1<sup>e</sup> graadsstrategie) met een constructieve groepsdynamiek (2<sup>e</sup> graadstrategie) is daarom belangrijk (van der Helm, Bekken, Doornbos, 2018). Daarnaast zijn hoop en perspectief cruciale elementen van een positief leerklimaat. Deze elementen leveren een belangrijke bijdrage aan behandelmotivatie (Van der Helm, Wissink, de Jongh, & Stams, 2013) en kunnen zelfs doorslaggevend zijn in behandeling (Van der Helm, Stams, & van der Laan, 2011).

Om gedrag goed te kunnen duiden en om een veilig, en stimulerend leerklimaat te creëren is het daarom nodig dat docenten gedrag kunnen plaatsen vanuit de traumabril. De docent is dan in zijn/haar professionaliteit de kalme en betrouwbare volwassene die het meisje de kans geeft te herstellen, weer te geloven dat ze er mag zijn en te ervaren dat andere mensen niet allemaal gevaarlijk zijn (Horeweg, 2018).

Zij weten dat jongeren met een PTSS problemen laten zien in de executive functies (Polak, Witteveen, Reitsma, & Olff, 2012). Ze helpen de meiden bij het versterken van hun executieve functies als plannen, strategieën bedenken, starten met een taak, een stapsgewijze aanpak volgen, effectief reageren op problemen en veranderingen, impulsen beheersen en ondertussen het einddoel in de gaten houden (Cooper-Kahn & Foster, 2014). Zij bieden onderwijs op maat (2<sup>e</sup> graadstrategie) en werken daartoe intensief samen met mentoren, en met leermeesters vanuit de afdeling participatie. Docenten krijgen bovendien een training in (trauma)sensitief onderwijs.

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

- kleine groepen met veel persoonlijke aandacht (Boendermaker et al., 2013). De meiden hebben les met hun groep maar krijgen individueel onderwijs omdat ieder een ander niveau heeft. Er wordt door alle docenten groot belang gehecht aan de stimulerende, positieve werkrelatie met de meiden.
- 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). Het goede en stimulerende leerklimaat is hierin erg belangrijk, net als docenten die gedragsuitingen kunnen duiden naar traumaklachten.
- 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 vervolgoopleidingen leren ze deze (zelf)waarde wel te zien. Het versterken van geloof in eigen competenties, vergroot het plezier in onderwijs (Bandura, 1993). Het mbo onderwijs van de Fierschool is praktijkgestuurd waardoor de meiden in de praktijk ervaring opdoen en leskrijgen. Dat betekent dat ze actief zijn en snelle resultaten zien. <https://www.frieslandcollege.nl/ons-onderwijs/praktijkgestuurd-leren>
- 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). Ouders van meiden van Asja zijn over het algemeen positief over het feit dat hun kinderen goed onderwijs

kunnen volgen c.q. hun opleiding kunnen vervolgen. Zij worden actief betrokken bij het onderwijsproces. Ook vanuit systeemtheoretisch perspectief worden ouders betrokken:

- een meisje én haar ouders zijn vaak trots op de ontwikkeling die ze laat zien; het verbindt;
- ouders kunnen een ondersteunende en stimulerende rol innemen t.a.v. het onderwijs van hun dochter. Zij nemen daarin (weer) de gezonde ouderrol op zich, het meisje voelt de betrokkenheid van haar ouders en ook dat verbindt.

### 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).

Een toekomstperspectief én goede ervaringen in arbeidssituaties worden door Asja gezien als motiverend voor de behandeling én als middel om terugval te voorkomen. Immers met een goed perspectief op vervolgonderwijs en/of werk neemt zelfvertrouwen toe waardoor er minder de neiging is om contact te zoeken met een fout netwerk. Onderzoek bevestigt dat werk mensen ook gezond maakt, gezond houdt of bevorderend is in de behandeling (Koolenberg, 2009; Schat, e.a., 2013).|

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.

### Met het kernconcept (trauma)Sensitief onderwijs, leerklimaat en werk realiseert Asja m.n. de subdoelen:

- Het meisje is vanaf start opname fysiek veilig en beschermd door de veilige leefomgeving en het opstellen van een veiligheidsplan en -afspraken. Door de behandeling neemt ook emotionele veiligheid toe (Struik, 2012).
  - De klachten t.a.v. de problematiek (trauma, hechting, en eventueel gedrags- en/of psychi(atri)sche problematiek) zijn afgenomen door de (trauma)behandeling. Traumabehandeling is effectief in de verwerking van trauma / de vermindering van stress. Hierdoor is ruimte ontstaan voor andere vormen van behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie waardoor autonomie en zelfwaardering zijn toegenomen en competenties en regulatievaardigheden zijn versterkt.
  - Het meisje kan keuzes maken die risico's op grensoverschrijding richting haar voorkomen of verkleinen. Zij kan inschatten waar zij hulp bij nodig heeft en kan deze hulp ook vragen.
  - Het meisje participeert adequaat in de samenleving – school, werk, leefomgeving. Zij heeft (reëel zicht op) een startkwalificatie dan wel positie op de arbeidsmarkt.
- Door de ontwikkeling in onderwijs worden indirect ook gezins-, netwerk- en maatschappelijke factoren beïnvloed.

### **Kernconcept F: Opdoen van succeservaringen en kansen creëren, binnen en buiten Asja (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> graadsstrategie)**

Uit onderzoek blijkt (Abdallah, Kooijmans, Sonneveld, 2016) dat het opdoen van succeservaringen belangrijk is. Successen bieden bevrediging en motiveren tot meer en/of verdieping. Succeservaringen helpen om negatieve en destructieve overtuigingen om te buigen in positieve en constructieve overtuigingen.

Het opdoen van succeservaringen binnen en buiten Asja is daarom een belangrijk onderdeel binnen het zorgprogramma. Het pedagogisch basisklimaat, de werkrelatie met

de professionals, de (systeem)behandeling, de contacten buiten Asja creëren hiertoe de mogelijkheden.

De kwaliteitscriteria residentiele jeugdzorg (de Lange, Chênevert, 2011) benoemt het belang van een zo normaal mogelijk leven zoals deelname aan een sportclub en het hebben van vrijetijdsbesteding, en het ondersteunen bij onderwijs en vrijetijdsbesteding. Algemeen gesproken heeft maatschappelijke participatie een positief effect op de psychische gezondheid van mensen. En hoe volwaardiger hun participatie, des te hoger het effect (Schuring, e.a., 2016 in Weeghel & Michon, 2018). Participatie bevordert tevens het voorkomen van destructieve contacten op de groep.

Ook Durrant (2006) en Bartelink (2013) pleiten voor het ontwikkelen van competenties en gezonde verhoudingen zodat ouders en jongeren adequaat deel nemen aan de samenleving. Onderzoek laat verder zien dat langdurige werkloosheid doorgaans nadelig is voor de lichamelijke en psychische gezondheid van mensen en dat weer aan het werk komen of gaan juist leidt tot verbetering van algemene en geestelijke gezondheid (Bouwman e.a., 2015; Gold e.a., 2014; Verbeek & Smits, 2011; Waddell & Burton, 2006).

Fier kent daarom een afdeling maatschappelijke participatie die zich ook richt op de doelgroep Asja. Er zijn diverse mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving. Een meisje wordt gekoppeld aan geselecteerde vrijwilligers die activiteiten met hen ondernemen en dienen als rolmodel. Daarnaast zijn er projecten en activiteiten gericht op maatschappelijke participatie en talentontwikkeling zoals Fier in de Wereld, theater, kunst, muziek zodat de meiden zich participant voelen in de samenleving. De geselecteerde vrijwilligers bieden tevens motivatie en ondersteuning om de onderwijscarrière voort te zetten, ook buiten Asja. Doel is het meisje beter te laten functioneren in het dagelijks leven en haar zelfredzaamheid te vergroten; het is deel van de vervolgzorg. Amerikaans onderzoek laat zien dat de leerlingen die deelnamen aan een dergelijke maatjesprogramma's minder verzuimden op school, hogere cijfers haalden, minder agressief waren en minder alcohol en drugs gebruikten (DuBois, Holloway, Valentine & Cooper, 2002).

Actief zijn in sport is een belangrijk onderdeel in het zorgprogramma. Zo is sport van belang in het ontwikkelen van positief gedrag en helpt stress en frustratie te verminderen (Zoon & Trompeter, 2012). Alle meiden krijgen vanaf begin opname een movementtraject van 10 weken waarin hun conditie wordt verbeterd. Daarna worden zij lid van een sportclub naar individuele keuze of, als hun veiligheid dat nog niet toelaat, sporten zij intern. Er zijn sportmogelijkheden binnen de interne locaties van Fier.

Maatschappelijke participatie past binnen de holistische visie van het zorgprogramma en bij de visie op positieve gezondheid (Huber, 2014, 2016).

Het opdoen van successen laat een meisje ervaren dat ze er toe doet, dat ze iets kan en kan bereiken; dus dat er perspectief is in contacten, onderwijs en werk. In het kader van het ontwikkelen van adequaat gedrag, het omgaan met sociale probleemsituaties, in persoonsvorming en het vergroten van weerbaarheid is het cruciaal dat meiden de gelegenheid krijgen om hun wereld te vergroten, te ontdekken wat er in de wereld te koop is en wat er bij hen past, waar ze goed in zijn en wat ze leuk vinden.

Maatschappelijke participatie, sport, talentontwikkeling, het volgen van cursussen, het bezoeken van bedrijven, contacten met maatjes zijn daarom niet alleen 'leuk' maar ook een noodzakelijk onderdeel van de behandeling en zijn van invloed op haar (autonome) motivatie voor behandeling met als effect dat de cyclus van revictimisatie en hertraumatisering kan worden doorbroken.

Met het kernconcept Opdoen van succeservaringen en kansen creëren realiseert Asja m.n. de subdoelen:

- De klachten t.a.v. de problematiek (trauma, hechting, en eventueel gedrags- en/of psychi(atri)sche problematiek) zijn afgenomen door de (trauma)behandeling. Traumabehandeling is effectief in de verwerking van trauma / de vermindering van stress. Hierdoor is ruimte ontstaan voor andere vormen van behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie waardoor autonomie en zelfwaardering zijn toegenomen en competenties en regulatievaardigheden zijn versterkt.
- Het meisje kan keuzes maken die risico's op grensoverschrijding richting haar voorkomen of verkleinen. Zij kan inschatten waar zij hulp bij nodig heeft en kan deze hulp ook vragen.
- Het meisje participeert adequaat in de samenleving – school, werk, leefomgeving. Zij heeft (reëel zicht op) een startkwalificatie dan wel positie op de arbeidsmarkt.
- Het meisje heeft na de behandeling bij Asja een veilige woonplek: bij ouders/familie, zelfstandig of in een voorziening (bijvoorbeeld begeleid of beschermd wonen, gezinshuis, een zorginstelling elders).

## 4. Onderzoek

**Dijke, A. van, Lamers-Winkelmann, F., Talhout, M., Terpstra, L., Werson, S., Wind, A.de (2012). *Wie zijn de meiden van Asja? De gang naar de jeugdprostitutie*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.**

Onderzoek naar de achtergrond, problematiek en hulpverlening van de meiden die zijn opgenomen bij Asja. Een kwalitatief onderzoek aangevuld met kwantitatieve data d.m.v. vragenlijsten. De publicatie beschrijft de ervaringen van 13 jaar Asja, de opgebouwde expertise en de ervaren dilemma's. de vraag 'Wie zijn de meiden van Asja' wordt vanuit verschillende perspectieven beantwoord. Aanleiding voor de publicatie was een dossieronderzoek door de onderzoeksgroep van Fier, gericht op het verkrijgen van inzicht in de achtergrond van de doelgroep. Enkele gegevens:

De gemiddelde leeftijd bij opname is 17.4 jaar (N=104).

Enkele aanmeldredenen zijn (n=103): dreiging slachtoffer te worden van een mensenhandelaar (16%), verhouding (gehad) met een mensenhandelaar (35%), gedwongen prostitutie (37%).

75% (n=91) heeft problemen binnen het gezin, 43% (n=73) heeft geen positieve ervaring in de 1<sup>e</sup> relatie.

37% (n=37) heeft schulden en 52% (n=71) heeft een problematische omgang met geld.

De meiden geven een veelheid aan klachten aan bij opname. We noemen enkele:

lichamelijke klachten (88%), angst/paniek (77%), nachtmerries (74%), minderwaardigheidsgevoelens (67%), concentratieproblemen (63%), agressief gedrag (58%), zelfmoordgedachten (56%), automutilatie (44%), dissociatie (31%).

57% (n=104) heeft problemen gebonden aan de sociale omgeving, 71 % heeft problemen binnen de primaire steungroep.

De doelgroep scoort hoog zeer hoog op de vragenlijsten SCL-90 (n=40) en NVP-2 (n=46) in vergelijking tot een psychiatrische normgroep.

De publicatie stelt als uitdaging verder te onderzoeken wat wel en niet bijdraagt aan effectieve zorg op lange termijn. Onderliggend is de wens duurzame zorg te ontwikkelen en daarom te onderzoeken hoe het met de meiden gaat na de behandeling en of het hen lukt een stabiel leven op te bouwen. Vanuit deze onderzoeksvraag is de publicatie 'Fier en verder' ontstaan.

**Werson, S., Lamers-Winkelmann, F., Pers, M. van der, Dijke, A. van (2015). *Fier en verder. Meiden over hun leven na de hulpverlening*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.**

Onderzoek naar de langere termijn effecten van behandeling bij Fier bij 33 meiden tot max 2 jaar na opname. Een gecombineerd kwalitatief en kwantitatief onderzoek (afname van vragenlijsten en semigestructureerde interviews). Van de 33 meiden behoorden 9 meiden tot de doelgroep van Asja. 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 Asja:

-belastende ervaringen (ACE's): seksueel misbruik 100%, fysiek geweld gezin 67%, psychisch geweld gezin 44%, fysieke verwaarlozing gezin 22%, emotionele verwaarlozing gezin 33%, gescheiden ouders 56%

-56% voelde zich veilig tijdens verblijf; 67% ervaart systeembehandeling als een positieve bijdrage in de relatie met de ouders alhoewel slechts 22% tevreden is over de betrokkenheid van de ouders.

Wat betreft het onderwijs: 77% heeft tijdens verblijf een certificaat of vak binnen het onderwijs behaald, 11% behaalde een diploma.

-na opname had 0% ten tijde van het interview (gemiddeld 16.9 maand na vertrek Fier) alleen fysiek geweld ervaren, 11% had opnieuw seksueel geweld ervaren en 11% had seksueel geweld ervaren in combinatie met fysiek geweld. 96% had een PTSS bij start

opname; dat was nog (of opnieuw) zo bij 40% tijdens het interview. De onderzoekers concluderen o.a. dat vervolgzorg essentieel is voor duurzame zorg en het voorkomen van revictimisatie. Vervolgzorg is inmiddels onderdeel van de behandeling. Er is tevens een vervolgzorgapp.



## 5. Samenvatting Werkzame elementen

### Organisatorisch

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

### Inhoudelijk

- Het zorgprogramma vindt plaats binnen het concept van specifieke veiligheid, specifieke behandeling en intensief onderwijs: High Safety & High Intensive Care & Intensive Education. Veiligheidsrisico's worden zorgvuldig getaxeerd en geanalyseerd.
- Behandeling richt zich zowel op actuele als onderliggende problematiek.
- Zorg op maat, passend bij het unieke beeld van het meisje.
- Integratie van verschillende perspectieven: veiligheid, trauma, ontwikkeling, veerkracht/ weerbaarheid, systeem, cultuur, toekomst.
- Een duidelijke dagstructuur.
- Verbinding van normaal dagelijks leven aan specifiek passende behandeling.
- De werkrelatie met de mentor als veilig basis.
- Visie op en realisatie van een veilig en motiverend pedagogisch basisklimaat waarin behandelend wordt opgevoed.
- Het stimuleren van autonome motivatie in relatie tot het opheffen / verminderen van de frustratie in psychologische basisbehoeften en ontwikkelingsstagnatie en daardoor het versterken van zelfbeeld en weerbaarheid.
- De zelfdeterminatietheorie als basis in behandeling, onderwijs, maatschappelijke participatie.
- De diversiteit aan (evidence based) behandel mogelijkheden op individueel, groeps- en systeemniveau en de bijpassende deskundigheid.
- De samenhang in 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> graadsstrategie: pedagogisch basisklimaat, algemene groepsinterventies en psycho-educatiemodulen en individuele-, groeps- en systeembehandeling op indicatie en op maat.
- De inzet van evidence based interventies voor het verminderen van gedragsproblemen, psychiatrische problematiek, traumaproblematiek en hechtingsstoornissen.
- De systeemgerichte aanpak waarin ouders een belangrijke positie hebben en waarin samengewerkt wordt met belangrijke anderen.
- Het veilige, passende en stimulerende (trauma)sensitieve interne onderwijs.
- Visie op, aandacht voor het opdoen van succeservaringen.
- De holistische visie en daarbinnen de vele mogelijkheden van maatschappelijke participatie.
- Sport als middel tot het leren van adequaat gedrag, het opdoen van succeservaringen, verbeteren van het zelfbeeld.
- De reflectieve en cultureel sensitieve professionals.
- Een zorgvuldige overgang van Asja naar vervolgzorg.

### Praktisch

- Integrale samenwerking intern en focus op goede samenwerking met hulpverlening extern / thuissituatie.

- Het zorgprogramma kent een duidelijke opbouw en kent een dynamische fasering: veiligheid, stabilisatie en normalisatie, verwerking/behandeling, integratie, uitstroom/vervolgzaam.
- Het Trauma Assessment Pathway (TAP model) biedt goede diagnostiekmogelijkheden bij complex trauma.
- Behandeling, onderwijs en maatschappelijke participatie kunnen volwaardig intern geboden worden.
- De interne mogelijkheden van beschermd en begeleid wonen.
- Goede samenwerking met de politie en het OM.
- Goede samenwerking met regulier onderwijs en werkgevers in de regio.
- Jaarlijks onderzoek leef- en leerklimateit.
- Onderzoek naar de effecten van het zorgprogramma.
- Een eigen onderzoeksgroep en onderzoek en samenwerking met de kennisinstellingen in Nederland.

## 6. Aangehaalde literatuur

- Abdallah, S., Kooijmans, M. & Sonneveld, J. (2016). Talentgericht werken met kwetsbare jongeren. *Ontwikkelwerk, erkenningswerk, verbindingswerk*. Bussum: Coutinho.
- Anderson, G. J. (1970). Effects of classroom social climate on individual learning. *American Educational Research Journal*, 7, 135-152.
- Anderson, J. R. (1982). Acquisition of cognitive skill. *Psychological Review*, 89, 369-406
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct (Fifth Edition)*. New Providence, NJ: Matthew Bender & Company Inc.
- Anglin, J.P (2014). Pain, normality, and the struggle for congruence: Reinterpreting residential care for children and youth. Oxford: Routledge.
- Anglin, J. (2004). Creating "well functioning" residential care and defining its place in a system of care. *Child and Youth Care Forum*, 33(3), 175-192.
- Ankarsater, H., Nilsson, T., Stahlberg, O. Gustafson, M. Saury, J.M., Rastam, M., and Gillbergh, C. (2007). Prevalences and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents. *Developmental Neurorehabilitation*. 10, 57-65.
- Ashleigh, I., Hodge, Jamie, R., Yoder (2017). *The Relationship Between Abusive Experiences and Staff Controls in Juvenile Correctional Facilities: The Mediating Effects of Externalizing Behavior*. Criminal Justice & Behavior.
- Assor, A. (2012). Allowing choice and nurturing an inner compass: Educational practices supporting students' need for autonomy. In S.L. Christenson, A.L. Reschly & C. Wylie (Red.), *Handbook of research on student engagement* (pp. 421-439). New York: Springer.
- Azough, N. (2014). *Hun verleden is niet hun toekomst. Actieplan Aanpak meisjesslachtoffers van loverboys/ mensenhandel in de zorg voor jeugd* . Utrecht: NJI.
- Baat, M. de, Messing, C, Prins, D. (2014). *Wat werkt bij schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten?* Utrecht: NJI.
- Bakker, I., Bakker, C., Van Dijke, A. & Terpstra, L. (1998). O&O in perspectief (p.21). Utrecht: NIZW.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. In *Educational Psychologist*, 28, 2, 117-148.
- Banerjee, R. & Dittmar, H. (2008). Individual differences in children's materialism: The role of peer relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 17-31.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt. Oplossingsgerichte therapie?* Utrecht: NJI.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt. Motiverende gespreksvoering?* Utrecht, NJI.
- Bartholomew, K.J., Ntoumanis, N., Ryan, R.M., Bosch, J.A., & Thogersen-Ntoumani, C. (2011). Self-determination theory and diminished functioning: The role of interpersonal control and psychological need thwarting. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37, 1459-1473.
- Bartholomew, K.J., Ntoumanis, N., Ryan, R.M., & Thogersen-Ntoumani, C. (2011). Psychological need thwarting in the sport context: Assessing the darker side of athletic experience. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, 75-102.
- Beam, M. R., Chen, C., & Greenberger, E. (2002). The nature of adolescents' relationships with their "very important" nonparental adults. *American Journal of Community Psychology*, 30, 305-325.
- Bekken, F (2018). *Geld en geweld*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Berge, I. ten, & Bakker, A. (2005). *Veilig thuis? Handreiking voor het beoordelen en bespreken van veiligheid van kinderen in hun thuissituatie*. Utrecht: NIZWJeugd.
- Berger, M., & Abrahamse, S. (2014). *Hun verleden is niet hun toekomst. Actieplan Aanpak meisjesslachtoffers van loverboys/mensenhandel in de zorg voor jeugd* . Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

- Bicanic, I.A.E., De Roos, C. de, Beer, R., Struik, A. (2015a). Traumaverwerking: waarom niet? *Kind en Adolescent Praktijk*, 14, 4, p.36-38
- Bicanic, I.A.E., De Jongh, A, Broeke, E. ten (2015b). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, volume 57, issue 5, pp. 332 - 339
- Biesta, G.J.J. (2015). Freeing teaching from learning: Opening up existential possibilities in educational relationships. *Studies in Philosophy and Education*. DOI:10.1007/s11217-014-9454-z
- Bion, W. R. (1962). A Theory of Thinking. *International Journal of Psychoanalysis* 43, Parts 4-5.
- Bion, W. R. (1967). *Second thoughts : selected papers on psycho-analysis*. London, Heinemann Medical.
- Boendermaker, L., Rooijen, K. van, Berg, T., & Bartelink, C. (2013). *Residentiele jeugdzorg: wat werkt?* Utrecht: NJI.
- Bolhaar, H.J. (2019) . Slachtoffermonitor 2014-2018. Den Haag: Nationaal Rapporteur Mensenhandel en seksueel geweld tegen kinderen..
- Bolhaar, H.J. (2019). Slachtoffermonitor 2017 – 2018. Den Haag: Nationaal Rapporteur Mensenhandel en seksueel geweld tegen kinderen.
- Brummelaar, ten, M.D.C. (2016). Space between the borders? The participation of young people in decision-making during their stay in secure residential care. Groningen: Rijks Universiteit Groningen.
- Brunner, M.S. (1993). *Reduced recidivism and increased employment opportunity through research-based Reading instruction*. Washington DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency prevention
- 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.
- Crick, N. R.; Dodge, K. A. (1996). "Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression". *Child Development*. 67 (3): 993–1002.
- Douma (2011). *Handreiking pedagogisch klimaat. Een praktijktheoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht-verstandelijke beperking*. VOBC, LKC LVB.  
Zie <http://www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/publicaties/product/1-handreiking-pedagogisch-klimaat>
- Dijke, A. van, Lamers-Winkelmann, F., Talhout, M., Terpstra, L., Werson, S. & Wind, A. de (2012). *Wie zijn de meiden van Asja. De gang naar de jeugdprostitutie*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Dijke, A. van, & Terpstra, L. (2014). Complexiteit van loverboy problematiek maakt specialistische behandelcentra noodzakelijk. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 53 (1), 3-19.
- Delfos, M. (2015). *Trauma vanuit een ontwikkelingsperspectief*: Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Deth, A. van, Repetur, L., & Storms, O (2013). *Registratie slachtoffers loverboys in de jeugdsector*. Utrecht: Movisie.
- Enlow, M.B., Egeland, B., Blood, E.A., Wright, R.O. and Wright, R.J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2012; DOI: 10.1136/jech-2011-200727
- Felitti, Vincent J., MD, FACP, Robert F. Anda, MD, MS, Dale Nordenberg, MD, David F. Williamson, MS, PhD, Alison M. Spitz, MS, MPH, Valerie Edwards, BA, Mary P. Koss, PhD, James S. & Marks, MD.(1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), pp. 245-258.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, IL: Row, Peterson.

- Foolen, N. Ince, D. de Baat, M., & Daamen, W. (2013). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen*. Utrecht: NJI.
- Graaf, H., de, van den Borne, M., Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Utrecht: Rutgers/Soa Aids Nederland
- Graaf, H., de, van den Borne, M., Bultinck, M., Coehoorn, I., Meijer, S. (2019). *Seks onder je 25e vso, Seksuele gezondheid van jongeren in cluster 3 en 4 van het voortgezet speciaal onderwijs*. Utrecht: Rutgers/Soa Aids Nederland
- Grinsven, F. van & Holdorp, J. (2015). *Trauma-georiënteerde hulp voor kinderen met complex trauma in gezinsvervangende woonsituaties. Kennisdocument voor professionals in pleegzorg, gezinshuizen en residentiële woonvormen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Harten, M. van der, & Rijn, E. van (2008). *Behandelend opvoeden. Groepswork in de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg*. Assen: Van Gorcum.
- Helm, G.H.P. van der (2011). *First do no harm. Living group climate in secure juvenile correctional institutions (proefschrift)*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Helm, G. H. P. van der, Klapwijk, M., Stams, G. J. J. M., & Laan, P.H. van der (2009). 'What Works' for juvenile prisoners: The role of group climate in a youth prison. *Journal of Children's Services*, 4, 36-48.
- Helm, G. H. P. van der, Van Nieuwenhuizen, M., & Wegter, H. (2010). Behandeling van jongeren met een licht verstandelijke handicap in een JJI (Adolescents suffering from a mild intellectual disability in youth prison), *Sozio*, 95, 6-11.
- Helm, G.H.P. van der, Hanrath, J., & Jonker, E. (red) (2011). *Wat werkt in de gesloten jeugdzorg*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Helm, G. H. P. van der, Stams, G. J. J. M., & Van der Laan, P. H. (2011c). Measuring group climate in prison. *The Prison Journal*, 91, 158-177.
- Helm, G. H. P. van der, Van Tol, N., & Stams, G. J. J. (2013). De invloed van het orthopedagogisch klimaat in de residentiële justitiële jeugdzorg: recidivevermindering door opvoeding, behandeling en scholing. Een wetenschappelijke onderbouwing. Leiden: Hogeschool Leiden.
- Helm, G. H. P. van der, Matthys, W., Moonen, X., Giesen, N., Van der Heide, E. S. & Stams, G. J. J. M. (2013). Measuring Inappropriate Responses of Adolescents to Problematic Social Situations in Secure Institutional and Correctional Youth Care: A Validation Study of the TOPS-A. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(8), 1579-1595.
- Helm, G. H. P. van der, Wissink, I. B., Jongh, T. de, & Stams, G. J. J. M. (2013). Measuring Treatment Motivation in Secure Juvenile Facilities. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(8), 996-1008.
- Helm, G. H. P. van der, Stams, G. J. J. M., & Van der Laan, P. H. (2014). The Relationship Between Detention Length, Living Group Climate, Coping, and Treatment Motivation Among Juvenile Delinquents in a Youth Correctional Facility. *Article · April 2014 with 45 Reads*. DOI: 10.1177/0032885514524884.
- Helm, G. H. P. van der (2017a). [Naar een gezamenlijke opvoedstrategie in residentiële jeugdzorg \( pdf, 522 KB \)](#). Leiden: Hogeschool Leiden.
- Helm, G.H.P. van der, Bekken, F., Doornbos, B. (2018). *Leer- en leefklimaat Fier*. Intern document.
- Helm, G.H.P. van der (2019). *Leefklimaat: Regels en afspraken en de rol van limit setting. Een benadering vanuit de Sociale Domeintheorie*. Leiden: Hogeschool Leiden.
- Horeweg, A. (2018). *De traumasensitieve school. Een andere kijk op gedragsproblemen in de klas*. Houten: Lannoo Campus Nederland
- Huber, M.A.S. (2014). *Toward a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Proefschrift. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., Knottnerus, J.A. (2016). *Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study* – BMJ 2016
- Jessurun, N (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten. Een systeemtheoretisch behandelmodel*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

- Jeugdzorg Nederland (2013). *Kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik in de jeugdzorg*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Kaljouw, M. & Vliet, K. van. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Kok J.F.W. (1973). *Opvoeding en hulpverlening in behandelingstehuizen*, Rotterdam: Lemniscaat.
- Kolk, B.A. van der (2005). Complex Developmental trauma. *Journal of traumatic stress*, 18, 385-388.
- Kolk, B.A. van der (2018). *Traumasporen*. Eeserveen: uitgeverij Mens!
- Kolenberg A. (2009). *Werk in behandeling: onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatiemogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis*. LPGGz, Cross Over.
- Kooijmans, M. (2009). *Battle zonder knokken. Talentcoaching van risicjongeren*. Amsterdam: SWP.
- Krabbendam, A.,A. (2016). *Troubled girls, troubled futures: The adverse adult outcomes of detained adolescent females*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Kroneman, L.M. & Molen, E. van der. (2015). Het ontstaan van probleemgedrag bij meisjes. In: Nijhof, K. & Engels, R. *Meisjes in zorg. Signalering, preventie en behandeling* pp.71-85. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Kuiper, R. M., Dusseldorp, E. & Vogels, A.G.C. (2010). *First hypothetical estimate of the Dutch burden of disease with respect to negative experiences during childhood*. Leiden: TNO.
- Laan, A.M. van der & Blom, M. (2006). *Jeugddelinquentie: risico's en bescherming. Bevindingen uit de WODC Monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005*. Den Haag: WODC.
- Lange, M. & Chênevert, C. (2011). *Werken aan effectiviteit in de stadsregio Rotterdam. Beschrijven en onderbouwen van interventies en benutten van kennis over de werkzame principes in de residentiële jeugdzorg*. Utrecht: NJI.
- Lanius, R. A., Vermetten. E. & Pain. K. (2010). *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease. The Hidden Epidemic*. Cambridge: Cambridge Medicine.
- Leone, Fetro, Kittleson, Welshimer, Partridge & Robertson (2011). Predictors of Adolescent Male Body Image Dissatisfaction: Implications for Negative Health Practices and Consequences for School Health From a Regionally Representative Sample. *Journal of School Health*, 81, 174-184.
- Linehan (2016). *De DGT- vaardigheden*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders*, 4:124-147.
- Long. N., Fecser, F., Morse, W., Newman, R., & Long, J. (2014). *Conflict in the Classroom* (7th ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
- Luke, N. and Banerjee, R. (2013). Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review*, 33 (1), 1-28
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of Adolescent Psychology* (pp.159-187). New York: Wiley.
- Mein, A., Los, V., Jansma, A., Distelbrink, M., Verwijs, R. (2014). *De effectiviteit van behandelmethoden voor slachtoffers van loverboys*. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.
- Miller, R. & Rollnick, S. (2007). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Theologische Uitgeverij Ekklesia [info@ekkleisia.nl](mailto:info@ekkleisia.nl)
- Molen, E. van der. (2013). *The development of girls' disruptive behavior and the transmission to the next generation*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Namnyak, M., Tufton, N., Szekely, R., Toal, M., Worboys, S., & Sampson, E.L. (2008). 'Stockholm syndrome': psychiatric diagnosis or urban myth? *Acta Psychiatria Scandinavica*, 117, 4-11.

- Nederlands Jeugdinstituut (2015). Kwaliteitskader voor jeugdhulporganisaties die gespecialiseerde opvang en hulp bieden aan meisjesslachtoffers van loverboys/mensenhandel. Utrecht: NJi.
- Nijhof, K. & Engels, R. (red). (2015). *Meisjes in zorg. Meisjes in zorg. Signalering, preventie en behandeling*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Omer, H. (2007). *Geweldloos verzet in gezinnen. Een nieuwe benadering van gewelddadig en zelfdestructief gedrag bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Os, J. van (2017). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Diagnosis uitgevers, [www.diagnosisuitgeverij.nl](http://www.diagnosisuitgeverij.nl)
- Perry, B. & Szalavitz, M. (2007). *De jongen die opgroeide als hond en andere verhalen uit het dagboek van een kinderpsychiater*. Schiedam: Scriptum.
- Pinker, S. (2011). *The better angels of our nature: The decline of violence in history and its causes*. New York: Penguin.
- Pinto, D. (2007). *Interculturele communicatie, een stap verder*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Polak, A.R., Witteveen, A.B., Reitsma, J.B. & Olff, M.(2012). Review. The role of executive function in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. Volume 141, Issue 1, 1 December 2012, Pages 11-21.
- Raad voor de Volksgezondheid en zorg (2010). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: RVZ.
- Reijntjes, A.H.A., Kamphuis, J.H., Prinzie, P. & Telch, M.J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse and Neglect*, 34, (pp. 244-252) (9 p.).
- Riksen-Walraven, M. (2004). Pedagogische kwaliteit in de kinderopvang: doelstellingen en kwaliteitscriteria. In M.H. van IJzendoorn, L.W.C. Tavecchio & M. Riksen-Walraven (red.), *De kwaliteit van de Nederlandse kinderopvang*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 240-248.
- Rijn, E. van (2011). *Teambegeleiding bij Behandelend opvoeden*. Workshop [www.psy-zo.nl](http://www.psy-zo.nl), Groningen.
- Rijn, E. van & Pelt, Y. van (2013). Integratieve behandeling van complex trauma. Individuele traumatherapie geïntegreerd met de behandeling op de leefgroep. In: *Tijdschrift Kinder & jeugd psychotherapie, Trauma 3, 40e jaargang, 2013*.
- Roest, Jesse J., Peer (G.H.P.) van der Helm, and Geert-Jan J.M. Stams. 2016. "The Relation Between Therapeutic Alliance and Treatment Motivation in Residential Youth Care: A Cross-Lagged Panel Analysis." *Child and Adolescent Social Work Journal* 33(5):455-68. <https://doi.org/10.1007/s10560-016-0438-4>
- Rooijen- Mutsaerts, K. van, & Ince, D. 2013). *Wat werkt bij migrantenjeugd en hun ouders?* Utrecht: NJI.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist* vol. 55, No. 1, 68-78.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2017). *Self-Determination Theory Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. New York, London: the Guilford Press
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist*, 39, 193-260.
- Sameroff, A. J. (2009). *Transactional models of development*. Washington, WA: APA.
- Sameroff, A. (Eds). (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schat A., van Noorden MS., Noom MJ., Giltay EJ., van der Wee NJ., Vermeiren RR., Zitman FG. (2013). Predictors of outcome in outpatients with anxiety disorders: the Leiden routine outcome monitoring study. *J Psychiatr Res*;4712:1876-85.

- Scholte, R.H.J., Lieshout, C. F. M. van & M. A. G. Van Aken (2003). Perceived Relational Support in Adolescence: Dimensions, Configurations, and Adolescent Adjustment. Article first published online: 24 FEB 2003. DOI: 10.1111/1532-7795.00004.
- Shermer, M. (2015). *The Moral Arc*. New York: Henry Holt/Macmillan.
- Slot, N.W. & Spanjaard, H. (2003). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Amersfoort: Thieme Meulenhoff.
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*, 30, 74-99.
- Sonderman, J. & Helm, G.H.P. van der (2015). Leefklimaat voor meisjes in de gesloten jeugdzorg. In: Nijhof, K. S. & Engels, R. C. M. E. (2015). *Meisjes in zorg: Signalering, preventie en behandeling*. Amsterdam: BV SWP uitgeverij.
- Speetjens, P., Thielen, F., ten Have, M. de Graaf, R, Smit, F (2016). Kindermishandeling: economische gevolgen op lange termijn. *Tijdschrift voor psychiatrie* 58 -10, 706-711
- Steketee, M. (2017). *De olifant in de (kinder)kamer. Intergenerationele overdracht van geweld in gezinnen: hoe doorbreken we de cirkel?* Utrecht: Verwey jonker Instituut
- Stel, P. van der (2014). *Handboek preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Steurer, S. (1996). Correctional education: A worthwhile investment. Geraadpleegd via: <http://novel.nifl.gov/nalld/VOL3NO2.HTM>.
- 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.
- Schuengel, C., Venmans, J., IJzendoorn R. van, & Zegers, M. (2006) *Gehechtheid strategieën van zeer problematische jongeren. Onderzoek, diagnostiek en methodiek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R, & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107, 441-429.
- Terpstra, L. & Dijke, A. van. (2005). *Loverboys: feiten en cijfers. Een quick scan*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Terpstra, L., San, A. van, Dijke, A. van (2005). *Loverboys, een publieke zaak*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Terpstra, L. & Dijke, A. van. (2013). *Kinderen, mij een zorg. Betekenis en grenzen van de pedagogische civil society*.
- Terpstra, L. & Dijke, A. van.(2015). *Loverboyslachtoffer en hulpverlening*. In: *Meisjes in zorg. 409-443*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Vacca, J. (2008). Crime can be prevented if schools teach juvenile offenders to read. *Children and Youth Services Review*, 30, 1055-1062.
- Valk, S. de, Van der Helm, G. H. P., Beld, M., Schaftenaar, P., Kuiper, C., & Stams, G. J. (2015). Does punishment in secure residential youth care work? An overview of the evidence. *Journal of Children's Services*, 10(1).
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 263-280.
- Vansteenkiste, M. & Soenens, B. (2015). *Vitamines voor groei. Ontwikkeling voeden vanuit de zelf-determinatie theorie*. Leuven: Acco.
- Verstuyf, J., Vansteenkiste, M., Pauw, S. de, Boone, L., Kaap-Deeder, J, van der & Weymeis, H. (2014). 'Moetivatie' of motivatie? Over de vitamines voor therapietrouw, duurzame gedragsveranderingen en groei. *Signaal*, 89, 22-49.
- Vogtlander, L., van Arum, S. (2016). Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg. VNG & GGD GHOR Nederland



- J. Vonk, J., Shackelford, T.K. (eds.) (2018). *Encyclopedia of Animal Cognition and Behavior*. Springer International Publishing AG  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-47829-6\\_288-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-47829-6_288-1)
- Waltz, G., Van Ommeren, M., Stroeker, N., Bokdam, J., Bourdrez, L. & Ince, D. (2011). *Handreiking interventies kwetsbare jongeren*. Zoetermeer: Ministerie van VWS.
- Weeghel, J. & Michon, H. (red.) ( 2018). *IPS Werkt! Handboek werken en leren met Individuele Plaatsing en Steun*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., Daleiden, E. L., Mayberg, S. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness. *Archives of General Psychiatry*, 69, 274 –282.
- Werkman, K (2018). Meisjes met een verstandelijke beperking. De perfecte prooi voor loverboys. *Fiermagazine* dec 2018
- Werson, S., Lamers – Winkelman, F., Pers, M. van der, Dijke, A. van. (2015). *Fier en verder. Meiden over hun leven na de hulpverlening*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Witvliet, M., Van Lier, P. A. C., Brendgen, M., Koot, H. M., & Vitaro, F. (2010). Longitudinal associations between clique membership status and internalizing and externalizing problems during late childhood. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 39, 693-704.

## 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 & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.



Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

